

# Perspectivas da Utilização do Fluxograma Analisador no Ensino da Administração em Saúde na Faculdade de Medicina da UFRJ

## Views on the Use of Flowchart Analyzes in the Teaching of Health Management in the Medical College of UFRJ

Ângela Carla da Rocha Schiffler<sup>1</sup>  
Carlos Eduardo Aguilera Campos<sup>2</sup>  
Mellina Marques Vieira<sup>3</sup>  
Paulo Eduardo Xavier de Mendonça<sup>4</sup>

### PALAVRAS-CHAVES

- Educação Médica;
- Educação de pré-graduação em Medicina;
- Planejamento em saúde;
- Administração em saúde pública.

### KEY-WORDS

- Education, Medical;
- Education, medical, undergraduate;
- Health planning;
- Public health administration.

### RESUMO

O artigo discute a aplicação de um instrumento inovador no ensino da disciplina de Administração e Planejamento em Saúde, ministrada aos alunos do 8º Período do Curso de Medicina da UFRJ. Foi problematizada com os alunos a organização sanitária como espaço de produção de relações e não apenas como produtora de bens e serviços. A reconstrução da história de vida a partir de vários olhares tornou a informação um dispositivo capaz de revelar sentidos e significados no agir cotidiano em saúde. O uso do fluxograma analisador produziu nos alunos um sentimento de pertença na dinâmica da micropolítica do trabalho vivo de saúde, bem como propiciou um novo olhar sobre a história do paciente que, em sua relação com os trabalhadores de saúde, é permeada por falhas e ruídos. O fluxograma analisador demonstrou-se dispositivo revelador potente, para a reflexão dos alunos acerca dos processos de trabalho em estabelecimentos de saúde, identificando a integração entre profissionais e serviços, bem como as relações destes com os seus usuários, segundo dimensões de acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização, resolutividade e autonomia.

### ABSTRACT

This paper discusses the application of an innovative tool for teaching the subject of Health Management and Planning to students in the 8th period of the medicine course of UFRJ. The health organization as a space for creating relationships, and not only as a producer of goods and services, was questioned with the students. The rebuilding of the history of life from several viewpoints turned the information into a device capable of uncovering senses and meanings in the day-to-day actions in health. The use of the flowchart analyzer produced in the students a feeling of belonging to micro-political dynamics of live health work and also provided a new view over the patient's history, which, in its relation with health worker, uses to be full of flaws and noises. The flowchart analyzer revealed a potent information device for students to think about the work processes in health facilities, for identifying the integration among professionals and services as well as the relationships among these and their users, according to the dimensions of access, hosting, links, accountability, resolution and autonomy.

Recebido em: 02/12/2004

Reencaminhado em: 04/08/2005

Aprovado em: 14/10/2005

<sup>1</sup> Mestranda em Saúde Coletiva pelo Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>2</sup> Prof. Drº do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>3</sup> Graduada em Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>4</sup> Sanitarista pela UFRJ e Especialista em Gestão de Saúde pelo IBMEC. Assessor de Planejamento do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.



## INTRODUÇÃO

As atuais diretrizes curriculares do Ministério da Educação para o ensino de Graduação em Medicina definem os princípios e as linhas gerais, que devem nortear a formação dos futuros médicos. Entre eles destacam-se, para fins deste trabalho:

“Os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração, tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde”. Art. 4º V.<sup>1</sup>

“Ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e planejamento em saúde.” Art 5º XX.<sup>1</sup>

É papel da escola médica desenvolver, junto aos estudantes, os conhecimentos e capacidades necessárias para o exercício da gestão e da sua atuação como agentes de transformação social, lidando criticamente com as políticas de saúde. Outro aspecto importante diz respeito à necessidade de trabalhar com a temática da relação custo e benefício envolvida nas decisões médicas, visando às reais necessidades da população.

A disciplina “Administração e Planejamento em Saúde”, ministrada ao oitavo período do curso da Faculdade de Medicina da UFRJ, com carga horária de 55 horas, tem por objetivo cumprir essas diretrizes gerais e trazer para a discussão do corpo discente os aspectos ligados ao papel do médico como administrador, gestor e planejador em Saúde. São objetivos da disciplina apresentar e discutir as tendências recentes da organização de sistemas e serviços de saúde, em particular no Brasil, e suas implicações na prática médica. Atividades de seminários integrados e atividades práticas em serviços de saúde são as estratégias principais da disciplina. Na atividade de campo os alunos são divididos em pequenos grupos e analisam aspectos relacionados à administração dos serviços de saúde. A administração e o planejamento do trabalho hospitalar, assim como a dinâmica do processo de trabalho, é proposta como uma das atividades práticas, sendo o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho frequentemente utilizado por alguns grupos para o estudo de caso.

No âmbito da análise dos aspectos gerenciais e da realidade do dia-a-dia da administração dos serviços de saúde, compreende-se que é necessário ampliar o entendimento do corpo discente e sensibilizá-lo a respeito das questões relacionadas ao tema, por vezes árido para um estudante de Medicina. Quando esta temática é abordada do ponto de vista do trabalho médico, a administração de serviços e a gestão de sistemas de saúde tornam-se temas instigantes para o aluno.

Normalmente considerada uma área de atuação em que o médico acaba por se envolver por idealismo, têm-se a idéia

que basta, para se tornar um bom gestor ou gerente de um serviço, o conhecimento do funcionamento do hospital, adquirido com os anos de prática e que deve prevalecer o espírito de liderança e bom senso. Assim a disciplina procura problematizar esse campo de atuação, chamando a atenção para a complexidade dessa área do conhecimento que exige habilidades e competências específicas a serem desenvolvidas.

Quanto ao enfoque utilizado na disciplina, tem havido uma preocupação de buscar novos marcos teóricos conceituais, distintos daqueles tradicionalmente utilizados no campo da administração em saúde.

Para além da avaliação normativa que aborda os serviços de saúde, segundo uma metodologia bem definida de análise de estruturas, processos e resultados<sup>2</sup>, busca-se o entendimento das organizações sanitárias como ‘arenas’ onde distintos agentes institucionais atuam com perspectivas de ação nem sempre comuns. Essa perspectiva está associada à idéia de que o trabalhador em saúde detém uma determinada autonomia, que lhe dá a possibilidade, no seu campo específico do saber, de tomar decisões (poder) para além das diretrizes organizacionais do seu corpo diretor ou das diretrizes mais gerais da política de saúde. Dessa forma, compreender e atuar numa organização sanitária não dependeria exclusivamente do entendimento de sua missão e diretrizes gerais ou da busca de uma estruturação e processualidade efetiva e eficiente em busca de resultados esperados. Haveria a necessidade de debruçar-se, sobretudo, na análise dos distintos agentes e de suas práticas existentes nessa ‘arena’.<sup>3</sup>

Importa, portanto, problematizar com os alunos a visão de organização sanitária como local de produção, não só de bens e serviços, mas de relações. Por espaço de relações, entendem-se as organizações sanitárias compostas por agentes em um ambiente de compartilhamento de poder. Nessa dinâmica da micropolítica, em que se cruza o campo das “diferenças sociais mais amplas” que envolvem, dentre outros aspectos, as “representações e seus sistemas”, com o campo de produção de “singularidade”, “intensidade” e “desejo”, existiria uma racionalidade oculta, em que o resultado de cada ação está na dependência de interesses não necessariamente convergentes<sup>4</sup>. Haveria, portanto, a grande probabilidade de ocorrerem falhas ou ruídos que não são usualmente identificados pelas informações gerenciais clássicas disponíveis nos sistemas administrativos e gerenciais, nem tampouco discutidas e analisadas em ambientes de trabalho e gestão.

Para obter-se informação entendida como “interrogadora dos sentidos e significados do agir em saúde”, utiliza-se um método de análise de situações concretas, na busca de ruídos do cotidiano que possibilitam “expor o jogo gerencial

público e privado que impera no cenário dos estabelecimentos (equipamentos institucionais) de saúde<sup>5</sup>. O fluxograma analisador tem sido proposto como ferramenta para revelar estas falhas ou ruídos das ações de saúde nos serviços<sup>10,11</sup>. A existência de problemas no atendimento, tanto da rede básica quanto hospitalar, é conhecida por todos, e localizar alguns desses ruídos, foi um dos objetivos deste instrumento. Ruído é definido como aquela situação na qual o que foi pactuado em equipe não está sendo cumprido, gerando estranhamento, o que acarreta prejuízo para o cuidado dos pacientes, o processo de trabalho e o modelo de atenção<sup>5</sup>.

O fluxograma permite dar visibilidade ao processo de trabalho em um determinado serviço, podendo tornar-se uma ferramenta analisadora. Busca-se, em suma, discriminar cada uma das etapas e ações, tornando público, para os diversos agentes, os jogos instituintes e instituídos que a dinâmica organizacional contém. Vale ressaltar que o trabalho em saúde compreende o setor de serviços, em que "o ato de produção do produto e de seu consumo ocorrem ao mesmo tempo", mas sempre teve a "influência das organizações produtivas hegemônicas"<sup>6</sup>.

Nesse contexto os alunos de Medicina são parte dessa dinâmica social por integrarem a equipe hospitalar, estando sujeitos à influência dos diversos grupos que atuam no trabalho. A disciplina busca assim aprofundar o entendimento das complexas relações que se dão entre os diversos setores do hospital, que geralmente é apreendido pelos alunos na prática cotidiana, sem uma oportunidade de reflexão. Apesar de algumas falhas ou ruídos serem de conhecimento de todos, freqüentemente, as relações e as hipóteses que fundamentam as causas destes problemas não estão claras:

*O que se vai investigar é a natureza mais íntima daquilo que a prática já mostram, as relações entre os seus diversos aspectos que conformam um todo estruturado e vivo. Neste trajeto encontram-se surpresas?*

A experiência relatada a seguir aponta para esforços realizados por uma disciplina da área de Saúde Coletiva, durante do 8º período de Medicina, que teve como objetivo "utilizar o fluxograma como ferramenta analisadora do processo de trabalho, tendo em vista contemplar um dos objetivos incluídos nas atuais diretrizes curriculares do ensino de graduação em Medicina, qual seja a abordagem da política, do planejamento e da administração dos serviços de saúde".

## DESCRIÇÃO DO TRABALHO PRÁTICO

Desde 2003, aplica-se o fluxograma analisador como instrumento metodológico de análise e problematização da ati-

vidade prática. São apresentados aos alunos os seguintes objetivos e aspectos a orientar a discussão:

### Objetivos

- observar os processos de trabalho em um hospital terciário visando identificar a integração entre os profissionais e serviços;
- analisar as relações do serviço com os usuários segundo as dimensões de acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização, resolutividade e autonomia.

Aspectos a serem analisados e debatidos:

- utilização múltipla de serviços, sobreposição;
- profissionais cuidam de partes específicas do corpo;
- profissionais valorizam as queixas ligadas a lesões orgânicas;
- pouco interesse, vínculo e responsabilização;
- transferência da responsabilidade do cuidado;
- dificuldade em lidar com o sofrimento, questões psíquicas e sociais;
- falta de núcleos comuns de discussão e decisão;
- pouca atenção a uma abordagem educativa;
- desarticulação do cuidado;
- pouco espaço relacional, de apoio psicológico e afetivo;
- projetos terapêuticos fragmentados.

### Materiais e métodos

O fluxograma é construído obedecendo a dois eixos principais de trabalho, a partir de um caso previamente selecionado: análise do prontuário e entrevistas semi-estruturadas com o paciente, os familiares mais próximos e os profissionais da equipe. Não há uma especificação rígida. Buscam-se informantes considerados chaves pelos demais.

A coleta de dados é realizada no prontuário, de forma sistemática, na seguinte seqüência: ordenar os fatos cronologicamente; identificar os serviços envolvidos e as unidades assistenciais previamente utilizadas; localizar resultados de exames e pareceres e o seu uso na tomada de decisões em relação a condutas; e definir a lógica assistencial instaurada.

As entrevistas têm como base perguntas abertas que devem obter informações sobre condutas, aspectos relacionais, integração dos serviços utilizados, tempos decorridos entre as solicitações e atendimento entre serviços, consumo de recursos, realização de procedimentos e informações relevantes ao processo terapêutico.

Para a realização do trabalho, a turma selecionada foi instruída acerca de definições e utilização da ferramenta proposta. A seguir, procedeu-se à divisão da turma em dois sub-gru-



pos, para que assim pudessem agir de forma independente nos dois principais momentos da sua confecção: a coleta de dados, com base no prontuário, e a realização das entrevistas e, em um segundo momento, o grupo pudesse transformar os dados colhidos em informações que definissem mais claramente as etapas do processo de cuidado do paciente dentro do complexo hospitalar, em seus diversos níveis.

Assim, a seqüência de atos, eventos, foram ordenados em um diagrama computadorizado e os ruídos, identificados a partir da história clínica e assistencial do paciente. Definiram-se, em consenso, um fluxo e as falhas ou ruídos, que passaram a ser listados, dando suporte à construção de um fluxograma analisador, produzindo-se um resgate da memória e revelando, em função da análise dos ruídos, aspectos importantes da micropolítica do trabalho em saúde e as suas repercussões sobre a organização sanitária e o funcionamento dos estabelecimentos em saúde.

A construção desse diagrama utilizou o programa VISIO 3.0-1991-1994: *Shapeware Corporation* e valeu-se de símbolos padronizados, que foram representados pelas seguintes figuras:

círculo – início do processo produtivo; elipse – fechamento, conclusões parciais ou final, saída de uma unidade produtiva; retângulo – processo, realização de exames, procedimentos, tratamentos; paralelogramo – informações relevantes, como as conclusões da equipe sobre diagnósticos com base em resultados de exames; losango – inflexão para informações sobre a história da doença (HD), sintomas, queixas, possibilidades de resultados que podem mudar condutas terapêuticas, suspeita diagnóstica; documento – registros de resultados de exames, pareceres e de solicitações entre serviços.

Como citado anteriormente, um rol de ruídos foi referenciado para que pudesse servir de norteador para a situação ora investigada, não fechando, contudo, o leque das situações possíveis de serem reveladas. A seqüência do trabalho prático seguiu o seguinte roteiro:

#### Tarefas

1. Pesquisa de casos;
2. Coleta de dados no prontuário;
3. Ordenação dos fatos cronologicamente;
4. Identificação dos serviços envolvidos e unidades assistenciais previamente utilizadas;
5. Delimitação da história clínica dos últimos 12 meses;
6. Busca de resultados de exames e pareceres;
7. Entrevista de paciente, familiar e profissionais para complementar a história (condutas; aspectos relacionais; integração de determinados serviços; tempos; falta de recursos – exames, medicamentos etc.);

8. Discriminação das figuras: círculo, elipse, retângulo, paralelogramo, losango, documento;
9. Montagem do fluxograma no computador com utilização do programa Visio 3.0;
10. Identificação dos ruídos, sua natureza e possíveis causas;
11. Reunião com a equipe.

#### APRESENTAÇÃO

Temos, a seguir, um fluxograma construído pelos alunos que estavam cursando o oitavo período do curso médico no segundo semestre de 2003. O caso escolhido refere-se à paciente denominada Maria (nome fictício), de 58 anos. A análise abrange o período de 23 janeiro, início da doença atual da paciente, até 28 de agosto 2003, momento que coincide com o levantamento dos dados. Foram realizadas entrevistas com um familiar e a equipe de saúde do hospital que a acompanhava e feita a análise do prontuário. A paciente, que se encontrava meio desorientada e debilitada fisicamente, não pôde ser entrevistada. As entrevistas estavam focadas não só na história da doença em si, mas no atendimento recebido, no número de exames solicitados e se a paciente, ou sua acompanhante, havia sido devidamente informada pela equipe de saúde sobre o que estava se passando. Por último, o prontuário foi analisado por meio de leitura cuidadosa, atentando-se para detalhes como datas, resultados e pedidos de exames, relatos médicos entre outros.

Depois de todas as informações colhidas e organizadas, montou-se o fluxograma com a história do atendimento da paciente, de forma que fosse possível identificar mudanças de conduta por parte da equipe de saúde, ruídos etc.

- 1) Em 23 de janeiro, D. Maria é atendida no ambulatório de Pneumologia, sem consulta marcada, porque era acompanhada por esse serviço em função de uma doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Apresenta quadro clínico de hemiparesia à direita e disfasia motora, sendo encaminhada para o serviço de emergência médica (SME) do hospital, que solicita uma tomografia computadorizada (TC) de crânio. O resultado da TC sugere uma neoplasia cerebral e a paciente é internada na emergência. **Ruído:** A paciente não segue o procedimento de consulta do hospital. Em vez de ser encaminhada à Emergência pela triagem, é atendida no ambulatório, sem consulta marcada (R1).
- 2) Durante a internação, a equipe médica da emergência, que está acompanhando a paciente, indica cirurgia. Durante a avaliação do risco cirúrgico, a equipe

da pneumologia determina que a paciente não tem função pulmonar compatível com a cirurgia. **Ruído:** A avaliação da função pulmonar não foi descrita no prontuário, bem como nenhum exame de risco cirúrgico foi solicitado. A acompanhante da paciente relata que a equipe que viu a paciente não a examinou, mas comunicou que ela não poderia ser operada. (R2).

3) Em 30 de janeiro, foi realizada a biópsia (BX) pela Neurocirurgia. A partir daí seguem-se quatro fatos em paralelo...

a) Controle de imagem da lesão: nova TC de crânio é descrita no prontuário com melhora da lesão à esquerda e nova lesão parieto-occipital. Em 26 de fevereiro, é realizada ressonância magnética, sem acréscimos de novas informações. **Ruído:** A paciente e a acompanhante não foram informadas da nova lesão, nem da regressão da anterior. (R3).

b) O resultado da biópsia é inconclusivo, há registro da neurologia em 05 de fevereiro de que este resultado foi relatado verbalmente; segue a investigação do sítio primário do tumor. Exames realizados: TC de crânio leva à suspeita de neurocisticercose o que leva a solicitação de uma "radiografia de perna", TC de abdômen (lesão de 1 cm em supra-renal direita sugestiva de adenoma, considerada como "incidentaloma", TC de pelve (normal), mamografia (normal), ultra-sonografia (US) de mama (lesão cística benigna) e é solicitado o parecer da ginecologia (sem alterações). **Ruído:** a radiografia solicitada está descrita no prontuário como "raio x de perna", não se descreve a incidência, nem o resultado (R4).

c) Acompanhamento do quadro clínico/neurológico: há melhora no quadro por um mês, quando os sintomas retornam. É realizada uma nova TC de crânio que revela um aumento discreto da lesão. A equipe da Neurocirurgia opta por operar a paciente. A cirurgia é realizada em 27 de março, a paciente é encaminhada do centro cirúrgico para a Unidade Coronariana do hospital e, no dia seguinte, retorna à enfermaria. A paciente segue com melhora clínica, permanecendo internada para investigação. **Ruídos:** no prontuário não há resultado de qual a lesão que aumentou (R5); não foi realizado o risco cirúrgico; não é relatado no prontuário o benefício da cirurgia que a justificasse (R6).

d) Em 07 de abril, o resultado histopatológico da lesão confirma adenocarcinoma papilífero. A inves-

tigação prossegue, sendo realizados: ultra-sonografia transvaginal (normal), US de tireóide (2 nódulos hipocogênicos, 1 com vascularização central). Como medida terapêutica é iniciada radioterapia, à qual a paciente responde, apresentando melhora do quadro neurológico. Sendo assim, recebe alta, em 11 de abril, com acompanhamento ambulatorial pela oncologia. **Ruído:** os nódulos da tireóide são desconsiderados e só serão lembrados mais tarde (R7).

4) D. Maria vai sendo acompanhada pela Oncologia em consultas periódicas. Em 29 de maio procura o hospital por estar apresentando dor lombar. É solicitada radiografia de coluna torácica e lombar. No mesmo dia, procura o ambulatório de DPOC que solicita nova prova de função respiratória e o retorno é agendado para o mês seguinte. **Ruído:** Não há, no prontuário, o resultado dos exames solicitados acima (R8).

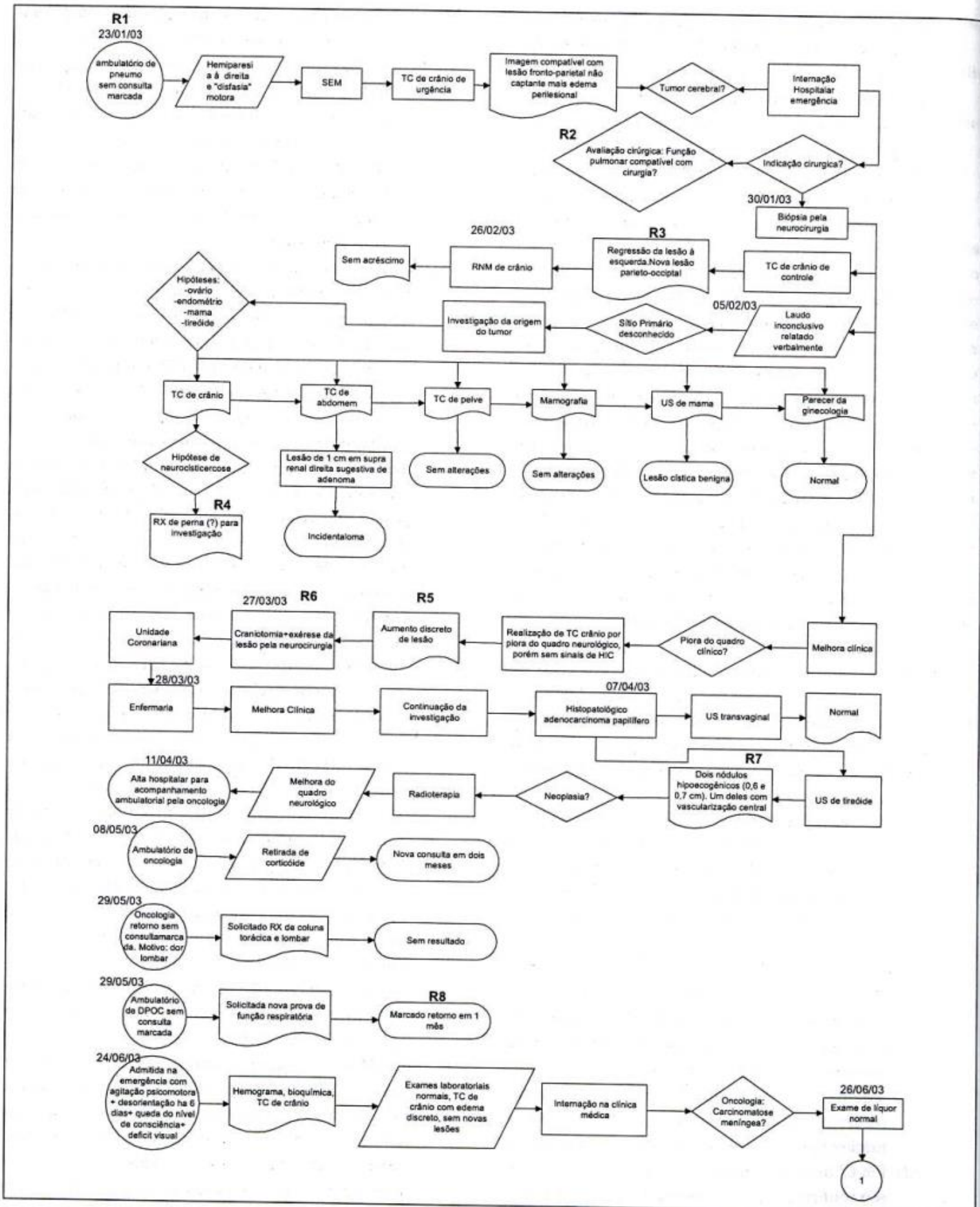
5) Em 24 de junho, D. Maria é admitida na Emergência com sintomas neurológicos, quando, então, são solicitados hemograma, bioquímica e TC de crânio. Os resultados dos exames levam à internação na enfermaria da Clínica Médica. A paciente é avaliada pela Oncologia que interroga a presença de carcinomatose meníngea, sendo solicitado, em 26 de junho, exame do líquido (normal). A evolução da paciente cursa com melhora, em 01 de julho apresenta exame neurológico normal.

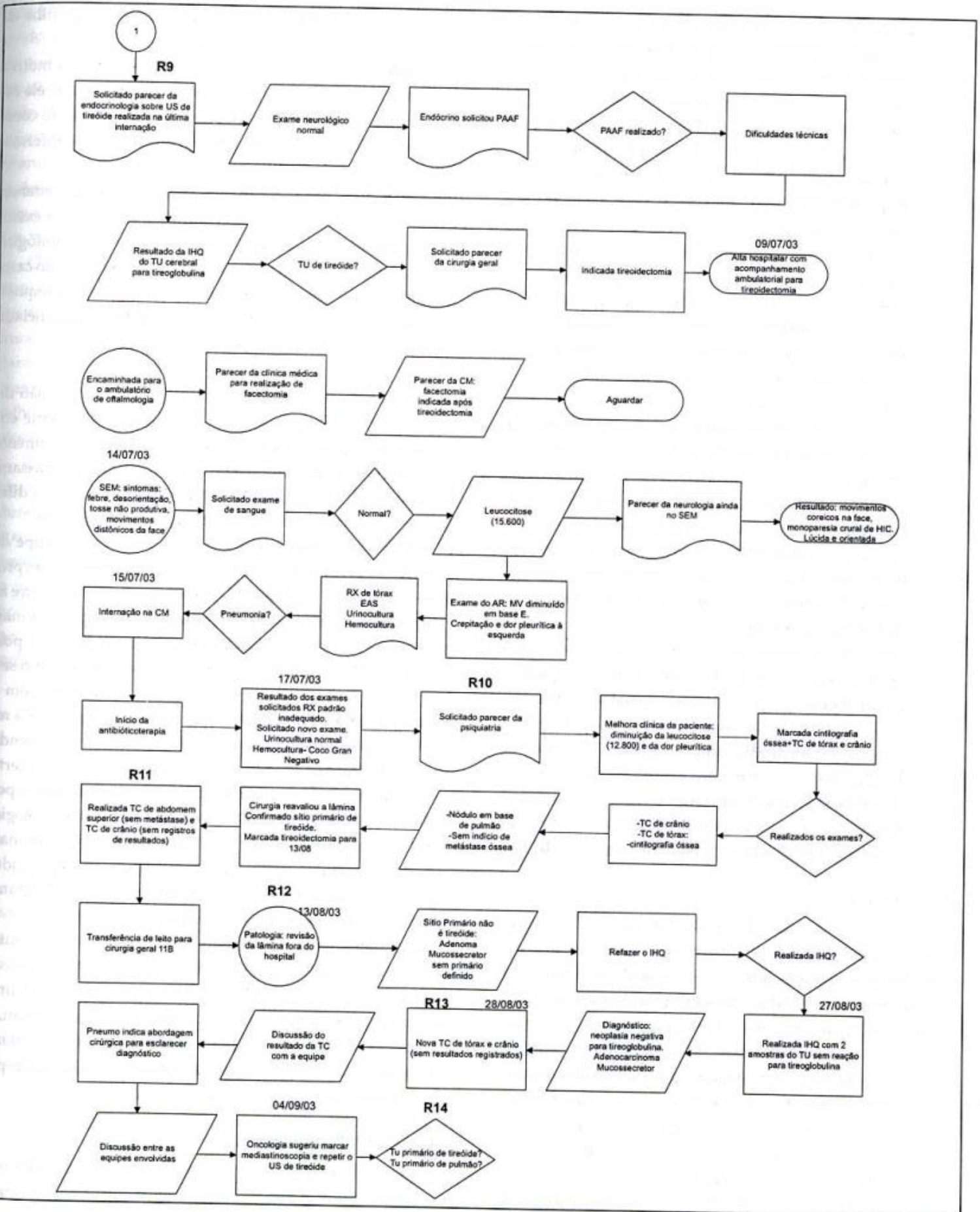
6) Em 26 de junho é solicitado pela Oncologia o parecer da Endocrinologia sobre o US de tireóide realizado na última internação. Solicita-se punção aspirativa por agulha fina (PAAF), que não é realizada por dificuldades técnicas. Solicitada ainda a imunohistoquímica (IHQ) do tumor cerebral para tireoglobulina (positivo), sendo indicada a tireoidectomia pela Cirurgia Geral. A paciente recebe alta hospitalar em 09 de julho, com acompanhamento ambulatorial, para proceder à tireoidectomia. **Ruído:** Decorridos três meses, desde o início do caso, é que foram lembrados os nódulos da tireóide (R9).

7) D. Maria é encaminhada para a Oftalmologia que solicita parecer da clínica médica, risco cirúrgico, para realização de facectomia.

8) Em 14 de julho, a paciente retorna ao serviço de emergência médica com febre, tosse seca, desorientação e movimentos distônicos na face. Solicitado exame de sangue, que apresenta leucocitose, e pede-se novo parecer da Neurologia. O exame clínico, junto com exames complementares, sugere pneumonia. A paciente









é, então, internada na clínica médica e inicia-se o tratamento da infecção. Foi solicitado parecer da Psiquiatria, mas não há qualquer informação sobre o atendimento. A paciente responde ao antibiótico com redução da leucocitose e melhora clínica. **Ruído:** Não há registro sobre o parecer da Psiquiatria (R10).

9) Realizada TC de tórax que revelou nódulo em base do pulmão direito e cintilografia óssea que não identificou metástases.

10) A lâmina da cirurgia neurológica é reavaliada, confirmando o sítio primário de tireóide, e marcada a tireoidectomia para 13 de agosto. São realizadas TC de abdômen superior, sem indícios de metástase, e TC de crânio. **Ruído:** mais uma vez não há o registro do resultado deste último exame realizado (R11).

11) A paciente é transferida para a enfermaria da Cirurgia Geral. Ao mesmo tempo as lâminas são revistas por um funcionário da Patologia. Essa nova avaliação das lâminas não confirma o histopatológico, então, é solicitada a repetição da IHQ, que confirma o novo resultado, ficando a lesão não mais como de tireóide, mas sim como adenoma mucossecretor sem sítio primário definido. **Ruído:** Essa revisão de lâminas é feita fora do hospital, sem o conhecimento da Oncologia e da Cirurgia Geral (R12).

12) Em 28 de agosto são solicitadas novas TC de crânio e tórax. Discussão do resultado da TC com a equipe. A pneumologia indica abordagem cirúrgica para esclarecer o diagnóstico. Em 04 de setembro, a Oncologia sugere marcar mediastinoscopia e repetir US de tireóide. **Ruídos:** não há registro dos resultados no prontuário (R13); Inicia-se uma discussão entre as equipes pela confusão gerada pelos laudos contraditórios fornecidos pela Patologia. Nenhum resultado é definido (R14).

cológico, mesmo sem saber que se tratava da filha da paciente;

- a equipe de enfermagem não sabia explicar o motivo da internação da paciente, nem o tempo em que ela estava no hospital. Isso, provavelmente, se deve ao constante rodízio dos enfermeiros e técnicos de enfermagem pelos setores;
- a comunicação entre as equipes que estavam tratando da paciente era bastante deficiente, o que pode ser exemplificado pela confusão quanto ao laudo histopatológico do tumor da paciente, as condutas e o desfecho do caso;
- a falta de controle e de preocupação, quanto à requisição de exames complementares, é notória, evidenciada nos diversos exames sem resultado descrito;

O trabalho realizado permitiu aos alunos uma visão do atendimento hospitalar sem que estivessem diretamente envolvidos nele, ficando assim livres para analisá-lo criticamente em suas diversas dimensões. Perceberam falhas que passam, normalmente, despercebidas e que podem se tornar o diferencial para a qualidade do atendimento aos pacientes.

O método utilizado, envolvendo a família e a equipe de saúde, facilitou identificar uma comunicação ruidosa, com problemas na relação médico-paciente; equipe-paciente e; entre as equipes médicas das várias especialidades, situação esta marcante para os alunos, pois alegaram, como consequência, a posteriorização da definição do quadro da paciente bem como o seu tratamento. A enfermagem se incomodou claramente com a preocupação da acompanhante, que chegou muitas vezes a reclamar do atendimento que ofereciam a sua mãe, assumindo algumas funções da enfermagem. A médica não sabia ao certo como a paciente estava, relatando a dificuldade existente por não haver no hospital a definição de leitos para a Oncologia, bem como se mostrou indignada com a 'confusão das lâminas' que trouxe indefinições para a conduta médica. Apesar de tudo, a paciente e sua acompanhante estavam extremamente gratas ao hospital pelo atendimento prestado.

O trabalho permitiu, acima de tudo, que os alunos saíssem de uma posição de distanciamento sobre o que acontece por trás dos bastidores de um atendimento médico, para uma indignação em relação à quantidade de ruídos que podem, e devem, ser evitados. O que eles mais frisaram foi a importância de vivenciarem isto enquanto alunos, para que não repitam esses mesmos erros no futuro.

## COMENTÁRIOS FINAIS

O fluxograma analisador pode tornar-se ferramenta potente para alunos e para os trabalhadores que constroem pro-

## DISCUSSÃO

Durante a construção do fluxograma analisador e a busca por correlacionar os dados encontrados no prontuário com as informações colhidas junto à equipe médica e à família da paciente, os alunos enfatizaram as seguintes questões:

- a família nem sempre é informada sobre o que está acontecendo com o paciente, isto foi notado devido à surpresa demonstrada pelos familiares, quando perguntas relacionadas ao que estava escrito no prontuário eram feitas;
- a relação entre a equipe de saúde e a família se mostrou insatisfatória, a equipe de enfermagem se mostrou pouco amistosa em relação à acompanhante da paciente, chegando a cogitar que ela tivesse algum distúrbio psi-



jetos terapêuticos em função das necessidades dos usuários, sendo um dispositivo revelador da micropolítica do trabalho vivo em saúde, ou seja, revelador da expressão do trabalho em si<sup>6</sup>. Com isso, permite ao gestor da instituição ampliar a visão do funcionamento hospitalar para além dos indicadores estruturados que obedecem a uma lógica administrativo-financeira<sup>8</sup>. O que imprime 'poder' a esta ferramenta, portanto, é o conjunto de atores ético-políticos que estão envolvidos com o processo de construção e com a avaliação dos seus achados, tornando o fluxograma um dispositivo analisador.

O uso dessa ferramenta analisadora, combinada com as atuais diretrizes curriculares em uma disciplina do Campo da Saúde Coletiva, só pode ser potente, quando proporciona aos alunos, uma nova compreensão do que aparentemente não está claro. O movimento do distanciamento, favorecido por esse exercício, mesmo para quem está implicado no processo de trabalho, permite revelar aspectos ocultos ou a essência dos processos do próprio trabalho de que se está participando.

Com os grupos focais que se seguiram às atividades de levantamento de informações e montagem do fluxograma, os alunos puderam exprimir várias impressões e confirmaram as considerações citadas acima. Apesar de relatos isolados que consideraram não relevantes, esse tipo de análise para a futura prática profissional, especialmente pelo fato de não pretenderem atuar diretamente na administração e no planejamento de serviços de saúde, o resgate da trajetória do usuário levou a várias considerações válidas para a sua atuação futura:

"Contribui porque a gente consegue enxergar melhor as falhas e às vezes a gente ver, mas não consegue juntar (...) a gente consegue ter essa visão de conjunto...";

"...facilitar a visão do problema, ele é bem didático";

"Mostra pra gente antes que a gente se acostume a fazer uma coisa errada (...) antes de se formar";

Outros relatos priorizaram reflexões a respeito de questões que envolvem dimensões, tais como, acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização, resolutividade e autonomia:

"...bem no momento em que a gente está entrando nos hospitais, nos nossos plantões (...) Eu pelo menos vejo muito isso (...) a gente atende na emergência coisa que seria de Posto de Saúde, de ambulatório, às vezes o paciente só consegue marcar consulta pra daqui a 3 meses, 4 meses, o caminho mas fácil é a emergência." – "Até aqui, mesmo sendo terciário (...) ele vai preferir entrar pela emergência daqui para fazer ainda mais rápido o que ele precisa";

"...acho legal a gente ter conversado com o paciente porque, por exemplo, a gente às vezes acha: 'estou fazendo a técnica correta...'. Foram supercorretas, tecnicamente, mas o paciente sente a falta de alguma coisa (...) Eu acho que, às vezes, a gente não tem essa noção que falta a gente dar um pouco de atenção pro trabalho, que é melhor a opinião deles." – "Às vezes o que a gente acha que é o pior problema para o paciente, não é o que o paciente sente mais...";

"a gente quando passou pelos ambulatórios, pelas enfermarias, à gente já sabia que tinha esses ruídos, esses problemas, mas quando a gente foi fazendo o trabalho a gente foi provando como isso atrapalha, como isso é ruim para o tratamento do paciente (...) para o acompanhamento dele. Com o fluxograma a gente prova como isso vai impactar, vai atrapalhar: o exame que demora para marcar, o desentendimento entre as equipes...".

Sem perder de vista a singularidade de um Hospital de Ensino, em sua vocação para a alta complexidade, os alunos também fazem referência à garantia de ser atendido por bons profissionais e à disponibilidade de tecnologia que podem estimular uma aparente 'cooperação' por parte dos usuários, revelando um ruído que está relacionado ao modelo de organização das políticas e dos serviços de saúde no Brasil:

"...medo de perder a assistência (...), sabe que o Fundão, teoricamente, é o melhor..." – "...é um paciente cooperativo...";

"Nós os acadêmicos damos muita importância à integralidade (...), mas a gente começa a passar por plantões e outros médicos examinam (...) pede um monte de exames para o coração (...), encaminha (...), com o tempo a gente perde essa noção de que devemos ver o paciente de uma forma integral (...), a gente tem esse exemplo aqui." – "...o culpado é o sistema que é sobrecarregado (...) é cumprir o básico...".

Além de favorecer uma reflexão acerca do modelo médico-hegemônico, os achados de um fluxograma analisador podem servir para estruturar e priorizar as falhas/ ruídos, desencadeando discussões com os alunos sobre suas possíveis causas/ soluções e as mudanças que ainda podem ser efetivadas, com base numa avaliação participativa, centrada no usuário. Como consequência, poderá levar ao entendimento das possibilidades inerentes à construção ou aperfeiçoamento de redes multi-profissionais estabelecidas a partir de demandas e compromissos, fruto de um "processo comunica-

tivo formador de um entendimento mínimo”, ou seja, de um diálogo aberto facilitador de uma “ação interativa”, de um “agir comunicativo”<sup>9</sup>.

Busca-se, com esse instrumento, elementos para uma operação que esteja para além da lógica de eficiência e produtividade, considerando que o fluxograma, quando utilizado como analisador, projeta para novos canais de possibilidades e diálogos, estando de acordo com as novas diretrizes curriculares da graduação do ensino de Medicina no tocante à gestão, ao planejamento e ao atendimento das necessidades dos usuários.

## REFERÊNCIAS

1. Almeida M. Diretrizes Curriculares nacionais para os cursos universitários da área de saúde. Londrina (PR): Rede UNIDA; 2003. 89p.
2. Contandriopoulos AP et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, org. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997; p.29-47.
3. Merhy EE et al. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. In: Campos CR, Malta DC, Reis AT, Santos AF, Merhy EE, orgs. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998. p. 103-120.
4. Guattari F, Rolnik S. Micropolítica: molar e molecular. In Guattari F, Rolnik S. Micropolítica: Cartografias do Desejo. Petrópolis (RJ): Vozes; 2000. p 127-129,321.
5. Merhy EE et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. Agir em Saúde. Um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC; 1997.
6. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC; 2002. 189 p.
7. Gonçalves RBM. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: Características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC; 1994. 278 p.
8. Franco TB. Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: Merhy EE et al. O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC; 2003. p 161-198.
9. Uribe Rivera FJ. Planejamento de Saúde na América Latina: Revisão Crítica. In: Uribe Rivera FJ, org. Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, ABRASCO; 1989. p 11-55.
10. Silva Jr AG, Merhy EE, Carvalho LC. Refletindo sobre o Ato de Cuidar da Saúde. In: Pinheiro R e Mattos R, orgs. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro, IMS, UERJ, ABRASCO; 2003. p. 113-28.
11. Jorge AO. A gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo.[dissertação] Campinas (SP): UNICAMP; 2002.