

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**A HUMANIZAÇÃO NO PRONTO SOCORRO
DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU
SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

PATRICIA SHIRAKAWA NAKAMOTO

**BOTUCATU
2007**

PATRICIA SHIRAKAWA NAKAMOTO

**A HUMANIZAÇÃO NO PRONTO SOCORRO
DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU
SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, campus de Botucatu, para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: PROF^a DR^a ELIANA GOLDFARB CYRINO
Co-orientador: PROF^a DR^a ANTONIO DE PÁDUA PITHON CYRINO

**BOTUCATU
2007**

FOLHA DE APROVAÇÃO

PATRICIA SHIRAKAWA NAKAMOTO

**A HUMANIZAÇÃO NO PRONTO SOCORRO
DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU
SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, campus de Botucatu, para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Eliana Goldfarb Cyrino

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu/ UNESP

Assinatura: _____

Prof^a Dr^a Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu/ UNESP

Assinatura: _____

Prof^a Dr^a Ana Cecília Silveira Lins Sucupira

Instituição: Faculdade de Medicina de São Paulo/ USP

Assinatura: _____

Botucatu, 31 de março de 2007

AOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DO PRONTO SOCORRO

AO LUIS

AOS MEUS PAIS WILSON E EDY

AGRADECIMENTO

A minha querida orientadora Eliana;
Ao sempre tranquilo co-orientador Toninho; e,
A presença alegre da Laurinha.

Aos “velhos” amigos que sempre me acompanham;
Aos “novos” conhecidos e meninas do NAP que me mostraram o lado escola da UNESP; e,
Aos alunos, que me fizeram pensar em seguir a carreira acadêmica.

Ao Luis, que me fez viajar todas às semanas, que acredita em mim até quando eu duvido, que é sonho para toda vida;
Aos meus pais que sempre me estimularam, apoiaram minhas decisões e acompanham de perto esta pessoa irrequieta que já é quase gente grande; e,
A faculdade, lugar onde eu nasci, que uniu o Wilson e a Edy e foi o começo de toda a minha vida.

RESUMO

NAKAMOTO, P. S. **A humanização no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu sob a perspectiva dos profissionais de saúde.** 2007. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu.

Os hospitais de ensino têm sido estimulados a transformarem-se em um serviço que recupere a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos exaltada na Política Nacional de Humanização (PNH). O estudo da humanização no processo de desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) é relevante e sua observação em um pronto socorro de hospital universitário pertinente, pois este funciona como um centro do sistema de saúde, atraindo para si uma enorme demanda, que muitas vezes sobrecarrega os seus serviços. O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HC-FMB) recebe pacientes de todos os níveis de complexidade, sendo o seu pronto socorro, uma das referências à DRS-VI para procedimentos de alta complexidade em urgência/emergência e um local de tensão e sobrecarga de atendimento. Este trabalho tem como objetivo analisar a humanização no Pronto Socorro do HC-FMB sob a perspectiva dos profissionais de saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa em que foram entrevistados oito médicos, uma enfermeira e uma psicóloga, que refletem posições frente à realidade, momentos do desenvolvimento e da dinâmica social, preocupações e interesses próprios, característicos de uma pesquisa social da qual emergem contradições e conflitos do cotidiano de trabalho. A análise dos discursos permitiu a elaboração de núcleos temáticos sobre os quais são apresentados os resultados: a) Pronto Socorro e ambiência: espaço físico inadequado que compromete o atendimento e contrapõe-se ao conceito de ambiência proposto pelo Ministério de Saúde; b) Pronto Socorro e seus usuários: embora tenha havido uma reorganização da unidade que deixou de ser uma porta de entrada de livre acesso, o PS ainda atende a casos de baixa complexidade e pacientes de todos os níveis sociais, devido à carência de outros serviços de urgência na região; c) Pronto Socorro, espaço de assistência: a superlotação da unidade é justificada pela baixa resolutividade dos serviços de atenção primária e pelas percepções distintas de usuários e profissionais sobre o que é urgência e emergência; quanto ao relacionamento médico-paciente, há uma preocupação em escutar o doente e estar atento à linguagem não-verbal, no entanto, a relação é ainda muito assimétrica com concentração de poder e decisão nas mãos dos médicos; d) Pronto Socorro, espaço de trabalho e de ensino: a pressão e o estresse constantes, a sobrecarga de trabalho, a dificuldade em lidar com a morte, o sentimento de falta de reconhecimento por parte do HC-FMB poderiam ser suficientes para afastar os profissionais do serviço, no entanto, apesar de todos os problemas, há uma grande identificação com o trabalho no PS e uma satisfação em ensinar e acompanhar os alunos de medicina e residentes. Assim, o PS do HC-FMB pode ser identificado como um local de atendimento à saúde que recebe todos os tipos de problema, sem aparente organização ou conformidade à regionalização e hierarquização proposta pelo SUS e que acarreta também em dificuldades de relacionamento com os pacientes. Foi possível constatar que no cotidiano do trabalho os entrevistados, embora reconheçam a necessidade e importância da humanização do atendimento, eles mesmos, muitas vezes, sentem-se “desumanizados”. Por fim, identificou-se entre os profissionais a percepção de uma desvalorização do trabalho no pronto socorro em relação à atividade em outras áreas do hospital.

Palavras-chave: humanização, comunicação, relacionamento médico-paciente, pronto socorro.

ABSTRACT

NAKAMOTO, P. S. **The humanization process in the Emergency Department of the Botucatu Medical School Clinical Hospital according to the health professionals' perspective.** 2007. Master dissertation – Botucatu Medical School, São Paulo State University, Botucatu.

The teaching hospitals have been stimulated to become a service that recovers the essential part of care: the relationship among human beings mentioned in the National Humanization Policy. The humanization study in the development process of Sistema Único de Saúde (SUS) (Brazilian public health system) is relevant and the observation of the system in a university teaching hospital pertinent, because it functions as a health care center, attracting to itself great demand, which often overloads its services. The Clinical Hospital from Botucatu Medical School (CH from BMS) receives patients of all levels of complexity, and its emergency department is a reference to the DRS-VI for high complex procedures in emergency/urgency and a place of tension and overload of care. The purpose of this paper is to analyze the humanization of the emergency department of the CH from BMS through the eyes of the health professionals. This is a quantitative research into which eight doctors, a nurse and a psychologist were interviewed; who reflect their position towards the reality, moments of development and the social dynamics, concerns and personal interests, typical of a social research from which emanate contradictions and conflicts of the daily work. The analyses of the interviews allowed the elaboration of theme centers through which the results are presented: a) Emergency Department and environment: inappropriate physical space which compromises the care and opposes the environment concept proposed by the Ministry of Health; b) Emergency Department and its users: even though there has been a reorganization of the department, which is no longer a free access entrance, the emergency department still cares for cases of low complexity and patients of all social levels, due to the lack of other emergency services in the area; c) Emergency Department, care space: the unit overload is justified by the low resolutivity of the primary care services and by the different perceptions of the users and professionals about the concept of emergency and urgency; about the doctor-patient relationship, there is a concern about listening to the patient and pay attention to the non-verbal language, but the relationship is still very unbalanced with a concentration of power and decision in the doctors' hands; d) Emergency Department, work and teaching place: the constant pressure and stress, the work overload, the difficulty in dealing with death, the feeling of lack of recognition from the CH from BMS could be enough to drag the professionals from work, however, despite all the problems, there is a great identification with the work in the emergency department and a great satisfaction in teaching and following up the medical students and residents. Therefore, the Emergency Department from the CH from BMS can be characterized as a place of health care which receives all kinds of problems, without apparent organization or conformity to the regionalization and hierarquization proposed by SUS, which also causes relationship difficulties with the patients. It was possible to identify that in the daily work the interviewees, even though recognizing the need and the importance of the humanization in care felt, quite often, "dehumanized". At last, it was detected among the professionals the perception of a depreciation of the work in the emergency department if compared to other areas in the hospital.

Key words: humanization, communication, doctor-patient relationship, emergency department.

SUMÁRIO

I.	INTRODUÇÃO.....	12
A.	Histórico e Conceito de Humanização	13
B.	Humanização do Sistema Único de Saúde	20
1.	Política Nacional de Humanização	20
2.	Humanização do Pronto Socorro	22
C.	Comunicação médico-paciente.....	23
1.	Modelos de relações médico-paciente	23
2.	Um ator, uma percepção.....	26
3.	Paralelo entre a relação e comunicação médico-paciente	28
4.	A comunicação interpessoal.....	32
II.	OBJETIVO	35
III.	METODOLOGIA.....	37
A.	Pesquisa Qualitativa	38
B.	Local de pesquisa: o Pronto Socorro.....	41
C.	Um pouco da história dos entrevistados.....	44
IV.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
A.	Pronto Socorro e ambiência	48
B.	Pronto Socorro e seus usuários.....	54
C.	Pronto Socorro: espaço de assistência	57
1.	Superlotação	57
2.	Acolhimento, um dos caminhos para a Humanização.....	69
3.	Relacionamento e comunicação profissional-paciente	71
D.	Pronto Socorro: espaço de trabalho e local de ensino.....	84
1.	Ser profissional de saúde no Pronto Socorro	85
2.	Ser professor no Pronto Socorro	96
V.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
VI.	REFERÊNCIA BIBLIOGRAFIA	106
VII.	ANEXOS	114



APRESENTAÇÃO

*“Cada fala nossa vem carregada de mil falas dos que falaram antes de nós,
dos que falam conosco, dos nossos, conhecidos e desconhecidos”*

(Bakhtin, 1992)

Buscamos aqui recompor um pouco o caminho que vem sendo trilhado no Brasil em busca da humanização da saúde. Esta construção foi possível por meio de pesquisa que resultou em um texto que apresenta a conceituação da humanização da saúde respaldada em diversos autores, como um processo em constante mudança e ainda em formação que reativa, ilumina, intensifica a relação entre humanos. São humanos desiguais, em posições distintas e muitas vezes um subalterno ao outro. Buscar compreender e perceber a humanização em um Pronto Socorro de um Hospital Universitário Público no Brasil nos remete a entender como é forte o discurso colonialista e escravagista de nossa sociedade. Uns falam, outros ouvem; uns informam, outros escutam; uns ordenam, outros obedecem. Nem tudo que é falado por um é compreendido pelo outro. A situação de trabalho em um Pronto Socorro também é alvo da possível compreensão da relação entre humanos.

Escolhemos o caminho da palavra e demos voz aos profissionais médicos, enfermeiros e psicólogos do Pronto Socorro para que falassem do trabalho realizado por cada um, da comunicação e da humanização.

Sabemos que escolhemos um caminho perigoso e que não podemos cair na leviandade ou no espontaneísmo, como nos coloca Regina Leite Garcia (1995) sobre um perigo da pesquisa etnográfica. Estamos nos mantendo no fio da navalha, que exige conhecer o já-dito para poder dar a palavra a quem vive hoje um Pronto Socorro e então poder produzir um conhecimento novo.

Nesse percurso tivemos a felicidade de nos depararmos com o texto de Suely Deslandes sobre o trabalho em Pronto Socorro no Rio de Janeiro que muito nos impressionou com a possibilidade de dialogar com pesquisas atuais que estão sendo produzidas sobre a temática em questão.

Reconhece-se que os serviços de emergência, urgência e pronto atendimento têm constituição e situação de assistência que muitas vezes levam a uma tendência a desumanização do atendimento, entende-se que esta questão precisa ser examinada e enfrentada como dupla face. “De um lado, o sofrimento e insegurança do usuário, relacionado não só com o seu problema, mas também com a frieza, impessoalidade ou mesmo maus tratos praticados por



elementos da equipe” (PAIM, 1994, p.154). De outro, os profissionais de saúde que atuam com um nível enorme de estresse no processo de trabalho tendo que lidar intensamente com o sofrimento, o risco de morte, o óbito de pacientes e ainda a necessidade de soluções imediatas para os diferentes problemas. Paim, 1994, analisa que muitas vezes a ansiedade acumulada pelos profissionais pode se manifestar em desatenção e até mau trato com os usuários de um lado e em doenças ocupacionais da saúde de outro. A superação desses problemas, por sua complexa natureza tem exigido investigações e discussões que resultem na melhor forma de enfrentar a problemática.

Embora se constate que menos de 5% das pessoas que procuram serviços de urgência/emergência ou pronto atendimento sejam admitidas em um hospital, deve-se ter em mente que todos os demais 95% levam uma imagem da qualidade da assistência, do cuidado geral e eficiência, para a comunidade (PAIM, 1994).

Em recente editorial, Malik e Novaes (2007, p.822) observam o quanto “os cidadãos brasileiros percebem melhor as carências na assistência hospitalar que em outras modalidades assistenciais, pois depositam nela seus desejos e expectativas em momentos de grande aflição”. Entendemos que essa também seja a situação dos serviços de emergência e urgência em nosso país e que se quisermos ampliar as possibilidades de qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS) é fundamental aprofundar a compreensão sobre a natureza complexa da crise e as alternativas propostas para o enfrentamento dos desafios existentes na organização do Pronto Socorro. Para Malik e Novaes (2007, p.822):

não se trata de defender uma maior importância da assistência hospitalar, em detrimento da atenção primária/ambulatorial, mas de propor uma melhor integração/interação entre os diferentes níveis e atores dos sistemas de saúde, que otimize as suas respectivas competências, na construção de um sistema verdadeiramente capaz de atender de maneira cada vez mais adequada as necessidades da população e da sociedade como um todo.

“Eu acho que...o hospital das clínicas de Botucatu ...um lugar onde...despenca muito problema social, muito problema de saúde mesmo, mas muito problema social, assim que vem desembocar aqui. Então, assim, várias exclusões da sociedade vem parar aqui, né? Tem hora que eu falo assim: “isso aqui não é problema daqui, né?... mas que vem de uma coisa maior, né?”. A população busca aqui como uma válvula de escape mesmo, assim...Essa imagem que eu tenho. Um exemplo: eu atendi duas crianças, que tem problema, dificuldade de aprendizagem, um problema que não era para estar aqui no Pronto Socorro, né? E com uns diagnósticos, assim, que veio: retardamento mental...é...não tem capacidade para aprender. E criança, sabe? Super saudável, sabe, você vê faz tudo dentro de casa, entende tudo o que você pergunta. Uma estava até lendo e escrevendo. Então, assim, eu acho que o perfil são pessoas muito excluídas. Pessoas que nem teriam que passar ... no Pronto Socorro, entendeu? Mas acaba caindo aqui”,

Maria da Graça
(profissional de saúde do
Pronto Socorro do HC-FMB)

Introdução





I. INTRODUÇÃO

A. Histórico e Conceito de Humanização

Baseada em um modelo mecanicista e cartesiano, no qual mente e corpo separam-se, a Medicina Moderna estrutura-se e transforma-se durante todo o século XIX, conformando seu objeto como um corpo biológico, do qual apartou-se os aspectos sociais e psicológicos (CAPRARA; SILVA FRANCO, 1999). O século XX foi marcado pelo desenvolvimento tecnológico que permitiu realização de exames mais precisos, diagnósticos mais precoces e manutenção da vida, concentrando-se quase sempre na doença.

O desenvolvimento da bioquímica, da farmacologia, da imunologia e da genética também contribuiu para o crescimento de um modelo biomédico centrado na doença, diminuindo assim o interesse pela experiência do paciente, pela sua subjetividade. As novas e sempre mais sofisticadas técnicas assumiram um papel importante no diagnóstico em detrimento da relação pessoal entre o médico e o paciente. A tecnologia foi se incorporando no exercício da profissão, deixando-se de lado o aspecto subjetivo da relação. (CAPRARA; RODRIGUES, 2004, p.140)

Assim, as pessoas deixam de ser o centro do cuidado e são transformadas em “objeto” da assistência e fonte de lucro, perdendo sua identidade pessoal e ficando dependentes e passivas do “poder científico” que os profissionais de saúde julgam ter (BETTINELLI et al., 2003). O paciente em sua singularidade - emoções, crenças e valores - cede espaço à doença que é avaliada e tratada tecnologicamente, ocorrendo assim, a desumanização do ato médico. Como consequência, aprofunda-se a relação assimétrica entre os envolvidos no processo de saúde, em que o médico é detentor dos conhecimentos do corpo do qual o paciente geralmente se vê excluído (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

Ao observar a história da medicina, Michel Foucault (1994), citado por Reis et al (2004) demonstra que a predominância do discurso científico produz uma prática que se afasta cada vez mais da singularidade para se alicerçar numa consideração da generalidade do “caso”, excluindo o sujeito como possível co-responsável no processo de sua cura, privando-o de fala ou decisão sobre seu corpo, e colocando o profissional médico como possuidor de uma verdade inquestionável sobre a doença. “Os médicos informam muito pouco aos pacientes sobre o seu estado de saúde e sobre as possibilidades de tratamento, tendo um relacionamento de tipo paternalista, no qual o paciente é dependente do julgamento e das idéias do médico” (CAPRARA; SILVA FRANCO, 1999, p.651).



Se no início do século XX, os médicos possuíam recursos limitados para tratar e curar seus pacientes, apoiando-se no saber e na experiência pessoal de cada médico, dedicando seu tempo para dar suporte, cuidado e conforto aos doentes de modo a desenvolver uma relação de confiança. A partir da década de 1960, com o desenvolvimento técnico-científico, uma maior divisão de trabalho médico e conseqüentemente, com a mudança do modelo de atenção à saúde, o trabalho médico passou a se realizar de forma bastante fragmentada, impessoal e com valorização de habilidades técnicas em detrimento de uma relação médico-paciente mais humanizada (SCHARAIBER, 1997). É paradoxal, neste sentido, que enquanto a confiança na medicina, como prática técnica, ter ampliado-se durante a segunda metade do século XX, a confiança nos médicos foi progressivamente reduzindo-se, instalando-se neste sentido uma verdadeira crise de confiança .

Sucupira (2005) reafirma que desde a década de 1980 é presente a contradição nas relações da prática médica de que precisamente no momento em que o desenvolvimento tecnológico da medicina tem permitido poder fazer mais do que nunca para prevenir e tratar doenças mais graves, coincide com a insatisfação dos pacientes com a medicina. Para a autora, esta insatisfação reside na falta de atenção presente na relação pessoal com profissional.

Além do discurso tecno-científico, Betts (s/d) aponta outros aspectos para a desumanização na saúde como a compaixão piedosa que faz das diferenças o fundamento para relações assimétricas entre benfeitor e assistido, com a instauração de um exercício de poder de coerção e submissão, além da sensação de dívida e gratidão pela caridade recebida; e, o utilitarismo, em que um ato é correto se produz melhores conseqüências para o bem-estar humano, resultando na criação de “instituições de controle” capazes de disciplinar e regulamentar as condutas dos indivíduos (hospitais, reformatórios, presídios, asilos).

No início da década de 1950, a Declaração Universal dos Direitos do Homem elaborada pela Organização das Nações Unidas e que propunha a dignidade e igualdade entre todos os seres humanos, serviu de fonte para o conceito de humanização na saúde com “a idéia de dignidade e respeito à vida humana, enfatizando-se a dimensão ética na relação entre pacientes e profissionais de saúde” (VAITSMAN; ANDRADE, 2005, p.608). Em 1972, no simpósio *Humanizing Health Care* iniciou a conceituação ou identificação do que seria humanização ou desumanização do cuidado em saúde e as possíveis maneiras de implementar cuidados humanizados. A estratégia de humanização estaria relacionada à relação médico-paciente, à formação acadêmica, à comunicação e acesso à informação no processo terapêutico, às relações hierárquicas e de poder na produção do cuidado na tomada de decisões (DESLANDES, 2006).



Rollo (1997) apresenta alguns movimentos que de certa forma influenciaram o início de toda a discussão e implementação da humanização em nossa sociedade nas últimas décadas. Cita a reforma psiquiátrica como um dos movimentos mais radicais voltado a mudança da prática psiquiátrica, que por muito tempo baseava-se no que se chama de “medicamentalização” e na internação de pacientes em hospícios. Afirma que a eficácia e a legitimidade do novo modelo de atenção à saúde mental foi fundamental na luta por mudanças em políticas públicas de saúde. Um outro campo que muito tem influenciado o desenvolvimento da política de humanização, estabeleceu-se a partir de experiências de humanização em hospitais infantis e maternidades voltados para favorecer e fortalecer o vínculo criança-família. O autor cita ainda como importante inovação na reorganização do processo de trabalho a crise de eficiência e eficácia do modelo hospitalar norte-americano que exigiu modificações do modelo assistencial com a implementação de modelos de assistência mais centrados nos pacientes e com isso, mais voltados a uma não-fragmentação das ações e uma maior responsabilização das equipes multiprofissionais nos cuidados dos pacientes.

Inicia-se, assim, segundo Puccini e Cecílio (2004, p.1344), um movimento crescente e disseminado de humanização, que assume “diferentes sentidos segundo a proposta de intervenção eleita”. Verifica-se uma preocupação com o direito à saúde, à reorganização dos serviços e das práticas em saúde em que há uma

possibilidade de abrir a organização para o cidadão indo além da mensuração de graus quantitativos de satisfação, incorporando opinião e reivindicações da população nesse processo de mudanças e contribuindo para uma tomada de consciência mútua dos profissionais e cidadãos de novas finalidades e projetos comuns para a saúde. (PUCCINI; CECÍLIO, 2004, p.1349)

A natureza do movimento radical de humanização impulsiona ainda para que as resoluções não ocorram apenas nos limites setoriais, exigindo um projeto político-social amplo. Isto porque

os direitos dos pacientes variam de acordo com contextos culturais e sócio-políticos. São resultado do modo como se estruturam, implementam e distribuem os direitos individuais, sociais e políticos em cada contexto nacional, e também do modo como se instituíram as formas de relação médico-paciente. (VAITSMAN; ANDRADE, 2005, p.608)

Assim, desenvolve-se também a comunicação entre médico e paciente. Emanuel e Emanuel (1992), citado por Caprara e Franco (1999), relatam que nos Estados Unidos, Canadá e outros países europeus, o modelo paternalista é substituído pelo informativo, já que o médico é considerado um prestador de serviço e responsável apenas por comunicar ao paciente o diagnóstico de sua doença e as dificuldades de cura, ficando ao critério do consumidor a decisão



final sobre o tratamento. Ambos os modelos são exemplos de um processo de comunicação unilateral e estão sendo gradativamente superados por um bidirecional, intitulado de comunicacional, que exige mudança de atitude do médico, no intuito de estabelecer uma relação empática e participativa que ofereça ao paciente a possibilidade de decidir na escolha do tratamento.

Um consenso internacional em relação aos direitos dos pacientes vai surgindo na década de 1990, baseando-se no “direito fundamental dos pacientes à privacidade, à confidencialidade de sua informação médica, em consentir ou recusar tratamento, e ser informado sobre os riscos relevantes dos procedimentos médicos” (VAITSMAN; ANDRADE, 2005, p.608). Em 1994, é assinado em Amsterdã, a Declaração sobre a Promoção dos Direitos dos Pacientes na Europa (WHO, 1994), em que se enfatiza “o livre exercício de escolha individual, bem como a necessidade de se construírem mecanismos que garantam a qualidade do atendimento”, é ressaltado ainda a crescente complexidade dos sistemas de saúde; os progressos da medicina e da ciência e o fato de a prática médica ter se tornado mais intervencionista e, em muitos casos, mais impessoal e desumanizada, geralmente envolvendo grande burocracia; a importância de se reconhecer o direito do indivíduo à autodeterminação e de assegurar garantias de outros direitos de pacientes (VAITSMAN; ANDRADE, 2005, p.608).

No Brasil, Vaitsman e Andrade (2005, p.609) apontam que paralelamente ao processo de construção da democracia e da cidadania, é estabelecido na Constituição Federal de 1988 que “os serviços de saúde nos setores públicos e privados, devem preservar a autonomia das pessoas e garantir que tenham acesso à informação sobre sua saúde”. Várias cartilhas foram elaboradas por órgãos oficiais, serviços de saúde e/ou associações de pacientes, como a Cartilha dos Direitos do Paciente (1995), que ressaltava o direito à privacidade, à informação e ao atendimento respeitoso por parte de todos os profissionais de saúde e que serviu de base para a lei 10.241, de 17 de março de 1999, sobre direitos dos usuários dos serviços e ações de saúde no Estado de São Paulo.

A Constituição também determina que é dever do Estado garantir a saúde de toda a população, o que será instituído com a criação do Sistema Único de Saúde, cujo funcionamento está detalhado na Lei Orgânica da Saúde (1990). Esta política pública de saúde tem como princípios doutrinários a integralidade, a universalidade, a equidade e a descentralização da gestão com o incentivo da participação popular e da atenção com serviços de complexidades crescentes de acordo com o município (BRASIL, 1990).

A humanização no atendimento foi reivindicada primeiramente pelos grupos mais vulneráveis e/ ou organizados como pacientes idosos, portadores de HIV e distúrbios mentais.

Foi impulsionada também pelo feminismo que questionava os valores instrumentais e masculinos da sociedade industrial, criticava a medicalização do parto e a transformação do nascimento em evento médico (VAITSMAN; ANDRADE, 2005, p.609), o que originou o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000). Em 2001, surge o Programa de Humanização na Assistência Hospitalar (PNHAH) que segundo Benevides e Passos (2005), teria o intuito de criar comitês de humanização voltados para a melhoria na qualidade da atenção ao usuário e, mais tarde, ao trabalhador. Seria, portanto, “uma tentativa de enfrentar os problemas relativos à má qualidade nas várias áreas do atendimento hospitalar, voltando-se para as necessidades de usuários e profissionais” (VAITSMAN; ANDRADE, 2005, p.610).

Deslandes (2004) analisa o documento oficial do PNHAH e identifica quatro eixos discursivos. Primeiro, humanização como oposição à violência (física e psicológica) que pode ser expressa em ‘maus-tratos’ e na dor de não ter atendida as suas demandas e expectativas, sendo que “as manifestações de violência, também podem ter o usuário como agressor, muitas das vezes expressando o desespero de não obter o atendimento após ter peregrinado por várias instituições, entre tantos outros motivos” (DESLANDES, 2002, p.9). Segundo, humanização como capacidade de oferecer atendimento de qualidade, combinando avanços tecnológicos com bom relacionamento, já que “as tecnologias e os dispositivos organizacionais, sobretudo numa área como a da saúde, não funcionam sozinhos – sua eficácia é fortemente influenciada pela qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento” (BRASIL, 2000 apud DESLANDES, 2002, p.10). Terceiro, humanização como melhoria das condições de trabalho do cuidador, não se restringindo apenas a melhoria de infra-estrutura (instalações, renovação de aparelhos) como também ressaltando a importância de cuidar dos profissionais da área da saúde para se obter equipes de trabalho saudáveis (DESLANDES, 2002, p.10). Assim, humanizar a assistência seria humanizar a produção dessa assistência, visto que muitas vezes o profissional de saúde é mal remunerado, pouco incentivado e está sujeito a uma carga horária exacerbada. Quarto, humanização como ampliação do processo comunicacional, já que foram identificadas

deficiência do diálogo, debilidade do processo comunicacional entre profissionais e usuários, entre profissionais e gestores repercutindo de forma negativa no cuidado prestado. O desrespeito à palavra e a falta de troca de informações, a debilidade da escuta e do diálogo promoveriam a violência, comprometeriam a qualidade do atendimento e manteriam o profissional de saúde refém das condições inadequadas que não raro lhe imputam desgaste e mesmo sofrimento psíquico. (DESLANDES, 2002, p.10)



A Humanização da saúde ainda tem o conceito fragilizado por estar vinculada a iniciativas isoladas, criadas e desenvolvidas pela direção dos serviços. Geralmente são ações relacionadas à

instalação de grupos de acolhimento para pacientes com patologias específicas ou ainda trabalhos sobre aleitamento e orientação do parto; e à promoção de uma série de treinamentos, dirigidos aos funcionários encarregados de recepção ou da enfermagem, sobre a melhor modalidade de atendimento dos pacientes. (REIS et al., 2004, p.40)

Para Vaitsman e Andrade (2005), o conceito de humanização estaria ligado ao paradigma dos direitos e a cada dia surgiriam novas reivindicações de direitos, que se remeteriam às singularidades dos sujeitos. Assim, este paradigma estaria se tornando complexo e expandindo-se, alcançando novas esferas sociais e discursivas.

Segundo Benevides e Passos (2005), a Humanização é um processo de mudança em resposta aos anseios dos usuários e trabalhadores e deve enfrentar dois desafios: conceitual e metodológico. O desafio conceitual é a superação do seu próprio desgaste que como mencionado anteriormente tem sua força dissipada em práticas de atenção segmentadas por áreas (saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso) e por níveis de atenção (assistência hospitalar); identificadas ao exercício de certas profissões (assistente social, psicólogo) e a características de gênero (mulher); orientadas por exigências de mercado que devem “focar o cliente” e “garantir qualidade total nos serviços”. Já o desafio metodológico é sintonizar “o que fazer” com o “como fazer”, ou seja, o conceito e a prática, sendo que uma das dificuldades é o enfrentamento do *modus operandi* fragmentado e fragmentador, marcado pela lógica do especialismo e do que se supõe como especificidade da humanização em determinadas áreas. Os pesquisadores ressaltam ainda que “não há como mudar as formas de relacionamento nas práticas de saúde sem que aumentemos os graus de comunicação, de conectividade e de intercessão (Deleuze, 1992) intra e intergrupos nos serviços e nas outras esferas do sistema” (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p.393).

Um dos aspectos fundamentais da PNH apontados por Reis et al (2004) deveria ser o entendido de que as instituições de formação profissional são partes imprescindíveis desse processo, uma vez que são os grandes aparelhos formadores que possibilitam a transmissão não somente da técnica e da informação quanto da ideologia que sustenta sua operacionalização concreta. Como nos coloca Silva (2004),

os desafios da formação dos profissionais de saúde estão ligados aos desafios do sistema de saúde. Ambos devem buscar uma reorientação dos modos de cuidar e promover a saúde, tendo em vista, o processo de responsabilização e comunicação dialógica entre governantes, usuários, profissionais de saúde, formadores e alunos, visando a integralidade da atenção em saúde. (SILVA, 2004, p.238)



Isto implica em romper com o modelo de ensino-aprendizado centrado na concepção biomédica do processo saúde-doença e caminhar rumo a uma formação que valorize a integralidade da atenção à saúde. Valorizar na formação médica a humanização do cuidado, significa colocar para as instituições formadoras a necessidade de criação de estratégias de ensino que para além de valorizar a enorme importância dos conhecimentos clínicos e uma qualificada assistência individual, valorize-se também a clínica como um espaço de desenvolvimento de diálogo, de fala e de escuta, considerando o paciente como sujeito de seu tratamento e buscando melhorar sua qualidade de vida. Assim, buscar-se-ia enfatizar uma formação humanista de cunho prático-crítico-reflexivo.

O processo de humanização, em particular da relação entre médico e pacientes, deve reconhecer a necessidade de maior sensibilidade diante do sofrimento da doença com a introdução das “humanidades médicas” na formação universitária e na educação continuada (filosofia, antropologia, psicologia) que criariam espaço para repensar a prática em medicina, intervindo na qualidade da assistência com a personalização da relação, a humanização das atividades médicas, o direito à informação, o aperfeiçoamento da comunicação médico-paciente, diminuindo o sofrimento do paciente, repensando as finalidades da medicina, aumentando o grau de satisfação do usuário (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

Sob a perspectiva filosófica, Ayres sintetiza a humanização como

um ideal de construção de uma livre e inclusiva manifestação dos diversos sujeitos no contexto da organização das práticas de atenção à saúde, promovida por interações sempre mais simétricas, que permitam uma compreensão mútua entre seus participantes e a construção consensual dos seus valores e verdades. (AYRES, 2005, p.551)

Assim, o conceito de humanização é constantemente construído e reconstruído a partir da busca pelo equilíbrio entre os conhecimentos tecnocientíficos dos profissionais de saúde e o alcance dos “projetos de felicidade” dos usuários que remetem “a experiências vividas, valoradas positivamente, experiências estas que, freqüentemente, independem de um estado de completo bem-estar ou de perfeita normalidade morfo-funcional” (AYRES, 2005, p.551).

Assim, redefinindo o conceito, tomamos a humanização como estratégia de interferência nestas práticas levando em conta que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Trata-se, então, de investir, a partir desta concepção de humano, na produção de outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, deles usufruem e neles se transformam, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo. (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p.391)



A adoção da PNH significa definir “a humanização como a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde” (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p.392), buscando a criação de condições para humanização como as propostas pela socióloga Jan Howard (1975), citada por Deslandes (2006), das quais destacamos: a valorização da vida humana, independente do *status* e hierarquia social; o reconhecimento da singularidade do sujeito, seja ele paciente ou colega; e, a integralidade dos indivíduos (*holistic selves*), que questiona a fragmentação do cuidado e falta de visão integral da pessoa.

B. Humanização do Sistema Único de Saúde

1. Política Nacional de Humanização

Em 2003, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar é substituído pela Política Nacional de Humanização (PNH) que vem justamente para ampliar o alcance da Humanização por ser sustentado pela maior instância de gestão do Estado, aumentando também a sua autoridade e poder de intervenção (REIS et al., 2004) – deve ser usado como referencial para análise dos discursos.

Uma política não pode se confundir com um princípio e a humanização como política pública de saúde deve estar efetivando, no concreto das práticas de saúde, os diferentes princípios do SUS. Uma política se orienta por princípios, mas está comprometida também com modos de fazer, com processos efetivos de transformação e criação de realidade. (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p.392).

Como política de saúde transversal, segundo Benevides e Passos (2005, p.393), a PNH “atualiza um conjunto de princípios e diretrizes por meio de ações e modos de agir nos diversos serviços, práticas de saúde e instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva”, supondo a ultrapassagem das fronteiras dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde. A humanização constrói-se “com as direções da inseparabilidade entre atenção e gestão e da transversalidade” que “é produzida por uma comunicação multivetorizada construída na intercessão dos eixos vertical e horizontal” (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p.393).

Para Reis e al (2004, p.43), a PNH “deve ser um instrumento de transferência de um poder centralizado, que envolve naturalmente risco e responsabilidade, para um poder compartilhado, no qual diferentes instâncias – profissionais, pacientes e gestores — possam sustentar o delicado processo de prevenção e assistência”.



A PNH (Brasil, 2003) tem como princípios norteadores: a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas; o fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; o apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS; a co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção; fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; e, o compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.

No entanto, o Ministério da Saúde optou por não demarcar um conceito, restringindo-se a um entendimento da Humanização, que permite inúmeras possibilidades de leituras formalizantes e burocratizadas. Assim, entendemos Humanização como: valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2004).

A PNH possui estratégias e diretrizes gerais, além de parâmetros específicos para o acompanhamento de sua implementação de acordo com o nível de atenção de saúde (Atenção Básica, Atenção Especializada e Urgência e Emergência em Pronto Socorro, Pronto Atendimento e Atendimento Pré-Hospitalar). Para completar e difundir algumas das tecnologias de humanização da atenção e da gestão no campo da saúde, foram publicadas “cartilhas da PNH” com os temas: acolhimento com avaliação e classificação de risco, clínica ampliada, gestão participativa (co-gestão), equipe de referência e apoio matricial, gestão e formação nos processos de trabalho, gestão e prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico, grupo de trabalho de humanização, visita aberta e direito a acompanhante.

No âmbito dos Hospitais Universitários e de Ensino, a PNH tem objetivos e metas específicas que incluem a implementação de gestão descentralizada, colegiada e com controle social; ouvidoria institucional; projeto de Acolhimento com avaliação de risco e prioridades de atendimento; sistema de atenção domiciliar; visita aberta e acompanhante para usuários



internados; avaliações de satisfação do usuário e dos trabalhadores; equipe médica horizontal; a adequação da área física para conforto de usuários, familiares e trabalhadores, seguindo o conceito de ambiência; a disponibilização de equipe interdisciplinar de referência para o usuário e familiares; o desenvolvimento de protocolos para abordagem de problemas e situações selecionadas; além de outras ações seguindo os princípios e dispositivos da política.

2. Humanização do Pronto Socorro

Para o atendimento de Urgência e Emergência do Pronto Socorro, a PNH tem como parâmetros para acompanhamento de sua implementação: a demanda acolhida através de critérios de avaliação de risco, garantido o acesso referenciado aos demais níveis de assistência; a garantia da referência e contra-referência, resolução da urgência e emergência, provido o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura conforme a necessidade dos usuários; a definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito; e, projeto arquitetônico – ambiência (BRASIL, 2004).

Acolhimento com avaliação e classificação de risco

Compreendendo que o acolhimento, tão falado e citado atualmente na reorganização dos serviços de saúde tanto na rede básica como nos hospitais, deva ser considerado para além de uma sala ou um espaço físico e sim, como uma nova tecnologia de trabalho que ocorre no âmbito da micropolítica do trabalho em saúde, no qual o processo torna-se espaço público, “passível de discussão coletiva e de reorientações, permitindo a efetiva autogestão de trabalhadores e construção da autonomia dos usuários, obviamente, sem negar a importante e decisiva influência da macropolítica no contexto da saúde” (HENNINGTON, 2005, p.260). Na definição do Ministério da Saúde, o acolhimento é compreendido como

um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos. (BRASIL, 2004, p.5)

Segundo a cartilha HumanizaSUS – Acolhimento com avaliação e classificação de risco, o acolhimento é uma ação contínua que deve ocorrer em todos os locais e momentos do



serviço de saúde; e, a classificação de risco, um “processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento” (BRASIL, 2004, p.20). Isto se faz necessário em particular nos Prontos Socorros que recebem pacientes com diferentes graus de enfermidades que não podem mais ser atendidos de forma impessoal e tão somente conforme a ordem de chegada. Para a sua implementação é necessário uma Central de Acolhimento e Classificação de risco com estabelecimento de fluxos, protocolos de atendimento e classificação de risco e qualificação das equipes de acolhimento, além de adequação da estrutura física e logística das áreas de emergência e pronto atendimento. A classificação de risco deve ocorrer nos seguintes níveis:

Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato.
Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível.
Verdes: prioridade 2 – prioridade não urgente.
Azuis: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada. (BRASIL, 2004, p.27)

C. Comunicação médico-paciente

Humanizar nossos serviços de saúde implica reconhecer a centralidade da comunicação como dimensão essencial do humano, expressos na necessária qualificação do falar e do ouvir, dado que “as coisas do mundo, só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes, [enquanto...] forma de conhecer o outro” (OLIVEIRA et al, 2004, p.281).

1. Modelos de relações médico-paciente

Nestes dois séculos de história da medicina moderna, o relacionamento médico-paciente, como já comentamos, transformou-se de seu modo artesanal (ou liberal) de prática, dominante até meados da década de 1930, para sua conformação atual como uma “medicina tecnológica”.

Parte significativa das mudanças na relação médico-paciente foi decorrência de transformações estruturais na organização do trabalho médico, tais como: a especialização e subespecialização médica, a enorme ampliação dos recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis e a interposição de terceiros – privados ou públicos - na relação profissional-paciente, fruto da institucionalização da prática.

Além destes aspectos, diferentes autores, buscaram abordar o encontro médico-paciente pela questão do poder e autonomia que invariavelmente marcam esta relação. Em 1972,



Veatch (apud GOLDIM; FRANCISCONI, 1999), propôs quatro modelos de análise para a relação médico-paciente (sacerdotal, engenheiro, colegial e contratualista) e que se assemelham muito com o quadro de protótipos de controle médico-paciente de Roter e Hall (2002, p. 207):

Alto controle do médico		
Baixo controle do paciente	<p>1º quadrante Paternalismo Parsons, 1951 Szaz e Hollender, 1956 Ende e autores, 1990</p>	<p>2º quadrante Mutualismo Engel, 1970 (visão biopsicosocial) McWhinney, 1992 (relação centrada no paciente) Kleinman, 1980 (quadro explanatório do paciente)</p>
	<p>3º quadrante Padrão Roter e Hall, 1992</p>	<p>4º quadrante Consumerismo Freidson, 1970 Reeder, 1972 Haug e Lavin, 1983</p>
	Baixo controle do médico	

No primeiro quadrante, temos o Paternalismo caracterizado pelo baixo controle do paciente e alto controle do médico. Segundo o sociólogo Parsons (1951 apud ROTER et HALL, 2002), é uma relação muito bem equilibrada (médico/ forte/ dominante e doente/ fraco/ dependente) e mantenedora da estrutura social. Estar doente é um privilégio, pois exime o indivíduo de suas responsabilidades. No entanto, este deve procurar um médico para restabelecer o seu *status* anterior e obedecer a tudo lhe for prescrito. Ao médico, cabe escolher o melhor tratamento, mantendo sempre o distanciamento do paciente. Neste modelo, prevalece uma relação de apoio e cuidado em que o paciente pode receber conforto da figura pai-doutor. Neste caso, a confiança no médico é importantíssima para o processo de cura. *“The trust and confidence implied by this model allow the doctor to do ‘medical magic’.”* (ROTER; HALL, 2002, p.210). Veatch (apud GOLDIM; FRANCISCONI, 1999) chama este modelo de Sacerdotal dado o poder que o médico possui nesta relação e exerce toda a sua autoridade e dominação sobre o paciente. O processo de tomada de decisão teria um baixo envolvimento do paciente.

De uma maneira geral, pode-se dizer que este modelo explicativo – paternalista ou sacerdotal – esteve adequado a um período histórico em que as doenças mais prevalentes eram de



natureza infecciosa, de instalação súbita e caráter agudo, e que exigiam do médico uma ação mais rápida. Na medida em que as doenças crônico-degenerativas começam a ter uma maior expressividade no perfil epidemiológico das populações, especialmente a partir do final dos anos 1950, e que o relacionamento médico-paciente passa a exigir uma assistência de natureza mais prolongada, na qual o paciente passa a ter um papel importante por meio do autocuidado, o estudo da relação médico-paciente vai requerer outros modelos explicativos, como veremos a seguir.

Oposto ao paternalismo, o “Consumerismo”¹ (quarto quadrante) iniciou-se a partir da década de 1960 com as mudanças sociais, no momento em que surgem os tratamentos preventivos. Para Reeder (1972) (apud ROTER et HALL, 2002), na perspectiva do atendimento curativo ou de emergência, o mercado é dos vendedores e a relação caracteriza o paciente como suplicante. No entanto, na perspectiva do atendimento preventivo, o mercado é dos compradores; assim é o paciente quem decide por comprar o serviço de prevenção oferecido pelo médico. Nesta nova relação, o paciente tem os direitos de consumidor; enquanto o médico, as obrigações como prestadores de serviço. Voltando a Veatch (apud GOLDIM; FRANCISCONI, 1999), o Consumerismo corresponderia ao modelo Engenheiro em que o médico é repassador de informações e executor das ações propostas pelo paciente. O processo de tomada de decisão seria novamente de baixo envolvimento, mas dessa vez por parte do médico que seria dominado pelo paciente e suas decisões.

Roter e Hall (2002) apresentam uma opção intermediária entre Paternalismo e Consumerismo, o Mutualismo (segundo quadrante). Nesta relação cada um dos participantes traz forças e recursos reconhecidos. O poder é equilibrado e as decisões são resultados do que se pode considerar um encontro entre iguais. A tarefa do paciente é de tornar-se parceiro nesta empreitada; enquanto, a do médico, reconhecer o doente como centro do cuidado. Este encontro entre iguais para Veatch (apud GOLDIM; FRANCISCONI, 1999) resulta no modelo Colegial em que não se diferenciam os papéis de médico e paciente. O médico não exerce sua autoridade, o poder é compartilhado e o processo de tomada de decisão é de alto envolvimento, ou seja, há a participação democrática e ativa dos envolvidos; e, muitas vezes, a decisão é consensual.

No modelo Contratualista de Veatch (apud GOLDIM; FRANCISCONI, 1999) também há um equilíbrio entre médico e paciente; no entanto, é preservada a autoridade do médico. Ocorre a troca efetiva de informação e o processo de decisão pode ser de alto ou médio

¹ *Consumerism*, movimento iniciado no século XIX nos Estados Unidos por consumidores que questionavam a produção, a comunicação em massa, a tecnologia de mercado e a qualidade dos produtos.



envolvimento, em que a decisão do médico é pautada nas opiniões e restrições do paciente, respeitando seu estilo de vida e seus valores morais e pessoais.

O último protótipo descrito por Roter e Hall (2002) é o *default*, que poderia ser traduzido por protótipo de omissão ou negligência caracterizado pela falta de controle sobre a situação e ausência de envolvimento na relação tanto por parte do médico quanto do paciente, o que acarretaria na falha do tratamento.

Outra classificação importante é a de Emanuel e Emanuel (1992 apud GOLDIM; FRANCISCONI, 1999) que propuseram uma reestruturação dos modelos de Veatch. O modelo Sacerdotal passou a se chamar Paternalístico; enquanto o Engenheiro, Informativo. O modelo Colegial é eliminado e o modelo Contratualista passa a ser subdividido em Interpretativo (médio envolvimento) e deliberativo (alto envolvimento), de acordo com o grau de autonomia do paciente. Cogitam ainda a criação de um quinto modelo (instrumental) em que o paciente seria utilizado pelo médico apenas como um meio para atingir uma outra finalidade.

No Brasil, Nogueira-Martins (2001) propõe a utilização de outros modelos de relação profissional-cliente, como os descritos por Schneider (1974): grau de atividade-passividade, distância psicológica e grau de contato pessoal. O primeiro modelo ainda se divide em três tipos de relação: atividade-passividade, direção-cooperação e participação mútua e recíproca. No pronto socorro, são mais comuns os seguintes modelos: atividade-passividade, nos casos de urgência, estado de coma e cirurgias, já que o profissional tem que fazer algo pelo paciente que está passivo; e, direção-cooperação, nas enfermidades agudas e acidentes, em que o cliente é capaz de cooperar com o profissional.

Um outro modo de olhar a relação médico-paciente é reconhecer um gradiente de possibilidades de enfoque que vai do médico ao paciente. Assim, o relacionamento poderia se orientar nitidamente para o pólo médico, aproximando-se do modelo paternalista, anteriormente citada. Deslocando-se para o outro pólo teríamos um conjunto de proposta dentro do que se tem chamado “relação centrada no paciente”. Há, todavia, outro conjunto que não só se colocaria, entre as anteriores, como também se estruturaria numa perspectiva transversal de compreensão destas relações, que poderíamos genericamente chamar de “centradas no encontro” (CYRINO, 2005).

2. Um ator, uma percepção

Em estudo feito em Rochester (Estados Unidos) com grupos focais de usuários e profissionais de um centro de saúde, Ling et al. (2003) levantaram importantes questões sobre o relacionamento médico-paciente:



a) Divergências de significados e perspectivas:

- escutar: para os pacientes, é poder falar sem se preocupar com o tempo; enquanto para os médicos, é alinhar a comunicação verbal com a não-verbal, projetando a imagem de disponibilidade de tempo. Para os médicos ainda eram importantes a priorização dos problemas, o agendamento de consultas futuras e a atuação sobre as reclamações; além disso, eles esperavam também que os pacientes escutassem às suas explicações e conselhos.

- respeito: tanto para médicos como pacientes, é ver o doente como um ser importante e único. Os pacientes gostariam que isso ocorresse independentemente do seu histórico, estilo de vida ou filosofia e os médicos se esforçam para passar esta impressão mesmo que pessoalmente discordem. Os médicos ainda querem ser respeitados mais como profissionais do que como indivíduos.

- cuidado: para os pacientes, é ter um médico emocionalmente envolvido em seu tratamento e que se preocupe com a sua melhora; enquanto para os médicos, significa empatia, demonstração de acolhimento e investimento emocional que vai além de suas habilidades técnicas.

b) Importância do Gostar: o fato do paciente gostar do médico ou achar que esse gosta dele é um importante fator de melhora no tratamento. Para os pacientes, gostar é ter um relacionamento fácil e agradável; e, está associado a confiança e a possibilidade de continuidade do tratamento. Os médicos, por sua vez, fazem um esforço para gostar de pelo menos alguma coisa no paciente para que a distância entre eles diminua.

c) Confiança entre médico e paciente: o paradoxo da satisfação. Embora, às vezes, os pacientes expressem descontentamento com algum procedimento ou evento, o relacionamento médico-paciente positivo não é afetado. Para o paciente, confiança significa crer na integridade do médico e em sua competência e conhecimento técnico, ainda assim eles aceitam que os médicos possam cometer erros. Do ponto de vista dos médicos, confiança envolve reconhecer potenciais problemas honestamente, baseado em um senso profissional de integridade e responsabilidade moral; e, está associado ao não-julgamento.

Os relatos de Ling et al. (2003) mostram médicos preocupados e aparentemente treinados para atingir, o que eles acreditam ser, às expectativas dos pacientes. Esquecem-se que para os pacientes, eles não são apenas aplicadores de conhecimentos, Ayres (2006) completa:

precisamos ficar atentos para o fato de que nunca, quando assistimos à saúde de outras pessoas, mesmo estando na condição de profissionais, nossa presença na frente do outro se resume ao papel de simples aplicador de conhecimentos. Somos sempre alguém que, percebamos ou não, está respondendo a perguntas que nos são dirigidas, do tipo: 'o que é bom para mim?', 'como devo ser?', 'como pode ser a vida?' (AYRES, 2006, p.67)



A partir do levantamento dos problemas da relação médico-paciente como “a incompreensão por parte do médico das palavras utilizadas pelo paciente para expressar a dor, o sofrimento; a falta ou a dificuldade de transmitir informações adequadas ao paciente; a dificuldade do paciente na adesão a tratamento” (CAPRARA; FRANCO, 1999, p.651), Caprara e Franco (1999) sugerem que para uma relação menos assimétrica, o foco esteja no paciente e não na doença.

Ao se relacionar apenas com a doença, o profissional ocupa lugar de adversário – aquele que luta contra o mal. Relacionando-se com a pessoa, ele ocupa o lugar de parceiro. Assim, em parceria, profissional e usuário pensariam em estratégias para lidar com o sofrimento e buscar saúde. A posição de adversário do mal é solitária e pesada; ao se tornar um parceiro do paciente, as forças se somam e tudo fica mais leve. (FIGUEIRAS, 2006, p.411)

Segundo Caprara e Franco (2006), uma relação é composta por unidades interativas constituídas de várias dimensões observáveis. “A capacidade de observação das pessoas envolvidas na relação possibilita que se avaliem as expectativas da interação ou propriamente uma relação já constituída. Observar e mudar, reorganizar padrões em cada interação supõe um papel ativo dos membros da díade e uma dimensão dialética da relação” (CAPRARA; FRANCO, 2006, p.88). Assim, a conscientização dos profissionais de saúde sobre a importância de um bom relacionamento médico-paciente, bem como a maior participação e reafirmação dos direitos dos pacientes sobre seus direitos, podem contribuir para o desenvolvimento de uma interação e comunicação mais adequada entre os envolvidos, visando uma melhora na qualidade do atendimento médico.

3. Paralelo entre a relação e comunicação médico-paciente

A comunicação é parte intrínseca do encontro entre humanos e um componente social básico de qualquer relação, inclusive a médico-paciente. Envolve diferentes dimensões, em suas inseparáveis esferas, de conteúdo e relacional.

O processo de comunicação teve seu primeiro modelo desenvolvido por Aristóteles e resume-se em: emissor da mensagem, mensagem e receptor ou audiência. Em 1948, Laswell aprimorou o modelo anterior incluindo o canal ou meio em que a mensagem seria transmitida (jornal, livro, revista) e o efeito que ela produziria no receptor; e que pode ser sintetizado pela frase: “*Who says what in which channel to whom with what effect*” (figura 1). Paralelamente, Shannon e Weaver desenvolvem a teoria da informação que apesar de sua origem matemática, é assimilada para a teoria da comunicação ao introduzir o conceito de “ruído” que



mais tarde é ampliado para qualquer problema associado com a dificuldade de entendimento de uma mensagem (LANGE, 2000).

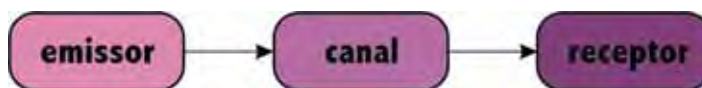


Figura 1: modelo comunicacional de Laswell

No Brasil, o desenvolvimento da Saúde Pública, a partir do começo do século passado, assumiu um modo de organização caracterizado como campanhista.

Em um determinado momento da história, a saúde passa a ser valorizada como um bem acima de qualquer discussão, justificando assim formas coercitivas de controle social em nome da utilidade e da felicidade do maior número, da piedade compassiva pelos que sofrem e do condicionamento de comportamentos considerados mais saudáveis pelo saber médico científico higienista do momento. (OLIVEIRA, COLLET et VIEIRA, 2006, p. 281)

Assim, como diretor geral da Saúde Pública, Oswaldo Cruz organizou várias campanhas que embora bem intencionadas, apresentavam-se a população com caráter extremamente autoritário, resultando inclusive na famosa Revolta da Vacina (1904). Em 1920, Carlos Chagas cria o Departamento de Saúde Pública que passa a associar técnicas de propaganda com educação sanitária cujo intuito era “promover um ‘comportamento favorável’ das populações pobres em relação às normas de conservação da saúde” (TEIXEIRA, 1997, p.18). Desenvolve-se a formação da “consciência sanitária” que tem como finalidade a mudança de comportamento. Já na década de 1960, com programas latino-americanos de desenvolvimento rural e de saúde, definem-se as “práticas de comunicação em saúde” até hoje atuantes e definidas por Pitta (1994 apud Teixeira, 1997) como Núcleo Técnico Fundamental das Práticas de Comunicação em Saúde em que há

pressuposto de uma falta ou atraso a ser superado; superação do atraso através de conhecimentos técnicos e científicos; campo emissor de mensagem elabora discursos com elementos comuns, em sintonia com o campo receptor; mensagens se oferecem como um “poder organizador” do conhecimento de um outro; uso dos meios como possibilidades de ‘extensão de saberes’ e ‘mobilização das pessoas’, buscando a adesão da população às políticas, programas e conhecimentos previamente definidos. (PITTA, 1994 apud TEIXEIRA, 1997, p.21)

Ainda entre os modelos unidirecionais em que há apenas um sentido para o fluxo de informação, destacamos o criado por Lazarsfeld caracterizado pela comunicação em duas etapas, ou seja, o emissor envia uma mensagem para o líder de opinião que é o responsável por passar a

mensagem para o seu grupo de influência (TEIXEIRA, 1997); e, o de Moles, que estabelece que para a mensagem seja significativa para o receptor, é necessário que os repertórios da fonte e do receptor sejam secantes (figura 2) (COELHO NETTO, 2003).

Se os dois repertórios forem exteriores totalmente um ao outro, a informação não é transmitida ao receptor. Por outro lado, se ambos os repertórios forem absolutamente idênticos, recobrando-se perfeitamente, aquilo que chega ao receptor em nada alterará o seu comportamento pois necessariamente já é coisa que ele conhece e que, se tivesse de modificar-lhe o procedimento, já o teria feito anteriormente. (COELHO NETTO, 2003, p.124).

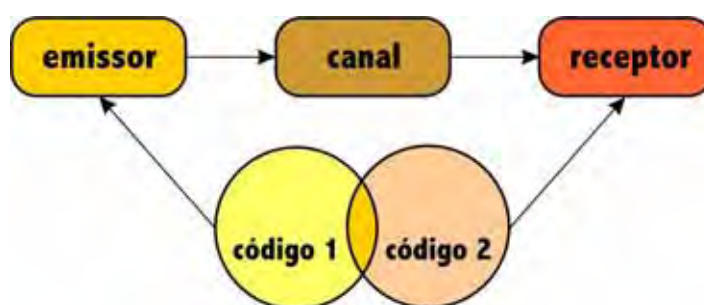


Figura 2: modelo comunicacional de Moles

A partir do modelo de Shannon, desenvolvem-se os modelos bidirecionais, comuns na comunicação interpessoal e portanto, no relacionamento médico-paciente. Estes modelos distinguem-se ao permitir uma resposta do receptor para o emissor, o que é conhecido como *feedback*. Assim, o emissor passa também a ser receptor; e, o receptor, emissor. O modelo transacional (figura 3) mostra o fluxo de comunicação ocorrendo nos dois sentidos e continuamente (FOULGER, 2004).



Figura 3: modelo comunicacional transacional



Dos modelos bidirecionais surgem os estruturais como o de Schramm em que há uma área de intersecção entre as áreas de experiência do emissor e do receptor local onde a comunicação de fato ocorreria. Outro modelo estrutural é o modelo ecológico que leva ainda em consideração opiniões, perspectivas e conhecimentos prévios dos comunicantes, o que interfere na interpretação da mensagem recebida. Em 1983, Goss propõe a inclusão de conceitos sociais e psicológicos à comunicação, enfatizando uma relação ou interação entre os comunicantes (LANGE, 2000).

Na relação médico-paciente, gradativamente os modelos comunicacionais unidirecionais são substituídos por bidirecionais, que exigem mudança de atitude do médico, no intuito de estabelecer uma relação empática e participativa que ofereça ao paciente a possibilidade de decidir na escolha do tratamento. Na década de 1960 nos Estados Unidos, Canadá e países europeus, desenvolve-se o modelo de relacionamento médico-paciente consumerista ou informativo em que o médico passa ser considerado um prestador de serviço e responsável apenas por comunicar ao consumidor-paciente o diagnóstico de sua doença e as dificuldades de cura, ficando a critério do consumidor a decisão final sobre o tratamento (EMANUEL et EMANUEL apud CAPRARA; FRANCO, 1999).

A partir do modelo ecológico citado anteriormente, verificamos que a comunicação entre paciente e médico tem um sistema cultural próprio, denominado por Oliveira (2002), como sistema de atenção à saúde, que reúne todas atividades relacionadas com o cuidado e a saúde e que servirão de repertório interpretativo para ambos os sujeitos. O espaço terapêutico, os aspectos do paciente (sintomas, expectativa, medos e ansiedade) e os aspectos do médico (habilidade comunicacional, experiência profissional, estresse e ansiedade) citados por Caprara e Rodrigues (2004) complementam a essência do relacionamento médico-paciente.

Em 2002, Oliveira desenvolve a “teoria peritonal da cultura”. A membrana peritonal é semi-permeável e permite a troca de substâncias entre os órgãos por ela envolto como se fosse uma luva de dedos e o restante da cavidade abdominal. Analogamente, paciente e profissional de saúde recobertos por esta membrana, entrariam em contato, permitindo a troca de informações necessária para o desenvolvimento do cuidado. O autor ressalta que cada um dos sujeitos continua ainda protegido em seu universo cultural e simbólico, embora tenha ocorrido a comunicação, ou seja, a assimilação de novas informações com produção de significados.

O processo de comunicação entre paciente e médico torna-se satisfatório quando ocorre a “negociação entre as partes”, “nem sempre totalmente consciente, cada uma usando os seus argumentos para que se chegue a um consenso possível para aquele momento” (OLIVEIRA, 2002, p.67). Assim, “além de garantir competência na sua área técnica, os



profissionais de saúde devem ser igualmente competentes para reconhecer as diferenças internas em cada subgrupo que compõe nossa sociedade” (OLIVEIRA, 2002, p.72). Lembrando que é o usuário quem faz a escolha de consultar-se, de seguir com o tratamento e de cumprir as recomendações médicas, ou seja, é quem tem o poder de realização e concretização da finalidade inicial da comunicação que é sucesso do tratamento clínico.

4. A comunicação interpessoal

Donnadieu (2003) explica que na comunicação interpessoal há duas possibilidades de relação entre os participantes: a simétrica, em que há uma tendência de comportamento em espelho, visando à diminuição das diferenças; e, a complementar, em que há sempre um comunicante superior e outro inferior, muito presente na relação médico-paciente. Foulger (2004) reafirma que embora a comunicação seja bidirecional, ela não é igual, ou seja, os comunicantes têm importância diferente no processo e cita, por exemplo: uma conversa entre chefe e subordinado, em que o primeiro tem mais liberdade e poder frente ao segundo.

Watzlawick (apud DONNADIEU, 2003) aponta também para dois componentes importantes desta comunicação: a comunicação digital que é a linguagem provida de sintaxe lógica e a comunicação analógica que engloba todas as formas não-verbais de comunicação. O olhar, a expressão facial, a postura e os gestos dos comunicantes fazem parte da comunicação não-verbal que para Silva (2002) servem para complementar, contradizer ou substituir a comunicação verbal ou ainda para demonstrar sentimentos não expressos em palavras.

Segundo Guffey e Nagle (2003) afetam ainda na comunicação interpessoal o ambiente externo que pode ser resumido em: modo de utilização do tempo, ambiente que cerca o comunicante e zona de privacidade ou seja a área de proximidade que cada indivíduo se sente confortável para conversar. Além das barreiras para compreensão dadas pelo etnocentrismo, caracterizado pela superioridade de uma cultura em sobreposição a outra e pelo estereótipo em que ocorre a generalização do padrão de comportamento de determinados grupos (GUFFEY; NAGLE, 2003). Um tipo particular de etnocentrismo é o “equipocentrismo”, que segundo Oliveira (2002, p.70) acontece quando “a equipe de saúde passa a julgar seus usuários a partir da visão de seus membros, estabelecendo unilateralmente o que é certo ou errado, adequado ou inadequado em relação ao cuidado à saúde”.

“Se nós não usarmos o material de nossa tradição, estamos contribuindo com a desvalorização da nossa cultura. Toda planta ou material usado no benzimento tem vida, são pessoas, por isso que o kumu (benzedor) conversa com as plantas, pedindo que curem esta ou aquela doença. Por outro lado, por

serem pessoas, as plantas também nos podem prejudicar, provocando certas doenças.” (MAIA, 2004, p.75)

No processo de comunicação, os profissionais de saúde são emissores e receptores da mensagem. Mas assumem também o posto de principais comunicadores, pois são responsáveis por passar aos pacientes todas as informações necessárias para que o tratamento de seus clientes seja adequado e satisfatório. Eles precisam estar cientes de que além dos ruídos comunicacionais, o receptor pode também distorcer a mensagem para escutar o que deseja, o que é conhecido como distorção seletiva (KOTLER, 1998). Assim, cabe a esses profissionais esforçarem-se pela “simplicidade, clareza, interesse e repetição da mensagem para destacar os pontos principais junto à audiência” (KOTLER, 1998, p.528). É importante lembrar também que para que o processo comunicacional seja bem sucedido e que a “negociação entre as partes” possa de fato acontecer, os profissionais de saúde devem estar capacitados para ouvir, perceber diferenças culturais e adaptar suas práticas (OLIVEIRA, 2002).

Watt e Wertzler (2001) constataram em seu estudo que expectativas e satisfação dos pacientes são duas coisas diferentes. Expectativas são criadas antes da chegada ao serviço; enquanto, satisfação durante a sua permanência, sendo uma função do preenchimento ou não de suas expectativas, além de outros fatores influenciadores. Pacientes podem ter um alto grau de satisfação, mesmo que não tenha as suas expectativas alcançadas.

Segundo Roter e Hall (2002), a satisfação dos pacientes aumenta quando o médico trata-os como parceiros, quando se utilizam de um tom mais positivo, menos expressões negativas (críticas), mais conversas sociais (amenidades) e quando trata-os de forma mais calorosa e mais próxima nos modos não-verbais (sentar-se mais perto, contato visual). Todos esses aspectos apontados pelos pacientes, na verdade, sugerem um comportamento semelhante ao de quando gostamos de alguém. Outro traço associado à satisfação dos pacientes diz respeito à comunicação não-verbal. Médicos que se sentem críticos e rejeitam certos pacientes tendem a demonstrar isso pelo seu tom de voz. O médico que fala sobre o seu paciente de um modo autocrítico friamente tende a falar com eles da mesma maneira, sendo o inverso verdadeiro também (ROTER; HALL, 2002, p.213).

Sucupira (2005) ressalta que a satisfação da clientela depende da satisfação dos profissionais no exercício do seu trabalho. Por isso, torna-se importante “ouvir também o profissional nas suas necessidades e desejos, observando os direitos e deveres dos profissionais e da clientela, identificando a relação dialética que se estabelece entre esses direitos e deveres” (SUCUPIRA, 2005, p.32).



Além das dificuldades já apontadas para a efetividade da comunicação (importância assimétrica entre os falantes, ruídos comunicacionais, comunicação não-verbal incoerente), pode ocorrer também a desqualificação da comunicação, sendo bastante comuns o maneirismo de fala (rebuscamento de linguagem com perda da objetividade), as tangencializações (respostas insatisfatórias e superficiais), as frases incompletas e as mudanças bruscas de assunto.

Todos esses entraves na comunicação podem afastar o paciente e provocar erros do profissional. “Um bom número dessas situações resulta de problemas com relação ao que foi dito (ou não) e ao que foi entendido (ou não). A doença gera, sem dúvida, um estado de tensão que torna mais difícil a compreensão dos fatos.” (NOGUEIRA-MARTINS, 2001, p.41).

Objetivo





II. OBJETIVO

No presente trabalho, tem-se como objetivo analisar a humanização no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP sob a perspectiva dos profissionais de saúde.



Metodologia



III. METODOLOGIA

“Numa ciência onde o observador é da mesma natureza que o objeto, o observador é ele mesmo, uma parte de sua observação”.

(Levy Strauss, 1974)

A. Pesquisa Qualitativa

O que é pesquisa? Minayo (1999) define pesquisa como uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados. Segundo a mesma autora, a metodologia é o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade. Ela ocupa o lugar central no interior das teorias sociais, pois faz parte intrínseca da visão social de mundo veiculada na teoria. Inclui concepções teóricas de abordagem e conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e exploração do potencial criativo do pesquisador.

Fazem parte da realidade de um Pronto Socorro, principalmente os profissionais de saúde e os usuários. Inicialmente, consideramos incluir todos em nossa pesquisa. No entanto, após a aplicação de algumas entrevistas pilotos com usuários, percebemos a vasta dimensão desse grupo e a dificuldade de obtenção de respostas isentas da correlação com o atendimento a ser prestado pela unidade. Para entrevistas mais fidedignas, seria necessário um acompanhamento pós-atendimento, o que infelizmente extrapolaria os limites desta pesquisa, mas que está previsto para um projeto complementar a ser realizado por estudantes de medicina da instituição.

Este estudo tem como comunicantes centrais, médicos de uma unidade de saúde que refletem posições frente à realidade, momentos do desenvolvimento e da dinâmica social, preocupações e interesses próprios, o que vem a caracterizá-los como uma pesquisa social que “só pode ser conceituada historicamente e entendendo-se todas as contradições e conflitos que permeiam seu caminho” (MINAYO, 1999, p.26). Bulmer (1978), citado por Minayo, divide a pesquisa social em cinco modalidades: básica, estratégica, orientada para um problema específico, ação e de inteligência. Segundo esta classificação, este estudo seria ainda uma pesquisa orientada para um problema específico, pois é realizado em um hospital público, ou seja, uma instituição governamental.

Escolhemos o método qualitativo pois, como ressalta Gurvitch (1967 apud MINAYO, 1999, p.28) torna-se difícil trabalhar com números, “uma vez que caminhamos para o



universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crença e valores”. Queríamos assim, captar a percepção dos profissionais de saúde com um maior grau de profundidade. Embora o Pronto Socorro, tenha em seu quadro profissionais de saúde de diversas formações, focamos nosso estudo nos médicos, por considerarmos o grupo mais pressionado devido às responsabilidades pela adequação do processo de cura e tratamento e implicações de erros médicos. Mesmo assim, foi feita entrevista com a psicóloga, membro da equipe multidisciplinar. Entre os médicos, podemos subdividi-los entre médicos-docentes da Faculdade de Medicina de Botucatu e médicos contratados. Iniciamos nossas entrevistas com membros da chefia do Pronto Socorro, que em seguida nos possibilitaram o contato com os demais médicos da equipe, composta naquele momento por doze médicos. Ao entrevistarmos um médico, este nos sugeria outros colegas para que pudéssemos prosseguir com nossa pesquisa. Esta seqüência de indicações nos “permitiram comparações sucessivas de casos particulares, resgatando o seu caráter universal” (DESLANDES, 2002, p.30). Foi entrevistada mais da metade da equipe médica que prestava atendimento na sala de acolhimento e na emergência adulto, na unidade de terapia intensiva e na pediatria. Como esta unidade pertence a um hospital acadêmico e de ensino, entrevistamos também um docente da clínica médica para comparação de pontos de vista.

De acordo com Minayo (1999), a amostragem qualitativa:

(a) privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer; (b) considera-os em número suficiente para permitir uma certa reincidência das informações, porém não despreza informações ímpares cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta; (c) entende que na sua homogeneidade fundamental relativa aos atributos, o conjunto de informantes possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças; (d) esforça-se para que a escolha do locus e do grupo de observação e informação conttenham o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa (MINAYO, 1999, p.102).

Para a mesma autora, “questão da validade dessa amostragem está na sua capacidade de objetivar o objeto empiricamente, em todas as suas dimensões” (MINAYO, 1999, p.103).

Após a aprovação e autorização do Comitê de Ética em Pesquisa, entrevistamos todos os participantes entre dezembro de 2005 e maio de 2006. Os locais de entrevista variaram conforme a disponibilidade do entrevistado (sala de acolhimento, sala de reunião, consultório do Pronto Atendimento, departamento de clínica médica e consultório particular). Ressaltamos que embora todas as entrevistas tenham sido bastante consistentes, pode-se notar uma diferença na cadência da conversa, pois quando distantes da unidade de saúde, os entrevistados se mostraram mais confortáveis, não pelo conteúdo do que diziam, mas pela ausência de interferências como ruídos externos, atendimento a pacientes e conversa com outros profissionais.



Foram utilizados dois roteiros diferentes de acordo com os atores envolvidos (anexos I e II): médicos/ docentes e equipe multidisciplinar. Após a aplicação de dois questionários para médicos, retiramos a pergunta “Como você explica para o paciente que o caso ele não é de Pronto Socorro”, pois através dela estávamos influenciando os participantes a aceitarem que aquele seria momento de dificuldade na comunicação. Posteriormente, pudemos verificar que a partir da questão “Quais os momentos mais difíceis da comunicação com os paciente e seus familiares?” esta resposta surgiria espontaneamente. Incluímos também três novas perguntas: “Para você o que é Humanização?”, com o intuito de verificarmos o conceito do termo entre os entrevistados; “Comente uma situação real de falta de Humanização”, a fim de resgatar na memória do sujeito um episódio marcante, que acabou nos revelando experiências pessoais; e, “Você gostaria de comentar algo sobre a entrevista?”, para tentarmos identificar a relevância de nosso trabalho. O roteiro para a equipe multidisciplinar foi feito a partir do roteiro dos médicos. No entanto, foram retiradas as perguntas referentes à garantia aos outros níveis de assistência e referência e contra referência. Os roteiros possuíam apenas questões abertas e ao aplicarmos, fizemos adaptações particulares para cada entrevista, conforme o encadeamento das respostas fornecidas. Assim, foram feitas de vinte a vinte e quatro perguntas e, embora contraditório, o número de questões não influenciou no tempo de duração das entrevistas que variaram de 35 a 75 minutos. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Um exemplo de entrevista na íntegra é apresentado no anexo IV. Na seqüência, as respostas dos entrevistados foram agrupadas por núcleos temáticos: pronto socorro e ambiência, pronto socorro e seus usuários, pronto socorro: espaço de assistência e pronto socorro: espaço de trabalho e local de ensino.

Trabalhou-se assim, com versões e fatos abordados. “Uma versão de versões, uma interpretação de interpretações” (DESLANDES,2002, p.37). Segundo, a pesquisadora Deslandes (2002), as opiniões dos entrevistados são formadas a partir de suas vivências, relações e interações sociais, que por sua vez, dependem da situação social, gênero e faixa etária dos sujeitos.

As representações desses atores sobre tais experiências compreendem tanto o sentido que atribuem e que é expresso no conteúdo racional de seus discursos, como aquele que habita nas entrelinhas, nas expressões ‘fechadas’ aos bastidores do grupo e nas suas vivências corporais (DESLANDES,2002, p.41).

Todos os entrevistados se mostraram bastantes receptivos e confortáveis para discutir as questões propostas. As entrevistas tiveram um tom crescente de entusiasmo, que culminou nas questões referentes à falta de humanização e sugestões de melhoria. A questão a sobre a perspectiva profissional trouxe um momento de reflexão e reafirmação da vocação. Com a última pergunta (“gostaria de comentar algo sobre esta entrevista?”), ficou claro o desejo dos



entrevistados em poder colaborar com a melhoria do serviço e a gratidão por estarem sendo escutados. Poderíamos até dizer que a entrevista serviu como veículo de desabafo para os sujeitos que puderam expor dificuldades, apontar problemas e indicar soluções.

B. Local de pesquisa: o Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina

A Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) iniciou suas atividades no ano de 1963, como Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu e desde 1976, integra a Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Atualmente, ela oferece cursos de graduação em Medicina e em Enfermagem; além de programas de residência médica e cursos de pós-graduação para mestrado e doutorado. Noventa por cento dos seus docentes, trabalham em tempo integral e dedicação exclusiva, o que influencia positivamente a produção de publicações científicas (UNESP, 2007).

Em 1968, foi criado o Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) que nesses trinta e seis anos de existência aumentou o seu fluxo de atendimentos ambulatoriais, de serviços de triagem, emergência e urgência, bem como o número de leitos hospitalares, baseado em uma dinamização constante e uma tendência da diminuição do coeficiente de mortalidade hospitalar. O número crescente de procedimentos foi acompanhado também pelo maior número de médicos contratados, docentes e médicos residentes (CORREA, 1988). O hospital que iniciou suas atividades com 48 leitos, hoje dispõem de quase 480 leitos, incluindo os da Unidade de Terapia Intensiva; ocupa uma área de mais de 45.000 m² e, conta com um corpo clínico formado por médicos contratados e docentes, num total de 387 funcionários, e um quadro de pessoal de enfermagem e apoio num total de 1.783 funcionários (UNESP, 2007).

O HC da FMB sempre se caracterizou como hospital de ensino, tendo sido, na década de 1990, beneficiado pelo Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária (FIDEPS), reconhecido pelo Ministério da Educação como centro de referência nacional no Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade (BRASIL,1991).

Mais recentemente, participou e foi aprovado no processo de certificação de Hospitais de Ensino do Brasil. Este processo está determinado nas portarias conjuntas dos Ministérios da Educação e da Saúde de nº 1.000, 1.005 e 1.006 de abril e maio de 2004 que “prevê, entre outros objetivos, a criação de um Programa de Reestruturação dos Hospitais de

Ensino no Sistema Único de Saúde (Artigo 1º da portaria interministerial nº 1.006 de 27 de maio de 2004)” (AMORETTI, 2004, p.1). Assim como os demais hospitais de ensino em nosso país, o HC-FMB passou por inúmeras crises que “têm no financiamento insuficiente dos procedimentos hospitalares realizados e nas contradições administrativas, gerenciais e políticas promovidas ao longo dos anos, alguns dos seus elementos reconhecidos” (AMORETTI, 2004, p.1) e vem passando por mudanças de gestão, assumindo os princípios e as diretrizes do SUS. Essa postura de mudança exige maior integração do HC-FMB na rede hierarquizada dos serviços de saúde do SUS, com maior participação na construção da rede de assistência articulada e integrada com os serviços básicos de saúde dos municípios da região.

Esta proposta contém uma demanda constitucional aos Hospitais de Ensino, vigente desde a constituição de 1988 e até agora ainda não cobrada, para que reorientem sua vocação assistencial, de ensino e de pesquisa, bem como todo o seu potencial tecnológico, diretamente para a construção do Sistema Único de Saúde e a serviço do atendimento universal aos usuários do SUS. Este desafio aponta a necessidade de uma revisão, para muitos hospitais, do próprio processo de gestão e gerenciamento dos fluxos e sistemas, do acesso dos usuários, da regulação das consultas especializadas e internações, da priorização nas ofertas de serviços por especialidades, entre outros aspectos. (AMORETTI, 2004, p.2)

O autor aponta que nessa proposta de reestruturação está prevista a reorganização dos serviços de urgência e emergência, tendo em vista à reorganização do sistema de saúde loco-regional, objetivando superar precariedades de gerenciamento do sistema de saúde de cada município.

No HC, o acesso para atenção à saúde (hospitalar, ambulatorial especializada e serviços de alto custo) é regulado desde o início de 2007 pelo Departamento Regional Saúde de Bauru (DRS VI) em pactuação com os gestores municipais do SUS e sua programação é elaborada de forma conjunta entre eles e a FMB. Entretanto, a FMB mantém ainda um grau preservado de autonomia na definição de seus pacientes, utilizando-se de variados critérios na seleção de sua clientela para acesso aos serviços que são prestados pela instituição (100% destinados ao SUS): gravidade dos quadros nosológicos; interesse acadêmico (didático); capacidade de incorporação e garantia de acesso à demanda espontânea e; por indicação efetuada por profissionais da instituição. Em função dos problemas resultantes da política de financiamento do SUS, torna-se importante ressaltar que os serviços universitários começam a absorver parte da clientela também em função do perfil e dos valores médios da Tabela Nacional de Procedimentos (AIH), criando assim, uma dependência financeira determinante para o perfil de prestação de serviços da instituição.



Segundo dados de 2001, o HC da FMB atende cerca de mil pacientes por dia, sendo o Pronto Socorro (Pronto Atendimento e Emergência), uma das portas de entrada para o serviço com funcionamento diário, 24 horas por dia. O Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP (PS) é importante referência para os municípios da DRS VI nos procedimentos de alta complexidade em urgência/emergência. É constituído pelas unidades de Pronto Atendimento, Setor de Emergências, Enfermaria de Retaguarda e Triagem Médica de Especialidade, com as seguintes sub-unidades: Pronto Atendimento Adulto, Emergência Adulto, Emergência Infantil, Enfermaria de Retaguarda Adulto, Enfermaria de Retaguarda Infantil e Triagem Médica de Especialidades para atendimento de doenças crônicas.

A média mensal de atendimentos no Pronto Atendimento (PA) e no Setor de Emergência (SE) tem sido de aproximadamente 12 mil consultas médicas, o que não equivale à demanda de doentes, visto que um doente pode ser atendido por médicos de várias especialidades. São doentes que buscam espontaneamente o serviço, ou são encaminhados por outros serviços do município e região, ou mesmo chegam trazidos pela Unidade de Resgate do Corpo de Bombeiros, vítimas de vários tipos de acidentes (MENDES, 2003, p.23-24).

O PS do HC ocupa uma área que deveria ter sido destinado a Radiologia, ou seja, ocupa uma área que não foi construída para ser pronto socorro. Sua disposição é bastante deficiente e não atende as necessidades básicas para acomodação adequada dos pacientes. Muitas de suas salas não têm janela, a ventilação está comprometida e não há espaço suficiente para acamar todos os pacientes. Depois de muitos anos de reivindicações por parte dos profissionais do PS, em julho de 2007, foi firmado um projeto para construção de um novo Pronto Socorro ao lado da unidade atual. De acordo com as informações obtidas, o novo prédio estará alinhado às diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências e a Política de Qualificação da Atenção à Saúde no SUS, terá uma área construída de mais de 2.900 m², dividido em dois pavimentos e 63 leitos. Sua conclusão está prevista para 450 dias (FMB, 2007).

Antecipando a PNH, em 1995, o HC-FMB criou uma comissão de humanização, com a participação de docentes, profissionais de saúde, alunos e pacientes da instituição. Nas reuniões quinzenais e mensais, levantaram-se pontos críticos do funcionamento do hospital e desenvolveram-se propostas de mudanças, no sentido de beneficiar os usuários e os profissionais com iniciativas de humanização do cuidado, buscando, ainda, qualificar a comunicação e integração no serviço. Porém, em 2006, verificamos que esta comissão encontrava-se, em parte, desativada.

O ensino no Pronto Socorro do HC-FMB, tanto para os acadêmicos de graduação quanto para os médicos residentes, é realizado na maior parte do tempo por médicos contratados



e não por docentes, o que difere das demais unidades de ensino que, por estarem ligadas a departamento específico, são coordenados ministrados por professores da FMB.

C. Um pouco da história dos entrevistados

A maioria dos profissionais entrevistados é formada pela UNESP e entre eles é comum: a graduação há mais de sete anos, a experiência no PS de cinco anos ou mais, a grande importância dada à carreira acadêmica e outro emprego fora da unidade. Entre os médicos que participaram de nossa pesquisa, achamos pertinentes dividi-los entre profissionais que trabalham na área adulta e infantil e na unidade de terapia intensiva.

Para preservar a identidade dos entrevistados, seus nomes foram trocados e no decorrer dos trabalhos eles serão identificados pelos nomes abaixo, seguido de letras que identificam a função exercida no Pronto Socorro: CG (clínico geral), PE (pediatra), IT (médico intensivista), DC (médico docente), PC (psicóloga) e EM (enfermeira).

Resultados e Discussões





IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As falas de nossos entrevistados expressam “opiniões pessoais, da vida em um certo grupo social, de uma determinada sociedade, em um tempo específico, em um certo lugar” (CALDEIRA, 1984, p.144). Em suas entrevistas, buscamos retirá-los de seu cotidiano para considerar assuntos que não se falam normalmente, relacionando-os e olhando-os de longe, ou seja, convidado-os a “parar para pensar”.

Os resultados são apresentados a partir da divisão do Pronto Socorro em diferentes unidades de análise e observação; e:

A minha interpretação, apesar de ser de segunda ou terceira mão [...], de maneira análoga a dos entrevistados (que é de primeira mão), considera elementos do conhecimento, da memória, da vivência, para ir construindo uma visão ordenada que, neste caso, pretende ser racionalmente lógica. Os elementos de que abro mão são referências teóricas, conceituais, históricas, evocadas pelos dados e que podem permitir uma melhor compreensão dos dados, a formulação de uma explicação mais clara e abrangente, um esclarecimento de seu significado. (CALDEIRA, 1984, p.146)

Pronto Socorro: uma breve descrição da pesquisadora

Antes de começar as entrevistas, visitei algumas vezes o PS do HC-FMB. Acompanhei alunos do terceiro ano de medicina na aplicação de questionário junto a usuários e médicos responsáveis da área e observei o atendimento prestado aos pacientes na sala de acolhimento e consulta na área de adulto.

O Pronto Socorro está localizado em uma área recuada, que antecede a entrada principal do Hospital das Clínicas e está próximo a Faculdade de Medicina Veterinária. O acesso aos veículos é estreito e pouco sinalizado, não havendo muitas áreas para estacionamento próximo a unidade. Na frente do PS, há vagas para ambulâncias, uma pequena praça com bancos onde muitos dos pacientes ficam aguardando atendimento e uma lanchonete freqüentada por funcionários e alunos. A porta de entrada do PS é mantida sempre fechada e guardada por um funcionário, responsável por restringir o acesso ao hospital. À direita da porta de entrada, está a seção de registro; e, à esquerda, a sala de acolhimento e em seguida, a sala de espera com bancos para cerca de 40 pessoas, um aparelho de televisão e um bebedouro.

O movimento na área externa ao Pronto Socorro é pequeno e restringe-se basicamente aos pacientes que aguardam atendimento e um ou outro ambulante que vende biscoitos e salgadinhos. O som velado do lado de fora e o volume alto da televisão são

interrompidos aos poucos pelos nomes anunciados pelo alto falante e pelas ambulâncias que se aproximam. A chegada de usuários a unidade é constante e de tempos em tempos, forma-se uma pequena fila do lado de fora da sala de acolhimento; principalmente, quando esta fica fechada por alguns minutos devido a ausência do médico. Quem chegava à fila, quase sempre trazia um familiar consigo e uma aparência de cansaço e um olhar humilde e quase não falavam.

Em torno da porta da sala de acolhimento, recortes de jornais formam um papel de parede com notícias sobre a função terciária do PS da FMB. Dentro, a iluminação natural toma conta da sala, de suas mesas e de suas cadeiras. Muitos avisos estão afixados com informações sobre as unidades básicas de saúde, explicações sobre o funcionamento da triagem e até mesmo uma caixa para notificação de doenças do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo. É neste ambiente relativamente silencioso, limpo e arejado, na presença de um ou dois médicos, da secretária e muitas vezes de um aluno, que o paciente passa por seu primeiro atendimento. Ele é questionado sobre sua queixa, área de procedência, consulta prévia em outra unidade de saúde, papel de encaminhamento. Caso se enquadre nos critérios de admissão do Pronto Socorro, é submetido a um breve exame clínico, abre ficha e cadastra-se no guichê do Registro e passa a aguardar atendimento, seja pela Emergência Adulto ou pelo Pronto Atendimento. Muitos dos pacientes que aguardam atendimento ficam na sala de espera, sentados em silêncio; ora olhando para o chão, ora para a televisão, perdidos em pensamentos. Quando enfim é chamado pelo alto falante, o paciente se encaminha para uma das salas de atendimento onde será avaliado por médicos, residentes e/ ou também alunos do sexto ano de medicina. Se necessário, serão solicitados exames laboratoriais e o ele poderá aguardar atendimento de uma especialidade, ser internado ou voltar para casa após ser medicado.

Diferentemente da área de adultos, no Pronto Socorro infantil não há a triagem dos casos e todas as crianças serão atendidas, conforme a ordem de chegada e não de acordo com a gravidade das enfermidades. Enquanto esperam para serem chamadas, elas assistem à televisão, brincam no bebedouro ou agitadas pulam de um assento ao outro. Difícil é a tarefa das mães de tentar fazê-las sentar quietinhas, a não ser quando começam a choramingar, talvez por quererem voltar para casa, talvez pela dor que começa a incomodar, talvez pela fome.

Dentro do Pronto Socorro, o piso escuro (preto) e a ausência de janelas em muitos dos consultórios tanto da área de adulto quanto da infantil colaboram para o ambiente pesado e carregado do hospital. Nos corredores, macas e próximo às salas de internação, um forte e desagradável odor eram sentidos constantemente. O barulho e a movimentação pareciam característicos ao serviço, fossem eles causados pelos diversos aparelhos ligados, pelo deslocamento de pacientes, pelo trânsito contínuo de médicos, enfermeiros, auxiliares e alunos ou



por tudo isso misturado. Em seus aventais brancos envelhecidos, alguns pacientes arriscavam-se pelos corredores em busca de um banheiro ou quem sabe de ajuda e naqueles que permaneciam deitados, podia se ver rostos perdidos, alienados no tempo e no espaço. No olhar dos familiares, uma angústia, um desamparo, um pedido de ajuda.

As salas dos médicos e dos enfermeiros eram sempre movimentadas, locais de muito entra-e-sai e de trocas rápidas de informações sobre pacientes e rotinas. Alunos do internato e residentes discutiam casos, checavam procedimentos e condutas com os médicos. Enfermeiros e auxiliares reviam o quadro de pacientes, horários, medicamentos. E quando fizemos entrevistas nestes ambientes, nossos entrevistados foram muito solicitados para resolver tanto problemas administrativos quanto para assistenciais.

A imagem caótica que a mídia passa constantemente sobre os serviços públicos de saúde criou em mim uma expectativa que não se concretizou ao visitar o Pronto Socorro do HC-FMB. Embora as instalações da unidade tenham me causado um certo desconforto, elas não se encaixavam com o retrato do caos da falta de atendimento e maus tratos aos pacientes que a televisão, jornal e rádio nos apresentam. Assim, minha impressão sobre o serviço acabou sendo mais positiva do que esperava, o que não implica em convivência ou aceitação, pois acredito que as condições de atendimento e trabalho podem e devem ser constantemente revisadas e aprimoradas.

Outras impressões sobre o Pronto Socorro serão acrescentadas e comparadas com informações fornecidas por nossos entrevistados ao longo desta análise.

A. Pronto Socorro e ambiência

Conceito de ambiência:

O espaço que visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia...–, e garantindo conforto aos trabalhadores e usuários (BRASIL, 2006, p.6).

Estrutura física

O ambiente e a estrutura física atuais do Pronto Socorro da FMB contrariam em muitos aspectos o conceito de ambiência proposto pelo Ministério da Saúde. A falta e inadequação do espaço físico comprometem o atendimento mais humanizado; dificultam a manutenção da privacidade dos pacientes internados, que muitas vezes estão separados apenas por biombos; e, levam a situações limites de atendimento prestado em macas espalhadas pelos



corredores. A ausência de janelas nas salas impede a circulação adequada de ar e barra à entrada de luz natural que permitiria ao paciente ter noção do dia (manhã, tarde, noite, chuva, sol).

“No sentido que, a estrutura física limita muita gente e, é aquilo que eu falei. Os familiares, às vezes, preferem que o cara fique na maca em condições sub-humanas do que levar, tentar transferir para outro serviço. Só que isso deixa muitos pacientes em condições sub-humanas.”, Ângela (CG)

“Na Emergência Clínica fica um pouco difícil pela área física que nós temos. Então, nós temos uma área física muito restrita. Não tem como você separar, por exemplo, um paciente do outro. Não tem como você isolar um paciente do outro.”, Luciana (IT)

“Humanização...humanização de...de...não só de paciente, tratamento de paciente, humanização do corpo clínico que trabalha, da equipe clínica, ter um espaço físico, banheiro decente...para paciente, para funcionário. Eles não tem nada disso aqui. A estrutura do Pronto Socorro foi adaptada e não construída para ser um Pronto Socorro. Então não tem circulação de ar, não tem ventilador, o ar condicionado é contaminado, né? O ambiente da UTI não é o melhor local. Não tem local para você comer. Não tem...nem os mínimos cuidados para você. Os pacientes dividem um banheiro na enfermaria. Onde está humanização? É claro que humanização é tirar os pacientes da maca e do corredor. E aí, o que é que acontecem? Super lotou o hospital, segura o leito, a gente não tem como internar paciente que precisa ser internado, porque os outros leitos também estão ocupados, segurando leito para chamar o próximo, porque senão eles também não fazem cirurgia eletiva.”, Lígia (DC)

A falta de espaço físico ainda pode ser relacionada com a superlotação dos serviços de emergência e urgência. Assim como no Brasil, Fatovich (2002) aponta que a falha no sistema de saúde australiano transformou as unidades de emergência na opção sempre disponível de atendimento, limitando ainda mais as condições de acomodação dos pacientes e acompanhantes. Na tentativa de organizar o atendimento e na impossibilidade de melhorar as condições estruturais, pudemos perceber nesse estudo, que o Pronto Socorro do HC-FMB em acordo com as políticas para as unidades de emergência e urgência, criou um espaço de recepção aos pacientes para redistribuir o atendimento e ao mesmo tempo, responder a quem procura o serviço.

“Quantas e quantas pessoas não passam no posto, pegam uma receita. Passam no Sorocabana, pegam uma receita, não confia, vai confiar só depois que passa na UNESP. Isso aí! A população tem uma confiança irrestrita na UNESP. E é por isso que sobrecarregou o Pronto Socorro. E é por isso que a UNESP não dá conta disso aí. É por isso que fizeram esse Acolhimento para tentar triar o que é grave e o que não é, tá certo? Mas enquanto, não se melhorar estrutura de saúde de Botucatu, a nível de pronto socorro municipal, por exemplo, que não existe. A UNESP vai continuar sobrecarregada.”, Antonio Carlos (CG)



Todos os entrevistados reconhecem os problemas físico-estruturais da unidade e propõem desde reformas a até mesmo a construção de um novo prédio como solução para a melhoria das condições de trabalho e atendimento.

“Outra coisa que eu acho que falta, é ter um lugar para a gente ficar aqui no PS. Porque não tem, a gente fica aqui (sala no corredor da pediatria), né? Então assim, numa hora que está mais tranqüilo, que acabou as fcbinhas, que a gente pode sentar, conversar, vê uma coisa diferente, até pegar os livros para estudar alguma coisa do plantão, não tem aonde ir. Não tem. Nenhuma sala, nenhuma, nenhuma sala. Então não tem nenhum lugar para a gente ficar, o nosso quarto do plantão do Pronto Socorro, não sei se você conhece como é que é, é um quarto que não tem nem janela, né?”, Gabriela (PE)

“Aquele Pronto Socorro na minha opinião teria que derrubar ele e construir um novo, tá? Porque aquela lá não tem mais jeito. Fazer um puxadinho aqui, outro ali, não tem mais o que adaptar lá. Lá tá tão adaptado as coisas, tão adaptadas que o paciente chega lá e se perde. Ele não sabe, ele nem sabe qual é o papel do médico quase. A gente tem lá papel de serviço de informação, tá? Com a vigilância ruim. Quer dizer, infelizmente, é muito bagunçado lá, problema de fluxo, de...organograma de funcionamento ruim. Isso aí dificulta, gasta-se muito tempo, muita energia em coisa que não precisava.”, Antonio Carlos (CG)

“Eu faria um buraco em cima como tem lá no Hemocentro, não tem um tipo de um jardim de inverno? Eu faria isso, como no Hemocentro. Colocaria telha de vidro lá em cima e deixaria a claridade natural entrar. Essa seria a primeira providência. A segunda seria colocar um ar condicionado só para a UTI, onde a gente conseguisse regular o ar condicionado. Outra opção seria fazer uma outra reforma, uma outra...fazer um outro pronto socorro. Mas do jeito que está lá, do jeito que eu sempre batalho para as coisas mais rápidas, as soluções mais rápidas, né? Trocar o piso por um piso claro. A parede tem que ser clara. Em cima, o teto tem que ter desenho, tem que ter aquela cromoterapia, as cores, né, que significam cura: o lilás, o azul. Então, tem toda uma equipe que é formada em Humanização de UTI que a gente poderia conversar ou pesquisar pelos nossos livros, né? Relógio em todas as paredes. Os pacientes que estivessem acordados ficariam num lugar especial, que pudesse ver...que ficasse vendo televisão e nessa televisão passasse só filme, tipo National Geographic, coisas que ele pudesse só ficar olhando, não precisa nem ouvir, só ficar olhando. É...que mais, esse paciente que tivesse acordado e que pudesse ir ao banheiro, deveria de ter um banheiro legal para ele ir lá: tomar um banho, fazer o seu xixi, o seu coco sossegado. Entendeu? Ter o mínimo de privacidade, né? Ruído, nossa senhora! Isso é um esquema de educação mesmo. É muito ruído lá dentro, é muito, muito, muito ruído! Porque assim, respirador, vamos supor, não tem muito jeito. Mas a conversa, né? A conversa tem que ser baixa...”, Ligia (DC)



No sentido de atender às referidas reivindicações, recentemente, um projeto para a construção de um novo Pronto Socorro da FMB foi aprovado e espera-se que a nova unidade planejada em acordo com a Política Nacional de Atenção às Urgências, tenha um retorno tão positivo quanto o relatado na pesquisa de Santos et al. (2003) sobre a mudança estrutural e administrativa da unidade de emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Em 1996, o Projeto Reforsus do Governo Federal trouxe recursos financeiros para o Unidade de Emergência (UE) do HC de Ribeirão Preto e foram feitas reformas físicas (arquitetônicas) e técnicas. A interdependência da Unidade Hospitalar do Campus também foi diminuída, com a descentralização administrativa e implantação da gestão compartilhada (planejamento colegiado e representação multiprofissional).

A implantação da RM (Regulamentação Médica), no ano de 2000, permitiu, paulatinamente, a organização do fluxo de pacientes, com redução progressiva das taxas de ocupação de leitos em níveis eticamente aceitáveis. Restringiram-se as consultas aos casos com real necessidade, o que se traduziu em melhoria sensível na qualidade do atendimento (SANTOS et al., 2003, p.504)

Ainda na mesma unidade de Ribeirão Preto, foi “criado o Centro de Estudos em Emergências e foram reformados os três anfiteatros da UE, com os objetivos de: apoiar as atividades do ensino, estimular o desenvolvimento da especialização em urgências médicas; e alavancar os projetos de pesquisa na área”. (SANTOS et al., 2003, p.505).

Durante toda a realização desta pesquisa, chamou-nos muito a atenção esse ambiente extremamente inadequado para pacientes e profissionais de saúde. Embora a mídia ressalte todos os dias essa tensão de macas espalhadas pelos prontos socorros de nosso país, que até poderia se tornar algo banalizado ou invisível, esse foi um ponto que marcou o estudo na medida em que constatamos que a queixa é real e sensibilizadora para todos aqueles que passam pela unidade. Pode-se imaginar um chão preto, sem janelas, sem luz adequada como um local ideal para se trabalhar?

Os entrevistados percebem um certo desprestígio do Pronto Socorro, frente a outras áreas do HC da FMB que já passaram por mudanças físicas.

“Eu acho que no Hospital a coisa vai gradativamente melhorando. Outro dia, eu fui visitar uma pacientinha que estava lá na enfermaria da Otorrino e fiquei maravilhada de ver o atendimento e a apresentação do quarto. O quarto assim, todo quarto tem um banheiro, tem o seu banheiro que pode ter no máximo duas camas. Então, po....você tem no máximo mais um companheiro para ficar ali com você: ou um companheiro da família ou então, um outro pacientinho. Tem um banheiro, a porta do banheiro todo de alumínio, as janelas todas de alumínio, quer dizer, não é uma coisa que vai enferrujar, estragar, né? Ou vai ser mais difícil de acontecer e assim, mais quieto, mais personalizado, é bem mais humano. Lógico que a característica da Otorrino e da



Oftalmo são pacientes menos graves, tá certo? Mas fiquei bem impressionada, muito bem impressionada. E também, na Gineco-Obstetrícia, na Obstetrícia, o nenê fica com a mãe agora, quando o bebê não é complicado. Então também é um movimento de Humanização muito positivo.”, Lígia (DC)

As mudanças físicas-estruturais, que eram desprezadas na Europa até a década de 1980, “hoje são cada vez mais numerosas as experiências de construção dos hospitais, ou de reforma de velhos edifícios, partindo de idéias artístico-arquitetônicas dos espaços externos e dos espaços internos” (CAPRARA; FRANCO, 2006, p.103).

Privacidade e Individualidade

Em nossa pesquisa, a privacidade também esteve vinculada com o espaço físico e sua limitação interfere diretamente nos cuidados prestados aos pacientes. No entanto, há uma confusão de conceitos entre privacidade e intimidade. Ao perguntarmos na entrevista sobre como seria respeitada a individualidade de cada paciente, ou seja, suas peculiaridades e características individuais, pudemos perceber que este conceito é, na verdade, confundido com o de privacidade, que se refere à proteção da intimidade do paciente. O próprio Ministério da Saúde aborda estes termos conjuntamente quando apresenta o conceito de ambiência hospitalar, conforme citado anteriormente e sugere a garantia da privacidade com o uso de elementos móveis como divisórias e a preservação da individualidade através de locais onde os pacientes possam guardar seus pertences e receber seus acompanhantes.

“Paciente tem uma parada cardio-respiratória do lado de um paciente que está acordado. Você não tem onde colocar esse paciente que está acordado. Ele vê tudo. Você põe biombo, mas ele sabe o que está acontecendo ali.”, Lígia (DC)

Os entrevistados do PS adulto consideram normal à presença de alunos durante a consulta, o que demonstra o caráter extremamente cientificista entre os profissionais, justificado pelo papel acadêmico e de formação do hospital. No entanto, a presença de outros doentes no mesmo ambiente é considerada uma violação de privacidade.

“(…) Eles são atendidos num consultório sozinhos, tem sempre o médico e o paciente, às vezes, um interno, um aluno, o médico e o paciente. Agora a gente precisa melhorar bastante isso, porque as enfermarias ainda são coletivas, as salas de emergências são coletivas, então, isso é ainda um ponto ruim da gente.” Teresa (CG)

“A gente tenta preservar o máximo dentro da consulta...um acompanhante. Os alunos, ele tem já a postura tudo direitinho. Mas, às vezes, isso é impossível! Eu não tenho espaço físico para garantir essa



individualidade. Então você viu, você já veio aqui várias vezes. Às vezes, eu tenho 30 macas aqui, tinha as macas lá para o fundo. Não tem como.”, Ângela (CG)

Além da falta de privacidade, é apontado também o descaso na abordagem de pacientes, que não é informado sobre os exames e procedimentos que lhe serão feitos e muito menos, avisado sobre a presença de outras pessoas durante o atendimento.

“Infelizmente, a individualidade do paciente não é muito bem respeitada no Pronto Socorro, porque lá é uma bagunça muito grande, tá? (...) Então, por exemplo, tem um paciente com apendicite, se chama todos os internos para ir palpar a barriga dele lá. De certa, maneira, como ele sabe que quando ele entra num hospital escola, ele vai ser objeto de investigação, isso...enfim, ele não pode falar chegar e falar “quero ser atendido só pelo médico contratado e não quero nem que interno, nem residente ponham a mão em mim”. Ele não pode fazer esse tipo de exigência. Teoricamente, não pode. Eu nunca vi um caso de se entrar na justiça por causa disso, né? E o pobre coitado se submete. A gente deveria antes perguntar para o paciente: “ó, eu vou chamar os internos para palpar o senhor, porque...eles precisam aprender”. Muitas vezes, infelizmente, a gente se esquece de perguntar, chama aquele bando de interno e vai um atrás do outro em fila apalpar a barriga dele. Isso é extremamente freqüente lá, extremamente.”, Antonio Carlos (CG)

Somente os médicos do PS infantil, ressaltaram a necessidade e importância de pedir a autorização dos pais para que outros profissionais possam acompanhar o atendimento do caso.

“Eu acho que não é muito respeitada a individualidade do paciente. (...) A gente tem muito aluno aqui e como tem assim vários casos diferentes, a variedade de casos aqui no Pronto Socorro é muito grande. Então se chega uma criança com uma ausculta pulmonar bonita, assim de um bronco espasmo, a gente chama os alunos para ir escutar aquele bronco espasmo, porque é uma oportunidade que eles tem de ver isso e aquilo. Chega uma criança com um abdômen agudo, uma apendicite, eles vão ver como é que reage um abdômen agudo. Então eu acho assim, que a criança acaba ficando muito exposta, muita gente acaba vendo a criança.”, Gabriela (PE)

“A gente tenta, mesmo aqui na Pediatria, a gente tenta de forma mais humanizada fazer isso. Ter um consultório só para o paciente, pedir sempre a autorização para os pais para que os alunos vejam se é um caso diferente ou não; explicar com a palavra mais simples possível a patologia que o paciente tem, mesmo assim...”, Ana Luiza (PE)

Embora tenha sido confundida com privacidade, a individualidade apareceu espontaneamente na pergunta sobre o que seria Humanização. Seu conceito foi apresentado



como aceitação das limitações do paciente, avaliação das características particulares de cada caso e empatia à situação vivida pelo doente e seus familiares, visando sempre a melhor compreensão e entendimento do usuário. Essa preocupação foi mais acentuada entre os profissionais que atuam na área infantil.

“Humanização para mim é você enxergar o paciente como uma pessoa, não como uma MI (moléstia infecciosa) que está dando no paciente, é isso. A partir do momento que você conseguir reconhecer que aquele paciente, ele tem a individualidade dele, que ele tem as limitações dele, não é porque está escrito no livro que tem que ser aquilo e que tem que ser aquilo para todo mundo. Você tem que avaliar caso por caso, se aquilo é possível ou não para aquela criança, para aquela família. Você, assim, conseguir identificar as angústias, que a mãe a criança está passando naquela situação, conseguir oferecer um conforto, não só cobrar, porque é muito cômodo para o médico cobrar uma conduta perfeita da mãe, da criança frente à situação.”, Gabriela (PE)

“Eu acho que a gente se colocar também no lugar de paciente. A gente ter essa experiência de ser paciente, mas também entrar na vida dele, se por no lugar dele: ele trabalhando na roça, ele cuidando da família, ele...essa parte mais social assim, quando a gente acaba entendendo mais o lado dele.”, Luciana (IT)

B. Pronto Socorro e seus usuários

Em nossas entrevistas, pudemos perceber uma certa dificuldade dos profissionais em caracterizar os usuários do Pronto Socorro. Em uma mesma resposta, ora o entrevistado dizia haver predominância de pacientes jovens, ora de adultos; ora de pessoas economicamente menos favorecidas, ora de todas as classes sociais. Entre os que acreditam que o serviço atenda a pacientes de todos os níveis sócio-econômico-culturais, a principal justificativa foi à falta de opção de atendimento de urgência na região.

“São pacientes, a maioria paciente da região...são poucos os pacientes que vem fora da nossa DIR², né? São principalmente...é...adultos, adultos-jovens, né? Adolescentes, adultos mais jovens são poucos, adultos velhos são os mais comuns, adultos e idosos. É...geralmente são...na maioria são pacientes brancos, e...a maioria deles são pacientes clínicos, né? (...) Eu não sei por experiência, eu sei pelo que outros profissionais falam, que tem...chega muito paciente que só necessita de atendimento primário e secundário, né? Que acabam vindo resolver o problema aqui no hospital terciário, né?”, Luciana (IT)

² até o término da pesquisa de campo em 2006, Botucatu era sede da Diretoria Regional de Saúde XI. Já no presente ano (2007), com a reestruturação das regionais pela Secretaria Estadual de Saúde, Botucatu passou a integrar a Divisão Regional de Saúde VI, sediada em Bauru.



“Tem desde os marginalizados até o contrário, até as abastadas, até as pessoas abastadas. Por que? Porque justamente a pessoa abastada que paga um plano de saúde, se essa pessoa abastada sofre um acidente de carro, por exemplo, aqui na Marechal Rondon, e ela paga, por exemplo a Unimed, ela não vai ser atendida no pronto atendimento da Unimed. (...) Porque essas patologias mais graves, o rico se utiliza do serviço da UNESP. Se ele tem câncer, ele se utiliza da UNESP. (...) Então, a UNESP, ela acaba pegando desde a pessoa de alto poder aquisitivo até a pessoa de baixo poder aquisitivo, tá? De maneira geral, é claro, dá um movimento maior com as pessoas que não tem um plano de saúde, né?”, Antonio Carlos (CG)

Uma possível mudança de perfil dos usuários é apontada pelos entrevistados; já que desde 2000 funciona a Central de Regulação Médica de Botucatu ou Central de Vagas, serviço responsável pela regulação do atendimento médico de urgência e emergência, através da análise de solicitação de encaminhamentos e recebimentos de pacientes de outras unidades de saúde loco-regional. Este sistema foi desenvolvido com o objetivo de viabilizar o melhor acesso aos serviços de saúde.

Atua pelo lado da oferta, buscando otimizar os recursos assistenciais disponíveis, e pelo lado da demanda, buscando garantir a melhor alternativa assistencial em face das necessidades de atenção e de assistência à saúde da população, além de possibilitar a responsabilização dos gestores, frente a essas necessidades. (BRASIL, 2006)

“Antigamente, todo mundo que estava em Botucatu e vinha para o Pronto Socorro e era atendido. E hoje em dia, não é assim. A tendência é fazer aquela consulta referendada. Só vem para a UTI e só vem ser internado, aquele que já foi atendido nas periferias. Então, vem referendado pela Central de Vagas. (...) Então, é...é meio difícil falar sobre isso, porque não é aleatório. É uma coisa planejada, meio forçada já, entendeu?”, Ligia (DC)

Ao longo das entrevistas, notamos que as referências feitas sobre os pacientes sempre estavam voltadas àqueles de baixo de poder aquisitivo que não dispunham de outras opções de atendimento e, nos casos de pacientes vindos de outros municípios, que ainda dependiam da assistência das prefeituras vizinhas para chegarem até o Pronto Socorro.

“Falta de recursos médicos na região. Como eles não conseguem o mínimo, um atendimento primário de qualidade na maioria dos locais. Eles vem aqui. Assim, porque eles não tem recursos...não dá falar... porque eles não tem recursos nas cidades onde eles moram. Então, falta um pouquinho de orientação para estes pacientes do que que é, como que funciona, como funciona o Sistema Único de Saúde. Porque muitas vezes, eles até sabem,



mas como eles não encontram recursos na cidade deles, eles tentam conseguir por aqui. Culpa nossa, que até um tempo atrás, a gente dava tudo o que eles realmente precisavam. Agora não dá mais.”, Ângela (CG)

“Às vezes, eu acho que, assim, a maioria dos doentes são doentes bem pobres, né? Que dependem da Prefeitura, da condução da Prefeitura. Às vezes, passam um dia inteirinho aqui no Pronto Socorro aguardando o resultado de um exame, não tem o que comer...ficam aí, às vezes, tá frio...sentado aí.”, Teresa (CG)

Em recente análise de demanda do PS do HC da FMB, Mendes (2003) entrevistou 410 pacientes ou acompanhantes que estiveram na unidade e trouxe informações que vão de encontro com as falas de nossos entrevistados. A autora destaca que cerca de 70% dos usuários teria menos de oito anos de estudo, o que acrescido a informações sobre suas ocupações (aposentados, do lar, domésticas, desempregados, trabalhadores da agropecuária) indicariam um baixo poder aquisitivo. A maioria dos pacientes seria do próprio município de Botucatu (67%) ou pertencentes à área de abrangência do serviço (22,7%). A distribuição por faixa etária apresenta uma maior concentração de crianças (29,75% de 0 a 15 anos), equilíbrio entre adultos de 15 a 50 anos (24,63% de 15 a 30 anos, e 25,12% de 30 a 50 anos) e menor número de pessoas acima de 50 anos (20,5%). Setenta e seis pacientes não freqüentavam os serviços de saúde local ou do município de procedência, destes 18,4% alegavam a falta de confiança, a ausência de médicos, o descontentamento com o atendimento, a impossibilidade de realização de exames e até mesmo maus tratos nas unidades de saúde de origem. A grande maioria dos pacientes (84,6%) procurava espontaneamente pelo PS e os motivos de escolha citados por cinquenta destes usuários foram: confiança no atendimento da UNESP (78,3%), situação precária dos serviços onde residem (54,6%) e falta de recursos e facilidade de acesso (12,2%).

Segundo entrevistados de nossa pesquisa, nos últimos anos o Pronto Socorro vem adotando os critérios de risco de urgência e emergência para admissão de pacientes propostos pelo Ministério da Saúde (anexo V). A referência de Mendes (2003) sobre a demanda espontânea e facilidade de acesso ao Pronto Socorro vivenciada até pouco tempo atrás auxilia na compreensão da dimensão que o problema da recusa dos pacientes traz ao serviço. É importante ressaltar que embora os médicos muitas vezes associem apenas o baixo nível sócio-econômico dos usuários com a dificuldade de compreensão das informações passadas; eles deveriam estar atentos a diferença entre entender uma situação “nova” e aceitá-la.

“Eu falo para ele assim, eu procuro assim...para o paciente entender, porque a esmagadora maioria...é de um nível assim...nível sócio-econômico-cultural baixo, eu explico que a UNESP ficou restrito agora só atendimento de urgência e emergência. Que que é isso? Então, o paciente que chega num resgate, numa



ambulância, infarto, derrame, facada, tiro, perna quebrada, ficou assim. “Ab...mas e a gente que está passando mal, assim?”. (...) A maioria uns 70-80% entende, o restante infelizmente, briga e bate o pé, e aí é que surge o problema.”, Antonio Carlos (CG)

”Por enquanto, a gente tá fazendo o acolhimento que funciona como uma triagem. Então é onde de fato a gente seleciona o que é urgência e emergência e o que não é. E isso é uma coisa bastante complicada, porque a população não entende. Ela quer ser atendida e ela...não aceita que tem que voltar para o posto, tem que voltar para a cidade. E isso acaba gerando...vários e vários problemas, entre nós e a população, assim brigas mesmo, desavenças”, Ângela (CG).

Segundo Kotler (1998), imagem é o conjunto de crenças e impressões que uma pessoa tem em relação a um objeto e que condiciona todas as suas atitudes e ações relacionadas a ele. Assim, ainda pode demorar alguns anos para que os usuários assimilem e aceitem esse novo papel de pronto socorro terciário do PS do HC-FMB pois são necessárias muitas novas informações para que possam mudar de opinião; fato agravado pela ausência de experiência contínua ou de primeira mão com o objeto de mudança (KOTLER, 1998).

Como aponta Cecílio (2000), sem uma efetiva negociação com outras instâncias do sistema de saúde e enquanto, os demais serviços de atendimento à população não melhorarem, as unidades de emergência e urgência continuaram sobrecarregadas. Para este autor, no entanto, o aprimoramento da organização do pronto socorro, pode ser um elemento favorável para melhorar os fluxos de atendimento, a fim de construir uma rede de serviços de saúde mais efetiva para responder às necessidades de saúde da população.

C. Pronto Socorro: espaço de assistência

A leitura das entrevistas nos levou a identificar importantes temas do PS do HC-FMB como espaço assistencial: a superlotação da unidade; a prática do acolhimento; e, as peculiaridades do relacionamento médico-paciente nos serviços de emergência.

1. Superlotação

“A superlotação de usuários nos PAS e nas Portas Hospitalares de Urgência é um fenômeno bem conhecido dos gerentes, dos gestores e dos profissionais de saúde, bem como dos usuários e da população. Nos últimos anos, esse cenário tem sido amplamente divulgado e explorado pela mídia e pelos políticos, com mobilização dos conselhos de classe e da Justiça na mediação de conflitos e confrontos entre a população e os profissionais de saúde” (SANTOS et al., 2003, p.501).



Uma avaliação da unidade de emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto apontou para alguns fatores determinantes da superlotação que se repetem também no PS do HC-FMB, são elas: a falta de ordenação do acesso dos usuários aos serviços da rede assistencial e, em particular, àqueles que atendem às urgências; a baixa resolutividade da atenção primária e dos PAs; as diferentes concepções que os usuários, a população e os profissionais de saúde têm para definir a urgência; a inadequação arquitetônica e tecnológica dos PAS, dos Hospitais de Urgência e, em particular, das Portas Hospitalares de Urgência; e, a falta de apoio dos serviços do hospital, para investigação e internação dos casos atendidos na Porta Hospitalar de Urgência (SANTOS et al., 2003).

Hierarquização e Regionalização: a teoria e a prática

A regionalização e a hierarquização de serviços significam que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da clientela a ser atendida. (...) A regionalização é, na maioria das vezes, um processo de articulação entre os serviços existentes, buscando o comando unificado dos mesmos. A hierarquização, além de proceder à divisão de níveis de atenção, deve garantir formas de acesso a serviços que componham toda a complexidade requerida para o caso no limite dos recursos disponíveis em dada região. (MS, 2005, p.27)

A partir das falas dos entrevistados, podemos perceber como a prática se distancia da teoria. O princípio de hierarquização e regionalização do SUS pressupõe uma organização administrativa conjunta entre as diferentes esferas do serviço de saúde (municipal, estadual e federal), conforme suas disponibilidades financeiras e estruturais. Para que o funcionamento do sistema de saúde fosse integral e complementar entre si, as unidades deveriam dispor de equipe multidisciplinar ativa e bem treinada, e tecnologia condizente, a fim de prestar um atendimento satisfatório e evitar o fluxo de pacientes de unidade a outra. No entanto, ao tentar selecionar os pacientes que deveriam ser admitidos em um pronto socorro terciário, como o PS do HC-FMB, os entrevistados se deparam com todo tipo de doentes que chegam ao serviço pelas mais diversas razões.

“O que seria o certo: ele passar primeiro no posto e se não resolver ser encaminhado para a triagem, que é isso que eu estou fazendo...Agora, isso não acontece. Ele já passou no posto, mas ele está esperando o agendamento da triagem, mas ele não consegue vaga na triagem e aí ele acaba aqui”, Teresa (CG)

“É difícil você traçar um perfil dos pacientes, você tem todos os perfis de pacientes, desde de um paciente simples de unidade de básica de saúde, que pode ser uma dor nas costas, uma dor no ombro crônica a três



meses, um ano (...). Até paciente que não resolve o seu problema, os pacientes particulares da cidade, vem aqui para o Pronto Socorro”, Luiza (CG)

O atendimento deficiente das unidades básicas de saúde é uma queixa comum entre os profissionais entrevistados. De acordo com eles, a não realização de exames por parte das UBS e a falta de médicos nos municípios vizinhos despertam a desconfiança da população quanto à qualidade do atendimento prestado. Assim, os pacientes prefeririam buscar atendimento no PS do HC-FMB que seria muitas vezes visto como a última esperança do usuário no sistema público de saúde.

“Falta de recursos médicos na região. Como eles não conseguem o mínimo, um atendimento primário de qualidade na maioria dos locais. Eles vem aqui. Assim, porque eles não tem recursos...não dá falar... porque eles não tem recursos nas cidades onde eles moraram. Então, falta um pouquinho de orientação para estes pacientes do que que é, como que funciona, como funciona o Sistema Único de Saúde. Porque muitas vezes, eles até sabem, mas como eles não encontram recursos na cidade deles, eles tentam conseguir por aqui. Culpa nossa, que até um tempo atrás, a gente dava tudo o que eles realmente precisavam. Agora não dá mais.”, Ângela (CG)

A falta de médicos em alguns municípios pode ser explicada pela decisão do governo local em não investir em serviços de saúde, redirecionando os seus usuários para outras cidades:

Os gestores da saúde de municípios de pequeno porte optaram, em sua maioria, pela criação de condições de locomoção de seus cidadãos até os municípios maiores, pouco direcionando sua política de saúde para a criação de unidades resolutivas no âmbito local. Assim, cuidavam, quase que exclusivamente, da atenção básica, buscando ações de atenção secundária ou terciária nos municípios de grande porte, onde se localizam os centros hospitalares de referência. Tais práticas culminaram na sobrecarga desses centros de referência, fato observado ainda hoje. (SANTOS et al, 2003, p.499)

Alguns dos profissionais do PS do HC-FMB, criticaram o descaso dos gestores quanto à atenção dispensada aos munícipes enviados.

“A dificuldade é pessoal, mesmo assim. De repente, é de uma cidade muito longe. Aí, eu fico doída da vida, porque assim, vim...A cidade manda a criança para cá para ser vista numa condução, a gente fornece o médico, fornece atendimento, um especialista; e, a cidade se restringe a no máximo dar uma condução para eles. Às vezes, eles vêm, ficam o dia inteiro. A gente dispensa eles às 5 horas da tarde, eles estão com fome, não tem dinheiro para comer. Eu penso assim, uma cidade que não tem dinheiro para investir em melhores profissionais, em serviços mais completos, pelo menos um lanchinho...um lanchinho...Eu acho que as dificuldades são pessoais mesmo: de condução, de dinheiro, de comida.”, Ana Luiza (PE)



Discursos semelhantes ao de nossos entrevistados se encontram nas falas de outros profissionais de saúde espalhados pelo país. Ao estudar dois prontos socorros municipais do Rio de Janeiro, Deslandes (2002) verificou que essas unidades recebiam além da demanda que não é de emergência, pacientes que não conseguiam atendimento na rede estadual ou federal seja por falta de profissionais, material e/ou equipamentos e que vinham de municípios vizinhos desprovidos de rede de serviços. Situação semelhante também era vivida pela unidade de emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto no início da década de 1990:

A demanda ultrapassava os limites da capacidade instalada, causando problemas de superlotação. A taxa de ocupação, na UE-HC ultrapassava 120%. Pacientes encaminhados de outros hospitais da Região e até de outros Estados, e mais os da própria cidade, espremiavam-se nas enfermarias, ambulatórios e corredores do Hospital. (SANTOS et al, 2003, p.503)

A falta de equipamentos na rede de saúde pública e o despreparo dos profissionais são constantemente criticados pela mídia e despertam na população à vontade de brigar por melhores condições de atendimento. Isso implica no maior fluxo dos pacientes pois justamente por acreditarem na medicina moderna baseada no desenvolvimento tecnológico, eles não aceitam apenas o diagnóstico de um único médico e partem na busca de uma segunda opinião em outros serviços.

A necessidade de concentrar grandes estruturas tecnológicas em hospitais de grande porte levou à consolidação de organizações burocráticas, que, por uma questão de custos e de eficiência, suscitou a necessidade de um discurso gerencial ou sanitário, baseado na economia da saúde e na gestão estratégica. (...) A necessidade de racionalizar custos e a própria evolução tecnológica contribuiu também para reforçar o valor da colaboração ou da interdependência entre generalistas e especialistas, o valor das equipes, assim como o valor da busca de sinergias e parcerias internas e externas entre serviços. (ARTMAMN; RIVERA, 2006, p.215)

Esta realidade teria desencadeado um problema comunicacional denominado por Schraiber de “crise de confiança”, em que os pacientes passam a duvidar e não confiar mais nos médicos e sim, na Medicina. Em nosso trabalho, a palavra confiança foi muito utilizada e sempre associada a FMB, que representaria o “ápice do desenvolvimento tecnológico da Medicina”, em oposição às unidades básicas que por não poderem investir em tecnologia não tem crédito perante a população.

“Quantas e quantas pessoas não passam no posto, pegam uma receita. Passam no Sorocabana, pegam uma receita, não confiam, vai confiar só depois que passa na UNESP. Isso aí! A população tem uma



confiança irrestrita na UNESP. E é por isso que sobrecarregou o Pronto Socorro. E é por isso que a UNESP não dá conta disso aí”, Antonio Carlos (CG)

“O principal motivo é a confiabilidade no serviço, mesmo. Eles colocam como sendo uma dificuldade de serem atendidos na rede primária, na rede secundária...por que é que é difícil ser atendido lá? Eles colocam que é falta de profissional, não gostam da qualidade, não gostam do atendimento, né? E aí, eles vem espontaneamente procurar, porque é aqui que é o Dr. UNESP”, Ana Luíza (PE)

“Na nossa região, é o melhor Pronto Socorro para se trabalhar. A gente tem todo um suporte de especialidades, de exames, há...de retaguarda, que a gente não tem em outro lugar na nossa região. O HC acaba sendo a via de entrada...assim, o final de todos pacientes da nossa região. Todo mundo que teve alguma coisa e não resolveu no posto de saúde, vem aqui”, Teresa (CG).

Além da crise de confiança, interferem no fluxo de pacientes no sistema de saúde a regionalização e a hierarquização através dos encaminhamentos (referência) e retornos de informações aos serviços de origem (contra-referência). O encaminhamento dos pacientes do PS para os ambulatorios do HC restringe-se ao agendamento de consulta que pode demorar muitos meses.

“Eu acho que a maior dificuldade é estar aqui e conseguir um seguimento, uma continuidade do tratamento. Porque muitas vezes a gente não consegue encaminhar para especialidade, quando encaminha fica agendado para daqui 2, 3 meses e às vezes, até mais do que isso. E é uma coisa que foge do nosso controle porque nós não trabalhamos dentro da especialidade, não fazemos ambulatório...”, Gabriela (PE)

“Quando são as patologias complexas que precisam de um especialista, a dificuldade é a agenda, tá? Mas eles sempre são encaixados, pode demorar muito, mas eles são encaixados. Exceto, algumas especialidades que tem questão da DIR que não aceitam encaminhamentos que não são da nossa DIR. Mas das especialidades pediátricas, a maioria delas é só vaga demorada, mas consegue.”, Ana Luíza (PE)

Para hospitais especializados, a dificuldade está na aceitação do paciente que pode ser favorecida pelo interesse acadêmico da enfermidade, influência pessoal do profissional ou ainda acesso ao convênio médico.

“Vamos supor assim., que venha um paciente para cá que precisa de um recurso que a gente não tenha e que precisa encaminhar para São Paulo, por exemplo, porque a gente sabe que tem o recurso lá. A gente tem bastante dificuldade de conseguir essa vaga lá. A dificuldade é extrema. A sensação que dá é que se eles estão



interessados no caso para pesquisa ou se você tem um conhecido lá, você consegue. Fora isso é muito difícil conseguir a vaga lá. Sempre está cheio nesses lugares, vamos supor no HC, tá? Se é para um hospital particular é fácil de conseguir. Se o paciente vai pagar por convênio ou particular ele consegue, tá certo? (...) Então, a sensação que dá é assim: toda vez que se envolve, algum interesse de origem de pesquisa ou porque existe um clientelismo, vai, um conhecimento de amizade, aí vai, o paciente consegue entrar. É difícil, então, é muito difícil conseguir um atendimento para o teu paciente.”, Lígia (DC)

A contra-referência para os postos de saúde, por sua vez, esbarra na falta de confiança dos usuários nos serviços que não querem voltar à rede básica de sua região e no descaso das unidades em fazer o acompanhamento do paciente, uma vez que esse já foi atendido na Unesp.

“Agora reencaminhar para primário e para o secundário, a dificuldade é a confiança mesmo do paciente. Às vezes, eles ficam assim: ‘ab...deixa eu seguir aqui, vai? Porque lá, lá não tem um médico, doutora. Não adianta, doutora. Eu chego lá, falo que o meu filho está com uma anemia e é só daqui seis meses que vai ter consulta. Como é que eu vou esperar para tratar uma anemia daqui seis meses’ ”, Ana Luiza (PE)

“Contra-referência é uma coisa que a gente precisa melhorar muito por aqui. Antigamente, a gente fazia contra-referência, a gente escrevia uma cartinha de receituário, dizendo para os postos tudo o que tinha acontecido aqui. O que aconteceu, os postos começou a usar isso contra a gente. O paciente chegava no posto com a carta, dizendo: paciente atendido no Pronto Socorro com crise hipertensiva, pressão de tal tal, prescrição de medicação, orientado a procurar o serviço para acompanhamento. Aí, eles preenchiem o anexo 1 assim: paciente acompanhado na UNESP em crise hipertensiva, solicita acompanhamento. E dava o papel para o paciente vim aqui marcar. E a partir daí, toda vez que esse paciente fosse para o posto, não, ele é da UNESP, nós não vamos atender, tem que ir lá no Pronto Socorro.”, Ângela (CG)

Embora não possa ser discutido como parte da hierarquização e regionalização da saúde, é interessante mostrar a problemática do fluxo de pacientes dentro do próprio Pronto Socorro. Alguns dos médicos entrevistados apontam para a demora da especialidade clínica do HC em atender o paciente ou em providenciar a sua internação. Uma vez que o doente é examinado pelo especialista e é constatada a pertinência de seu caso, ele passa a ser de responsabilidade da determinada área clínica, ou seja, não pertence mais ao Pronto Socorro, que foi responsável apenas pela estabilização de seu quadro.

“Caso contrário, se é um paciente que tem uma pneumonia, só que associado a um quadro grave com outras co-morbidades pelo...a gente segue protocolos aqui, indicações de internação. Clínico-geral do Pronto Socorro



não pode internar, não tem autonomia de conduzir até o final do caso do paciente. Eu preciso de uma especialidade. Então, eu vou abrir, vou solicitar uma avaliação da especialidade para que eu possa dar o tratamento, via internação do paciente.”, Luiza (CG)

“Então, o objetivo meu inicial é atendimento inicial de pacientes e a estabilização dele. Aí, eu posso fazer com que esse paciente vá embora para casa, resolvi o problema dele ou eu posso fazer com que esse paciente, fique no hospital e seja visto pela especialidade. Então, uma vez que eu abri para a especialidade, eu já não tenho mais nenhuma responsabilidade sobre ele. Se ele está lá no corredor e eu abri a ficha para a Cirurgia Torácica, ele é paciente da Cirurgia Torácica, se ele vir reclamar de dor para a mim, eu vou falar para a enfermeira: liga para Cirurgia Torácica para vim ver o paciente.”, Antonio Carlos (CG)

“Às vezes, eles precisam e não tem espaço físico, aí, isso passa a ser um problema da especialidade. Enquanto eles estiverem aqui no Pronto Socorro, de tiver alguma intercorrência, a gente ajuda, tudo. Mas internar e arrumar algum lugar para ele ficar, é responsabilidade do serviço que vai internar esse paciente. Isso porque nós, não temos autonomia nenhuma para internar. O hospital não permite que nós daqui da frente aqui, internamos, ta?”, Ângela (CG)

Na visão dos profissionais, a culpa da ineficiência da organização dos serviços está sempre fora do PS do HC-FMB, ou seja, nas redes primária e secundária pouco resolutivas. O envolvimento excessivo dos médicos entrevistados com o serviço os impede de enxergar as dificuldades por que passam os demais profissionais das outras unidades, que assim como eles, muitas vezes, vivem em condições de trabalho desfavoráveis com poucos recursos financeiro e tecnológico. Ao se sentirem prejudicados e pouco responsáveis pelo funcionamento do sistema de saúde, os entrevistados não pensam em melhorar a articulação do PS com as outras unidades, nem em colaborar para qualificação da rede de serviços, o que poderia melhorar o fluxo de atendimento.

“Eu concordo com o sistema de, de triagem, de seleção de pacientes e acho que poderia ser mais fácil se tivesse colaboração de, do serviço de fora. Então, da Prefeitura, para que o atendimento...melhor a qualidade do serviço primário e serviço secundário. Poderia ser muito mais fácil. A gente atenderia realmente melhor os pacientes que realmente precisam do serviço terciário, se a gente não tivesse todo esse volume para atender, entender?”, Luciana (IT)



Emergência e Urgência: um campo de tensões

Segundo os entrevistados, uma grande parte dos pacientes que chegam ao Pronto Socorro poderiam ter o seu problema resolvido em outra unidade da rede pública de saúde, o que evitaria a sobrecarga do hospital e discussões desgastantes entre eles e os usuários.

“Deveriam ser: o infarto, o derrame, os traumas. Mas de fato, não é isso. De fato, o que a gente pega aqui no Pronto Socorro de maior, são as dores óstio-musculares. É o doente com dor nas costas há um tempão, é o doente com dor no Joelho, dor no ombro, na perna...”, Teresa (CG)

“Por enquanto, a gente tá fazendo o acolhimento que funciona como uma triagem. Então é onde de fato a gente seleciona o que é urgência e emergência e o que não é. E isso é uma coisa bastante complicada, porque a população não entende. Ela quer ser atendida e ela... não aceita que tem que voltar para o posto, tem que voltar para a cidade. E isso acaba gerando... vários e vários problemas, entre nós e a população, assim brigas mesmo, desavenças.”, Ângela.

Profissionais de saúde da rede pública de atendimento às urgências e emergências de Marília também acreditam que a maior parte da demanda desses serviços não exigiriam um atendimento de urgência e acusam “a população de fazer mau uso dos prontos-socorros e a designa como a grande responsável pela sobrecarga dessas unidades e pela desvirtuação de sua função” (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p.13).

Deslandes (2002) observa em estudo recente a mesma problemática, em que hospitais com serviços de emergência recebem uma verdadeira invasão de demanda ambulatorial que não se restringiria apenas ao Brasil. Para Aquino (apud DESLANDES, 2002) este problema não é novidade; desde 1983, grande parte da demanda a serviços de urgência, corresponderia a situações não urgentes em hospitais do Rio de Janeiro. Além da inadequação da oferta de serviços básicos como citado anteriormente em relação à hierarquização e regionalização, a procura pelo pronto socorro pode ser explicada também pelas diferentes concepções que profissionais de saúde e pacientes tem a respeito do que seria urgência e emergência.

Embora as palavras emergência (“situação grave, perigosa, momento crítico ou fortuito”) e urgência (“situação crítica ou muito grave que tem prioridade sobre outras”) tenham definições bastante semelhantes e uma possa ser utilizada como sinônimo da outra segundo o dicionário de português Houaiss, os médicos fazem uma importante distinção entre elas. Segundo Paim (1994), os profissionais de saúde definem a emergência como um ‘processo’ com risco iminente de vida que deve ser diagnosticado e tratado nas primeiras horas após a sua constatação e a urgência como um ‘processo agudo clínico ou cirúrgico’, sem risco de vida iminente. Para



ilustrar uma emergência, freqüentemente mencionam-se as chamadas “emergências cirúrgicas” ou estados traumáticos.

“Urgência a gente entende como uma, uma...situação em que não há um risco tão grande de vida. É uma situação de incômodo, por exemplo, uma dor de cabeça forte, uma enxaqueca, por exemplo, assim que não vai matar o paciente. Mas é uma urgência, por que? Porque é uma dor, você precisa ser atendido na hora. Então isso é uma grande procura, tá? Uma dor nas costas aguda, uma lombalgia aguda, uma cólica de rim, por exemplo, uma gastrocolite aguda, uma diarreia, por exemplo, são eventos que fazem com que você procure o Pronto Socorro. E as emergências, que são as causas mais graves, né? Que é politraumatizado que é levado pelo resgate, infarto, os AVCs da vida, derrame, que são os casos mais graves.”, Antonio Carlos (CG)

“É ouvida a queixa do doente. Se essa queixa for pertinente a uma doença aguda, aguda que não é emergência, que não coloca a vida dele em risco imediatamente, ele é visto aqui no Pronto Atendimento. Se é uma coisa que coloca a vida dele em risco imediatamente, infarto, um derrame, ele é encaminhado direto a sala de emergência do Pronto Socorro.”, Teresa (CG)

Giglio-Jaquemot (2005) aponta para o fato da definição de urgência/ emergência objetiva dos profissionais e subjetiva dos pacientes, ao invés de conciliar as duas dimensões faz uma oposição entre elas, do certo e do errado. Enquanto, na verdade, a apreciação do que seria um estado/ situação de emergência ou urgência tanto para médicos como para leigos é uma combinação plurifatorial complexa, na qual não entram somente elementos do conhecimento médico técnico.

Essa combinatória é a conjunção de uma multiplicidade de fatores de natureza variada, tanto sociais quanto psicológicos, tanto coletivos quanto individuais, tais como, por exemplo: a idade do paciente, seu sexo, sua aparência, condição social, o tipo de mal do qual ele está padecendo, seu comportamento, o tipo de acidente sofrido, o número de vítimas, o grau de angústia e incerteza, a formação do médico, a eventual relação terapêutica existente entre ele e o doente (este é ou não ‘seu’ paciente) e também o próprio valor atribuído a um estado de saúde por parte de quem decide da sua ‘urgência’ ou ‘emergência’, quer dizer, por parte de quem o valoriza como urgência/ emergência. (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p.29)

Assim, “o que leva a apreciar um problema de saúde urgente não são sinais que só dizem respeito a ela, mas sim a um conjunto de sinais de perigo que, por se juntarem todos ao mesmo tempo, configuram uma situação de alto risco que torna esse problema grave e urgente” (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p.128).



“É difícil a mãe falar uma queixa e a gente não por a mão pelo menos para examinar. Então a gente examina e aproveita o momento para tratar, mesmo porque a gente pensa assim, nesta questão até mesmo da humanização. Muitas das mães, que são de, de um nível sócio-econômico baixo, às vezes, elas vieram aquele dia, estão perdendo serviço, não vem porque realmente o dia que marcou vaga no posto, elas estariam trabalhando e perder um dia de trabalho, descontar R\$ 20 no salário, é pesado para elas. Então, o que a gente faz, eu oriento muito os meninos em relação a isso: aproveita o momento, né? Trata o que tem, é queixa ambulatorial? É, dá para tratar e aproveita o momento para educar! E daqui para a frente a senhora segue isso no posto de saúde. É uma oportunidade, a gente não perde!”, Ana Luiza (PE)

A diferença de concepção do que é urgência/ emergência também pode ser estendida para o que é ou não estar doente.

O conceito de doença vai depender de um julgamento de valor do próprio paciente. É o indivíduo doente que vai dar significado à doença, em virtude das limitações ou alterações que esta lhe traz (Canguilhem, 1995; Adam et Herzlich, 2001). Estar doente pode significar sentir-se estigmatizado, incapaz, socialmente desvalorizado, excluído ou sem forças. O sentimento de estar doente não envolve apenas ser diferente dos outros, mas também estar diferente de como se era anteriormente. (MITRE, 2006, p.288)

Embora pessoas diferentes vivenciem a doença de forma distinta, quando se percebem e aceitam-se como doentes buscam por ajuda e querem ser cuidados. É neste momento que

Ocorrem, então, os encontros desencontrados, impedindo a produção da aliança necessária entre profissionais e a população. Desencontros porque atravessando estes encontros está a produção homogeneizada de que existem dois conhecimentos: um que é considerado ‘legítimo’, ‘correto’, ‘competente’, que o profissional possui, e outro que é ‘incorreto’, ‘precário’, ‘menor’, que a população traz. (ALMEIDA, 1996, p.58)

“O paciente não aceitar que a sua patologia não é considerada urgência/emergência. Porque para o paciente, ele está tendo alteração na sua saúde e como isso para a gente não é valorizado, como a gente não valoriza isso para ele. Ele está debilitado na sua consciência.”, Luiza.

“E a dificuldade em explicar para o paciente, principalmente o familiar, o que é uma urgência e o que é uma emergência. Porque, às vezes, o doente chega aqui e diz que tem uma dor nas costas há 20 anos, o que não é uma urgência. E ele fala: “mas se a dor que eu estou sentindo não é uma urgência, então o que será uma urgência?”, Teresa.

Nestes momentos de estranhamento de opiniões e conceitos sobre o que pode ou deve ser aceito em um serviço de emergência e urgência, é que os confrontos entre profissionais e



clientela faz com que todos os envolvidos no trabalho se sintam pouco reconhecidos, sentimento que se agrava de acordo com a hierarquia profissional (DESLANDES, 2002).

“Mais difícil é quando a família, os acompanhantes dos pacientes exaltam por não estar conseguindo o que eles vieram tentar aqui no Pronto Socorro da UNESP, né? (...) Veio do Paraná para cá com a família inteira, porque alguém ouviu falar que Botucatu resolveu os problemas e a família não aceita. Vim de lá até aqui e não vão resolver o meu problema?”. É, então, é geralmente nessa hora que a família acaba se transformando, assim...agressiva. São nessas horas que a gente é agredido, não só verbalmente, mas fisicamente. A gente já teve vários boletins de ocorrência de agressão física de médico. Geralmente, eu...se não é paciente psiquiátrico, são os próprios acompanhantes, a gente já foi até ameaçado de morte aqui.”, Luiza (CG)

“Então, na realidade, quando o paciente é atendido lá na, no Acolhimento e é encaminhado para serviço primário ou secundário quando a gente caminha, esse encaminhamento não é garantido, depende do próprio paciente. Eles ficam muito bravos, quando eles batem aqui e são mandados de volta, sem atendimento. Mas não tem como a gente fazer”, Antonio Carlos (CG)

Outra situação de conflito entre profissionais e usuários e que também está relacionada com a diferença de percepção e expectativa é quanto ao tempo de espera para a consulta. Segundo Giglio-Jacquemot (2005), ao se sentirem ignorados ou até mesmo anulados pela falta de atenção/ consideração dada ao seu sofrimento físico e moral, negados na apreciação íntima que tinham da gravidade do seu problema (ou de outrem, ente querido, conhecido), os usuários dos prontos socorros repassam aos demais sua má experiência colocando em dúvida a boa vontade, a competência e a até a humanidade dos profissionais que (não) os atenderam. Por outro lado, a opinião é diferente para aqueles em que as expectativas foram atendidas:

entre eles, os que já estão preparados para esperar bastante – pois avaliam que o seu problema não é tão urgente assim -; também os que, ao receber atendimento rápido, vêem sua inquietação levada em consideração e sua apreciação de urgência confirmada pelos profissionais que lhes dão a atenção esperada. (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p.14)

Para evitar futuros problemas e vindas frustrantes, os entrevistados se mobilizam a explicar aos pacientes as doenças e acometimentos que são aceitos na unidade, utilizando-se de vocabulário simples a fim de facilitar o entendimento e a compreensão dos usuários.

“Para o paciente entender, porque a esmagadora maioria...é de um nível assim...nível sócio-econômico-cultural baixo, eu explico que a UNESP ficou restrito agora só atendimento de urgência e emergência. Que que é isso? Então, o paciente que chega num resgate, numa ambulância, infarto, derrame, facada, tiro, perna quebrada, ficou assim. “Ah...mas e a gente que está passando mal, assim?”. Não, mas ficou para esses casos que



não são tão graves tem o posto de saúde e o Hospital Sorocabana. (...) A UNESP é para paciente que chega morrendo. Às vezes, você tem que usar exemplos para a pessoa entender. Se eu usar que é paciente de urgência e emergência, ele vai achar que a dor nas costas dele há um mês é urgência e emergência. Então, você tem que explicar que não, não é assim: a UNESP agora é só resgate, ambulância, infarto, derrame, facada, tiro, acidente na estrada, entendeu? Cabeça rachada, a gente usa uns termos populares para o paciente leigo conseguir entender para que que a UNESP se destina”, Antonio Carlos (CG)

No entanto, alguns entrevistados também sugerem que seja de responsabilidade das redes primária e secundária a educação e orientação da população quanto ao momento certo de procurar o atendimento do pronto socorro.

“O Pronto Socorro é emergência. Essa distribuição pela hierarquização tem que vim do, no nosso entender, tem que vir dos postos. A educação da população tem que ser feita nos postos de saúde. Só que os postos tem que funcionar, porque senão, sobrecarrega aqui. O secundário que é um grande problema na região, não tem nível secundário. Estoura aqui no Pronto Socorro.”, Ângela.

“Porque eu acho que a gente vai ficar anos e anos explicando e a gente vai passar anos e anos recebendo esses pacientes aqui. Porque ele vai no posto de saúde e aí o médico do posto fala assim: “o seu caso não é daqui, você tem que ir para a UNESP!”. Aí, ele já vem aqui armado. Aí, ele vem aqui e fala: “mas o médico, Dr. João, falou que eu tenho que vir aqui na UNESP”. Por que ele acredita mais no “Dr. João” do que em mim que tá aqui. Então...ele acredita porque é melhor para ele, porque é mais conveniente. Mas isso sempre vai acontecer.”, Teresa (CG)

Podemos notar novamente, que os profissionais entrevistados se sentem pouco responsáveis pela situação de superlotação do PS, que seria desencadeada pelo mau uso que os pacientes fazem do serviço, procurando atendimento para enfermidades simples que poderiam ser resolvidas e acompanhadas em outra unidade de saúde.

Embora não tenha sido objeto de pesquisa em nosso trabalho, é interessante o resultado apresentado por Watt et al. (2005), em pesquisa realizada em unidades de saúde da região de Calgary (Canadá), que mostra que alguns pacientes estão cientes de que sua doença não se trata de uma emergência ou urgência e portanto, não se importam quando outros casos por eles considerados mais graves são atendidos antes. Observação semelhante é feita por Giglio-Jacquemot no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas de Marília,



os pacientes se resignam-se com a espera na medida em que consideram que, à diferença de outros, seu problema não é insuportável e nem coloca, de imediato, sua vida em perigo. O atendimento não precisa ser urgente, o que importa é ser atendido. (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p.122)

2. Acolhimento, um dos caminhos para a Humanização

“A humanização é uma estratégia política e gerencial mais abrangente, que contem as possibilidades do acolhimento e do vínculo, como dispositivos práticos ligados às formas imediatas de cuidado social e individual.”
(ARTMAMN; RIVERA, 2006)

Segundo o Ministério da Saúde,

acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/ usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. (BRASIL, 2004, p.5)

Para auxiliar as mudanças propostas no Acolhimento, o MS criou a Avaliação e Classificação de Risco (anexo V) nos serviços de urgência e emergência que objetiva agilizar o atendimento através da análise baseada em protocolos pré-estabelecidos de acordo com o grau de necessidade do paciente, passando a atenção a ser voltada ao nível de complexidade e não da ordem de chegada (BRASIL, 2004). Por essa proposta, a avaliação de risco seria realizada numa Central de Acolhimento, que também seria local para procura de exames e consultas ambulatoriais. O PS do HC-FMB seguiu as recomendações do MS e implantou a Central de Acolhimento nos últimos anos onde é feita a triagem dos pacientes, de acordo com a gravidade de sua enfermidade e a conformidade em relação a sua área procedência.

“No Pronto Socorro aqui, como que funciona: o paciente quando ele chega aqui, ele é acolhido no acolhimento médico. É ouvida a queixa do doente. Se essa queixa for pertinente a uma doença aguda, aguda que não é emergência, que não coloca a vida dele em risco imediatamente, ele é visto aqui no Pronto Atendimento. Se é uma coisa que coloca a vida dele em risco imediatamente, um farto, um derrame, ele é encaminhado direto a sala de emergência do Pronto Socorro”, Teresa (CG)

“Por enquanto, a gente tá fazendo o acolhimento que funciona como uma triagem. Então é onde de fato a gente seleciona o que é urgência e emergência e o que não é. E isso é uma coisa bastante complicada, porque a população não entende. Ela quer ser atendida e ela...não aceita que tem que voltar para o posto, tem que voltar para a cidade”, Ângela (CG)



“(...) quinta a 1h da tarde, eu faço acolhimento. O acolhimento é aquele serviço do Pronto Socorro em que o paciente chega e nós decidimos se ele vai ou não abrir ficha lá. Por que? Porque acontecia antes, qualquer paciente que chegava lá, abria uma ficha e passava pelo médico. Não havia controle. Ai, como uma forma de reduzir esse número de atendimento e dá uma, vamos assim, procurar atender só mais as urgências e emergências, criou-se esse acolhimento, senão me engano, já faz uns três anos”, Antonio Carlos (CG)

Assim, pudemos perceber que para alguns de nossos entrevistados, acolhimento é sinônimo de um espaço físico, bem distante do conceito de Teixeira (2003), em que o

acolhimento deve ser entendido como um dispositivo que perpassa os diferentes espaços e momentos do trabalho de um serviço de saúde, não se restringindo, portanto, a um espaço de recepção ou a um componente de fluxograma assistencial. (TRAD, 2006, p.189)

Sucupira (2005) também chama a atenção para uma definição mais ampla do acolhimento e centrada no relacionamento entre profissionais de saúde e paciente.

Uma relação que deve ser pautada pelo respeito, pela solidariedade, mas principalmente pelo reconhecimento de que o atendimento não é um favor que o serviço faz ao indivíduo, mas o cumprimento de uma obrigação desse serviço para com um direito da população. Enquanto uma relação, o acolhimento não se restringe à recepção do paciente, mas se dá em todos os momentos vivenciados pelo indivíduo na unidade de saúde. O acolhimento pode ser entendido de forma mais ampla pelo modo como a unidade assume o paciente, estabelecendo um compromisso que impõe a responsabilidade da unidade frente a todas as suas necessidades de saúde. (SUCUPIRA, 2005, p.30)

O conceito de acolhimento entre nossos entrevistados pode ainda não estar muito definido ou ser tão abrangente, mas eles próprios sabem que deve ir muito da triagem.

“Ah...eu acho assim, que essa...que os (...) chamam de humanização, ter que acolher o paciente, assim, eu acho que isso não é o acolhimento. Você pegar, simplesmente, ver se entra ou vai para o posto. Isso é triar, né? Eu acho que da parte da pediatria, pelo menos, a gente não manda ninguém embora.”, Ana Luiza (PE)

O acolhimento surge no âmago das propostas de reorientação da atenção à saúde. Ele tem sido analisado como processo e estratégia fundamental na reorganização da assistência em diversos serviços de saúde no país, buscando a inversão do modelo tecno-assistencial de modo a contemplar o princípio da universalidade no atendimento e a reorganização do processo de trabalho. Trata-se de um dispositivo que vai muito além da simples recepção do usuário numa unidade de saúde, considerando toda a situação de atenção a partir de sua entrada no sistema. (HENNINGTON, 2005, p.257).

Temos clareza de que a atual política de acolhimento proposta pelo MS surge dentro da reorientação da atenção à saúde. O acolhimento “tem sido analisado como processo e estratégia fundamental na reorganização da assistência em diversos serviços de saúde no país,

buscando a inversão do modelo tecno-assistencial” (Hennington, 2005, p.257). Este autor apresenta o acolhimento como um dispositivo que deve ser considerado em toda situação de atenção à saúde de um paciente, a partir de sua entrada no sistema. Desta forma, fica evidente que o pronto socorro também está incluso como campo de acolhimento, devendo no entanto, este ser muito mais do que uma sala de recepção e triagem dos pacientes.

Para Figueiras (2006), o acolhimento ocorreria “quando incorporado ao exercício profissional de todos os trabalhadores de saúde, como uma atitude que melhor qualifica o serviço ofertado nas unidades” (FIGUEIRAS, 2006, p.407).

”Eu procuro explicar tudo aquilo que paciente tem. Uma vez feito a consulta, que a gente chega a um diagnóstico ou até se vai fazer algum remédio para ele antes mesmo de fazer um diagnóstico definitivo. A gente conversa bastante com os pacientes, conversa com os familiares”, Teresa (CG)

3. Relacionamento e comunicação profissional-paciente

Ao analisarmos o acolhimento como diretriz operacional proposta pelo Ministério da Saúde, verificamos a grande importância do aprimoramento do relacionamento profissional-usuário para alcançar “o compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e intervenções” (BRASIL, 2004, p.9).

O delicado relacionamento profissional-paciente

A sensibilização da intersubjetividade na relação é um desafio sofisticado, pois não pode ser contida nas normas (embora as pressuponha), uma vez que, em última instância, ela se dá no encontro singular de duas pessoas cujo nível de profundidade só poderia ser expresso por um poeta como Fernando Pessoa: ‘O que em mim sente está pensando’. (MINAYO, 2006, p.29)

Ao questionarmos os profissionais quanto ao relacionamento médico-paciente, a maioria classificou o seu contato como bom ou satisfatório. Para eles a qualidade da relação estaria vinculada ao entendimento e compreensão dos fatos por parte dos pacientes. Para evitar reclamações e diminuir atritos entre equipe de saúde e usuários, os profissionais afirmam buscar um modo de se expressar mais claro e também referem escutar o paciente com atenção, ou seja, tentam desenvolver suas habilidades comunicacionais.

”Depende...tem aqueles pacientes que realmente estão em emergência. Eu acho que o contato é bom. Na verdade, nós não temos espaço físico adequado para estar conversando com esses familiares. Na verdade, isso é feito no corredor, na frente das salas da emergência. Mas a gente consegue de uma...de uma maneira ou de outra, passar para os familiares o que está acontecendo, o que está sendo feito e na maioria das vezes, eles não



reclamam. Eles reconhecem o serviço e a coisa flui. O problema de relacionamento é com aqueles pacientes que não é a emergência., tá? Então, aqueles que a gente manda de fora do Acolhimento, o relacionamento é péssimo, tá? Eles vão para a chantagem emocional. Eles vão para a agressividade. Para a ofensa pessoal. Então ali fora, no Acolhimento é péssimo”, Ângela (CG)

“O meu relacionamento com os pacientes, de maneira geral, ele é bom, viu? A maior parte do dos relacionamentos é proveitosa, é adequada, tá bom? São poucos os pacientes e familiares que são mais agressivos, assim...são poucos, a maioria compreende. Se você tiver uma boa relação médico-paciente, se você conversar, se você ouvir, se você prestar atenção, na maioria das vezes não dá confusão. O que acontece é que, muitas vezes, eles tem um nível cultural baixo e de escolaridade, então, eles são difíceis de entender, tá?”, Antonio Carlos (CG)

Como vemos acima, para alguns profissionais, o mau relacionamento caracterizado por conflitos verbais e físicos entre o serviço e os usuários seria consequência do baixo nível socioeconômico dos pacientes que limitaria a sua compreensão sobre os acontecimentos. No entanto, a fala de um outro entrevistado sugere ainda a generalização da dificuldade de entendimento em um momento de vulnerabilidade, como no caso da internação de um familiar.

“Eu acho que a maior parte das dificuldades que os diaristas encontram são daquelas famílias de dificuldade intelectual mesmo, de conhecimento. Que grande parte das famílias...vem familiares daquele doente que não sabem explicar o que que o doente tinha em casa...Então, tanto para fornecer informações para história, para completar a história como para entender o que a gente fala. Então tem dificuldade no relacionamento intelectual. A segunda coisa muito interessante, para que quando um parente seu mesmo que você diferenciada, entra num estado desse, você emburrece e você não escuta o que o médico está falando. E isso, independe do nível social, cultural, de simpatia, de qualquer coisa, é como se eu fosse uma intensivista, tivesse meu pai dentro da Terapia Intensiva, você não consegue é...entender o que médico está passando de informação para você. Você sempre quer saber, você nunca se conforma com a informação, você sempre desconfia que estão fazendo pouco ou você sempre está achando que você está se intrometendo demais. Tudo assim, exagerado, distorcido. Então essa situação de gravidade, é muito difícil de ser enfrentado”, Lígia (DC)

Alguns autores como Almeida (1996) e Garcia e Valla (1996) tem apresentado uma rica discussão sobre o que chamam de “encontros desencontrados” entre os profissionais da saúde e a população. Este desencontro ocorreria muito mais por uma falta de compreensão por parte dos profissionais sobre o que os pacientes falam, pois os médicos trazem sempre o seu conhecimento e o seu código de comportamento e tem dificuldades em perceber as condições e capacidade de compreensão distintas dos doentes. Chauí (1990) destaca que há um discurso



denominado competente que é o discurso do conhecimento, do especialista. Este seria um discurso instituído e a expressão das relações de dominação. Para romper com este modelo seria necessário que o profissional de saúde tirasse a sua “máscara da indiferença” e não ignorasse a condição de vulnerabilidade, ansiedade e medo por que passam os pacientes. A ansiedade, comum a todo ser humano, está oculta nas profundezas de nosso ser e “são aqueles medos, inerentes à própria condição humana: o medo da morte, inevitável acompanhante da precariedade da existência” (SCLIAR, 2005, p.166).

Nossa entrevistada Lígia, docente e com maior tempo de experiência de prática médica, deixou-nos transparecer que à medida que se desenvolve profissionalmente e amadurece emocionalmente, passa a identificar e caracterizar melhor o que ocorre em si mesmo e nos seus clientes; estará, assim, aparelhado para discriminar as situações que exigem um encaminhamento especializado daquelas onde pode atuar em um sentido psicoterápico lato. (NOGUEIRA-MARTINS, 2001, p.43)

A falta de estrutura física do PS do HC-FMB aparece também como fator limitante para um melhor relacionamento médico-paciente, pois não há na unidade espaços que permitam ter privacidade para conversar com doentes e familiares.

“Mas, enfim, o meu relacionamento, particularmente, com os paciente é satisfatório, em que pese toda aquela, aquela bagunça que é lá...aquela falta de estrutura do Pronto Socorro, aquele fluxo caótico, que pese tudo isso aí...o meu relacionamento procura ser satisfatório e não é mais satisfatório por causa do volume de atendimento que é muito grande, então eu não consigo ter uma relação médico-paciente tão humana quanto eu gostaria de ter. Mas dá para ter um relacionamento satisfatório, deveria ser melhor”, Antonio Carlos (CG)

“Na verdade, nós não temos espaço físico adequado para estar conversando com esses familiares. Na verdade, isso é feito no corredor, na frente das salas da emergência. Mas a gente consegue de uma...de uma maneira ou de outra, passar para os familiares o que está acontecendo, o que está sendo feito e na maioria das vezes, eles não reclamam”, Ângela (CG)

Assim, como pudemos constatar a partir das falas de nossos entrevistados, Friedson (1988 apud DESLANDES; PAIXÃO, 2006) considera a relação médico-paciente como um “conflito latente entre perspectivas”, exaltando que o paciente nunca pode estar excluído da relação.

A interação com o profissional é desenhada de acordo com sua cultura e suas condições socioeconômicas. [...] o médico vê o paciente de acordo com a especialidade que exerce, e pretende definir as formas de atendimento a serem prestadas e o conteúdo de informações a serem fornecidas. Ele procura catalogar o paciente de acordo com sua patologia, evitando assim qualquer

individualização. Em contrapartida, o paciente entende sua doença em função das exigências da sua vida cotidiana, dentro de seu próprio contexto cultural, esperando que o médico aceite a sua definição e compreensão do problema. Ele tenta obter o maior número de esclarecimentos possível e busca tornar-se singular e diferenciado para o profissional. (DESLANDES; PAIXÃO, 2006, p.307)

Difícilmente a relação médico-paciente é de plena simetria. No entanto, pode estar alicerçada na correção normativa (sentido habermasiano) que seria a

aceitação da alteridade, o reconhecimento do outro como legítimo, outro na diferença. Não se trata de acabar com a diferença [...] estabelecer uma relação sem coação (ou com o mínimo possível de coação externa e interna) e de permitir que os sujeitos da interação tenham plenas chances de emitir enunciados regulativos, ou seja, de assumir compromissos e estabelecer demandas. Trata-se ainda de reconhecer que os atos lingüísticos proferidos por *alter* são corretos (justos) ou apropriados, porque se apóiam num contexto normativo considerado legítimo, no qual se destaca o direito amplo à saúde. (ARTMAMN; RIVERA, 2006, p.218)

No Pronto Socorro, as relações parecem se distanciar ainda mais da situação ideal visto que, muitas vezes, o estado crítico de saúde dos pacientes impede até mesmo a comunicação entre eles.

“Eu acho que assim, fica difícil a gente tentar ter um relacionamento com o paciente quando você não tem...quando ele chega inconsciente, fora...fica difícil. Com os familiares, procuro ter um relacionamento bom com os familiares, porque aí, a gente fica responsável pelo paciente e dá todas as orientações, tanto para os pacientes quanto para os familiares do que está acontecendo. Com relação ao paciente, eu acho que fica difícil quando ele chega num nível de consciência que não é o apropriado. (...) Na emergência é um pouco mais complicado, porque a coisa, a patologia que traz ele é agudo, é tudo muito rápido, então o paciente já fica um pouco, é...ou desconfiado ou assustado. Então, a gente vai tentando acelerar o tratamento dele o quanto antes, às vezes, a gente até passa por cima do conversar com ele, explicar para ele o que está acontecendo, mas a gente tenta sempre ficar atento em relação a isso. Um pouco corrido a coisa lá, mas a gente tenta...”, Luciana.

Como citado anteriormente, Nogueira-Martins (2001) considera bastante comum nos serviços de emergência e urgência relacionamentos com nenhuma participação dos doentes, como nos casos de estado de coma e cirurgia, em que o médico tem que tomar decisões e realizar procedimentos quando o pacientes está passivo ou cooperação moderada, como em acometimentos agudos e acidentes, em que o paciente pode colaborar com o profissional.

Mas quando a situação permite, Ayres (2006) afirma que na cena do Cuidado não deve haver apenas um sujeito (profissional de saúde) e um objeto (usuário ou comunidade), mas sim dois sujeitos e um objeto mediador (riscos, distorções, disfunções, sofrimentos, etc.) e que



independentemente de o convenceremos ou sermos convencidos por ele, não podemos desconsiderar um saber não-técnico, se queremos que a pessoa assistida participe de fato da ação em curso (AYRES, 2006, p.69).

Considerar o paciente como sujeito, pode ainda ajudar o profissional de saúde a compreender e aceitar a coexistência de percepções diferentes sobre a relação médico-paciente. Como nos coloca Figueiras (2006) diante a uma paciente portadora de HIV que manifestava

o desejo de ser acolhida e compartilhar com o médico seus sentimentos e, da parte do profissional, a preocupação em fazer exames, diagnosticar, prescrever corretamente e esperar que a paciente cumprisse o prescrito. O resultado dessa interação profissional-usuária foi, para a paciente, insatisfação; para o profissional talvez até um êxito técnico, mas que ainda está longe do que seja produzir saúde. (FIGUEIRAS, 2006, p.405)

Toda a abrangência da comunicação profissional-paciente

“A comunicação é processual, não se fecha, permanece em aberto, sempre permeável à possibilidade de crítica.” (ARTMAMN; RIVERA, 2006)

A fim de atingir o que consideram um relacionamento médico-paciente satisfatório e diminuir a ansiedade dos doentes e familiares, nossos entrevistados referem contornar as barreiras comunicacionais através da adequação de vocabulário, com uso de uma linguagem mais simples e popular e da utilização de repetições e redundâncias para confirmar o entendimento das mensagens.

“Eu sempre tento ter contato com o paciente e a família, explicando os termos de...os mais é...adequados para cada situação, de cada classe social, tentar explicar o que está acontecendo para a própria família, o próprio paciente entender a sua própria doença, porque senão nesse caso, eu vou ter um paciente que tem uma dispnéia crônica e todo dia está no Pronto Socorro, por que? Porque alguém não ajudou o paciente, porque ninguém orientou porque ele tem essa falta de ar, o que que ele deve fazer para melhorar, não é remédio, não vai acontecer um milagre, né? E explicar para a família também, porque a família fica ansiosa com a doença do paciente, né? Principalmente os terminais”, Luiza (CG)

“Eu nunca vou usar uma palavra que, às vezes, ele nem sabe o que que é. Então eu acho...sempre no meu aprimoramento, eu fui muito treinada para isso, assim. A perceber a parte dele, ver a linguagem dele e usar, mais ou menos, as mesmas palavras, né? Eu acho que assim...a gente sempre se deixar muito a disposição para qualquer dúvida. Então assim, “quer perguntar alguma coisa?”, “o que a senhora não entendeu?”. Então



eu acho que isso sempre foi muito fácil. Fácil, assim, mas sempre deu muito certo a comunicação, eu acho”,
Maria da Graça (PC)

“Então, chega lá, por exemplo, um paciente com gripe, eu vou falar para ele que ó ‘o PS da UNESP é um local de atendimento de urgência e emergência de gravidade, tá? Complexidade terciária: infarto, derrame, facada, tiro, acidente. Aqui não é local de atender gripe. Já não tem mais condições de ficar atendendo essas patologias simples. Local de atender gripe é no posto de saúde ou então no Hospital Sorocabana’ ”, Antonio Carlos (CG)

A adequação da linguagem a um repertório comum ao do receptor é necessária e importante, principalmente na comunicação entre equipes de saúde e usuários em que o paciente está debilitado e precisa ter confiança para expor seus problemas e tranqüilidade para entender o que está acontecendo com ele. Artmann e Rivera (2006) propõem um modelo de comunicação de vínculo mútuo com fluxo e influência recíprocos em que o

cuidador precisa do apoio do usuário para fundar seu diagnóstico e encaminhar sua estratégia terapêutica, e a efetividade desta última passa por esse ajuste lingüístico, orientado pela inteligibilidade e compreensibilidade das mensagens veiculadas e pelo comprometimento do usuário com tal estratégia. Esse apoio depende muito da capacidade do cuidador de suscitar confiança. Esta depende da internalização da idéia, por parte do usuário de que o cuidador está firmemente comprometido com o objetivo de apoiá-lo na resolução de seus problemas de saúde. (ARTMANN; RIVERA, 2006, p.210-211)

A comunicação interpessoal depende ainda do emissor ter condições de inverter os papéis e passar a ser receptor, ou seja, ele (profissional) precisa desenvolver a capacidade de saber escutar o que o outro (paciente) quer dizer, quer perguntar, quer entender. Ayres (2006) estendendo o conceito de acolhimento, considera-o como qualidade de escuta, em que as informações adicionadas fornecidas pelos pacientes não podem jamais ser considerados ruídos comunicacionais.

“Se você tiver uma boa relação médico-paciente, se você conversar, se você ouvir, se você prestar atenção, na maioria das vezes não dá confusão.”, Antonio Carlos (CG)

“Eu acho que isso é uma das coisas que eu vejo como falta de Humanização. Até a questão assim, da gente não ter tempo para ouvir, sabe? Não precisa de tempo, sabe? Mas um saber ouvir aquele paciente.”,
Maria da Graça (PC)

Para entender e descobrir o que paciente tem, um de nossos entrevistados vai além do escutar o que doente está dizendo.

“Então assim, ao meu modo de ver é isso, é dar atenção, é ler nas entrelinhas, né? Porque, às vezes, eles vem com uma queixa, mas atrás da queixa, na verdade, tem uma estória mais, mais forte.”, Ana Luiza (PE)

A este escutar além, Henderson (1935 apud DESLANDES;PAIXÃO, 2006, p.306) chamou de o verdadeiro mister da escuta médica, ou seja, “quando você fala com o paciente, você deve ouvir, primeiro, o que ele deseja contar-lhe, em segundo lugar, o que ele não deseja contar-lhe, em terceiro lugar, o que ele não pode contar-lhe”.

Apesar da maioria dos entrevistados citar apenas elementos da comunicação verbal, um dos profissionais observou que a relação com o paciente e o fechamento do diagnóstico, muitas vezes, vai além das palavras.

“Eu estou aqui no Pronto Socorro, tem que fazer diagnóstico. A gente está conversando aqui, mas eu tenbo que estar escutando o barulho que está lá fora. Criança não chega falando eu estou com dor disso, às vezes, só chega com um choro gemido...Então, eu tenbo que saber fazer esse diagnóstico (...) e ele sentadinho, né?”, Ana Luiza (PE)

“Sexta-feira da semana passada, eu passando pelo corredor e aí, um residente nosso conversando com a mãe de um paciente e eu só peguei assim: ela falando...e eu olhei, nessa hora, eu olhei nos olhos dela porque eu estava passando em frente assim, a família perguntando: ‘o que é que o meu filho tem?’. Ela olhando assim é muito pesado, para mim, isso é, é o mais importante. E ele com um olhar muito frio: “eu não faço a mínima idéia do que o seu filho tem”. Aí só. Então, nisso daí, eu esperei passar a situação e depois eu chamei. Pelo jeito que foi dito, porque, na verdade, muitas vezes, a gente pode não saber o que o paciente tem, mas você tem maneiras e maneiras de dizer, né? Imagine a família angustiada para saber o que é que tem e ‘eu não faço a mínima idéia!’. Mas, então, tá bom, eu não faço a mínima idéia, mas nós vamos estudar o caso, vamos ver...”, Ana Luiza (PE)

Roter e Hall (2002) também estão atentos para este encontro entre médico e paciente, em que a comunicação extrapola a simples conversa e está presente nas expressões não-verbais: validação com sorrisos e afirmações com a cabeça, caras de dor, rugas na testa de desaprovação e voz mais aguda de ansiedade.

Revela-se ainda bem mais interessante e estimulante adotar uma postura distanciada e compreensiva, que não pretenda olhar para as críticas e queixas como intuito de avaliá-las, no sentido de julgar o certo e o errado, mas sim com a preocupação de entender o que está por trás delas, isto é, de que fenômenos imediatamente inacessíveis ao entendimento elas podem ser a expressão mais visível e audível. (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p.14)

Echeverria (apud 1997 ARTMAMN;RIVERA, 2006, p.210) acrescenta que na comunicação “mais importante que, ou tão importante quanto, o que o emissor afirma é o modo como o receptor escuta essa afirmação, desde sua cultura. Assim, valoriza-se nessa relação o papel do receptor”. Isto significaria ainda que

trazer o ‘texto’ pronto para controlar e agilizar o encontro, com a preocupação de saber aonde a conversa vai dar, reprime a expressão espontânea do outro (ou de ambos). Quanto mais livre o profissional estiver dos roteiros para coleta de informações, de preconceitos sobre o que é certo e o que é errado para tratar de tal ou qual ‘quadro clínico’ e para ter saúde, mais liberdade terão os usuários para se expressar. Livres, exercitando a democracia, como afirma Teixeira, a conversa poderá fluir sem receios de serem desqualificados. (FIGUEIRAS, 2006, p.412)

Enxergar e praticar a comunicação como proposto acima parece distante da realidade do cotidiano dos profissionais de saúde, mas encontramos na fala de um entrevistado uma preocupação semelhante.

“Humanização para mim é você enxergar o paciente como uma pessoa, não como uma MI (moléstia infecciosa) que está dando no paciente, é isso. A partir do momento que você conseguir reconhecer que aquele paciente, ele tem a individualidade dele, que ele tem as limitações dele, não é porque está escrito no livro que tem que ser aquilo e que tem que ser aquilo para todo mundo. Você tem que avaliar caso por caso, se aquilo é possível ou não para aquela criança, para aquela família (fala pausada e marcada). Você, assim, conseguir identificar as angústias, que a mãe a criança está passando naquela situação, conseguir oferecer um conforto, não só cobrar, porque é muito cômodo para o médico cobrar uma conduta perfeita da mãe, da criança frente a situação”, Gabriela (PE)

A rotina dos serviços de emergência e urgência, muitas vezes, não permite um encontro mais amplo com o paciente e o contato fica restrito a obtenção de informações para a realização de procedimentos rápidos, que possam salvar uma vida. No pronto socorro não se criam vínculos e talvez, não seja mesmo o espaço mais adequado para isto; afinal, o serviço foi concebido para atender as enfermidades do acaso, que ninguém espera, que poucos conseguem descrever e que a dor oprime. Em outras unidades de saúde, a criação do vínculo é imprescindível para que o paciente retorne e continue o seu tratamento, e portanto, a comunicação nunca deveria se concentrar apenas no profissional-emissor.

Quando se trata de buscar o sucesso prático de uma ação de saúde, não nos basta ouvir os beneficiários, por mais atenta e paciente que seja essa escuta, se o objetivo for apenas contornar o ‘ruído’ que pode interferir nos processos de diagnósticos de situação e execução de uma intervenção. Qualquer resposta a esse tipo de escuta girará sempre em torno do mesmo, eixo, otimizando, na melhor das hipóteses, o monólogo técnico. Quando se admite reconstruir esse

eixo, abrindo-se de fato a um diálogo, no qual a fala do outro não é qualificada a partir de uma mesma referência, mas introduz novas referências que redimensionam o que é preciso fazer, então novos objetos podem surgir, ou novos aspectos do mesmo objetivo, pela presença do outro sujeito. (AYRES, 2006, p.72)

Em meio aos relatos focados apenas na efetividade da comunicação como meio de evitar conflitos e fazer os pacientes entender as informações que eles desejam passar, um dos profissionais ressaltou a importância do encontro, como momento de troca de experiências em que não somente o paciente aprende, mas ele também.

“Aprendi muito conversando com eles, diminuindo essa coisa...essa distância que existe entre médico e paciente que vem há muito tempo. Então, é assumir agora que estamos em níveis iguais, né? Quando você acentua essa parte da Humanização, você percebe que o tratamento vai muito melhor. E a gente ganha muito com isso. (...) Não em termos de dinheiro, né, a gente ganha em experiência de vida.”, Luciana (IT)

O intercâmbio de vivências é um exemplo de situação em que todos os envolvidos na comunicação saem ganhando, afinal “todo mundo sabe alguma coisa e ninguém sabe de tudo, e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades” (TEIXEIRA apud ARTMAMN; RIVERA, 2006, p.209); é dar ao outro o direito da fala e permitir a nós mesmos, o viver e o sofrer através da experiência daquele.

Solange só queria compartilhar suas aflições, falar de sua dor. Ela sabe que o médico não pode fazer seu corpo voltar ao que era antes. Será que ele não escuta porque acha que não tem respostas para tal sofrimento? Mal sabe ele que escutar já ajudaria muito. Será que o profissional não enxerga mesmo? Ou priva a paciente de saber que ele enxerga, mas não consegue lidar com isso, escondendo sua própria impotência? (FIGUEIRAS, 2006, p.406)

Explicação: um facilitador do relacionamento

Os profissionais ressaltam que informar e explicar corretamente aos pacientes sobre como será o atendimento, a realização de exames, o tempo de espera, o diagnóstico e o tratamento, evita frustrações e confusões com os usuários. No entanto, eles mesmos sabem desta grande falha da comunicação entre o serviço e a população.

“A falta é de seriedade: “ó, o serviço é assim...esse exame demora ou esse serviço é de-va-gar. Vai demorar quatro horas, se você quiser ir para casa, tomar um banho, sabe? Eu acho que falta esse tipo de formação para o nosso médico. Falar exatamente o que está acontecendo, sabe? Não só a programação: “o senhor vai fazer esse exame agora e vai demorar tanto tempo. Você quer esperar aqui ou quer esperar em casa?”, certo?



Ou então assim, “veio resultado, nós não sabemos o que você tem. Você vai ser internado para investigar”, tá? Então, essas coisas que eu acho que não é deixado claro e muitas vezes, a família e o doente fica muito inseguro”, Lígia (DC)

“Melhorar as informações, melhorar o fluxo de atendimento, quer dizer, tudo isso, se você tivesse, mesmo um paciente que chega lá e não é para ser atendido no Pronto Socorro da UNESP, se ele tivesse uma informação adequada, não precisa ser de um médico, uma assistente social, qualquer profissional. Uma informação adequada, educada, um folheto explicativo, ele ia sair contente, tá bom?”, Antonio Carlos (CG)

A falha na informação, segundo os profissionais, não se restringe apenas a comunicação verbal, mas também a comunicação visual que poderia auxiliar o trânsito dos usuários dentro do hospital.

“Primeiro é achar o lugar, né? Achar o lugar (sorri) que ele tem que vir. Para vir no Pronto Socorro é fácil, mas se pegar esse paciente e falar: agora você vai abrir a sua ficha, vai abrir o seu prontuário, você vai fazer isso, você vai fazer aquilo, você vai ter que ir lá na...radiologia, você vai ter que ir lá na enfermaria. É muito complicado. Tem pouca sinalização nesse Hospital.”, Lígia (DC)

“O fluxo é extremamente caótico do Pronto Socorro, tá? As informações são muito mal passadas. O paciente não sabe como se dirigir até raio-X, não sabe como pedir, colher exame. Quer dizer, bagunça total. Falta organização lá no Pronto Socorro, tá?”, Antonio Carlos (CG)

A deficiência na comunicação pode ser ocasionada pela falta de responsabilização médica, ou seja, ao fato dos médicos da instituição não se identificarem e responsabilizarem-se pelo paciente.

“A gente fez um trabalhinho aqui na nossa enfermaria para saber qual era a angustia maior dos pais e dos pacientes em relação a ficar internado aqui, né? E o que eles mais colocam é não saber o que eu tenho. E por que você não sabe o que você tem? Por que o médico não falou ou por que o médico também não sabe? Na maioria das vezes, não teve um médico que ele identificou como é o meu médico e ele me deu retorno do que eu tenho ou não. Então, isso daí é que fica muito complicado em relação a relação médico-paciente aqui”, Ana Luiza (PE)

A quantidade de informação quanto ao diagnóstico, as causas e desenvolvimento da doença e às possibilidades de tratamento facilita o relacionamento médico-paciente. A maior quantidade de informação dada pelo médico é para o paciente sinônimo de maior simpatia ou



preocupação com ele. Assim, dois valores poderiam funcionar simultaneamente: a informação médica fornecida e o caráter humano e envolvido do médico (ROTER; HALL, 2002).

Em pesquisa realizada no Canadá, Watt e Wertzler (2005) constataram que os pacientes esperavam que os profissionais os tratassem como indivíduos, escutassem as suas preocupações e reafirmassem-lhes que tudo daria certo. Eles queriam também ser freqüentemente atualizados sobre cada etapa de sua passagem pelo serviço de emergência, incluindo explicações sobre atrasos, investigações, resultados e tratamentos. Alguns relataram que a comunicação e comportamento da equipe eram inadequados, pois eles se sentiam ignorados e achavam que os profissionais ficavam “passeando” e conversando entre si. Um participante disse ainda que, para ele, aquela situação era nova e por isso podia deixá-lo nervoso e necessitado de explicações e pediu um pouco de empatia por parte dos profissionais de saúde.

Como sugestão para melhoria da comunicação, um de nossos entrevistado se lembrou do tempo em que havia um serviço telefônico de apoio e informação no Pronto Socorro e sugeriu a sua volta para melhoria da comunicação com os usuários do serviço.

“Eu acho que a gente precisa de um serviço de informação. Alguém que informasse as coisas para os pacientes. Porque o paciente tem dúvida: se a especialidade dele tá atendendo, se já chamaram, aonde ele vai, aonde é o raio-X, aonde que...colheu o exame, quanto tempo demora? Se o exame já ficou pronto? Senão ficou pronto? Onde é o ônibus? Às vezes, a gente está indo para o Acolhimento e a gente é que faz esse papel. É, então...Aonde é a triagem? Onde está o bloco? Eles não sabem. E a gente não tem ninguém no Pronto Socorro que faça isso. Cada um faz um pouquinho. Mas não tem um serviço que faça isso. Até tinha, chamava...ficava na sala do acolhimento...serviço de informação do pronto socorro. Mas acabou, não tem”, Teresa (CG)

Morte: a principal dificuldade do relacionamento

Em nosso meio, as necessidades pessoais e sociais do paciente são, especialmente nos serviços públicos, fonte de angústia e de confusão para os profissionais, que habitualmente terminam por considerar esses elementos (tanto o contexto psicossocial do paciente como os sentimentos do profissional) como complicações que atrapalham o raciocínio técnico (o diagnóstico, a terapêutica). Um das causas desse fenômeno é a formação dos profissionais da saúde que, enquanto restrita ao modelo biomédico, encontra-se impossibilitada de considerar a experiência do sofrimento como integrante da sua relação profissional (NOGUEIRA-MARTINS, 2006, p.143)

Como disse um dos entrevistados, o Pronto Socorro é um local onde “*você pega a coisa na hora em que ela está acontecendo*”, onde a carga emocional é muito grande. Isto implica em lidar com situações difíceis como a dor e a angústia dos pacientes e familiares e cabe ao profissional de saúde contornar esta situação, já que



Se o profissional pode conter o excesso de ansiedade que o cliente não consegue enfrentar nesse momento (Menziés, 1970), proporcionará alívio e dará oportunidade a que surjam os aspectos mais maduros do cliente e a que este recobre a capacidade (diferente para cada indivíduo) de compreender, elaborar e finalmente integrar a situação dolorosa. (NOGUEIRA-MARTINS, 2001, p.42)

“A experiência que a gente tem, não é uma coisa que nos traz tanta...tanto desespero ou tanta angústia, assim. Porque primeiro, a gente estabiliza o paciente. A partir do momento que a gente estabiliza o paciente, a gente vai conversar com os familiares. O problema com os familiares, naquela aflição que eles têm, eles não tem...é a paciência de aguardar as informações que...o que é que está acontecendo, o diagnóstico, entendeu? Então, eles ficam querendo entrar na sala com a gente, enquanto a gente está atendendo o caso, o paciente. Então, fica meio complicado em relação a isso. Depois que, se segue essa ordem, se os familiares colaboram é mais fácil. Agora quando os familiares, que é a maioria dos casos, quando os familiares estão todos desesperados lá fora e querem saber o que está acontecendo, eles chegam a invadir a sala, chegam a atrapalhar um pouco. O atendimento do paciente fica mais complicado, nem tanto por nós, mas pelos familiares.”, Luciana (IT)

Para atravessar esses momentos de tensão, os profissionais de saúde acabam se distanciando dos pacientes, centrando-se no modelo biomédico e desenvolvendo um mecanismo de defesa, que consiste em

mecanismos coletivos de defesa que podem se expressar, por exemplo, quando o profissional procura evitar um contato pessoal com os pacientes, refugiando-se nos procedimentos prescritos. Associar-se-iam a ele regras e valores criados pelos próprios trabalhadores que explicariam e definiriam, comportamentos adequados e inadequados, cumprindo o papel de uma ideologia da profissão. (LACAZ; SATO, 2006, p.118-119)

Em muitas ocasiões, talvez o profissional de saúde tenha conseguido desenvolver este distanciamento e frieza frente ao padecimento dos pacientes. No entanto, o momento da morte ainda lhes afeta e desequilibra e põe em questionamento o seu poder de cura. Quando um paciente sucumbe, é a morte quem vence.

“A gente vai sendo obrigado a lidar. (...) o seu superior vai falar para você, agora é sua vez de falar para a família. Então, você fica diante da situação, né? E trabalha com ela. Acho que para nós, lá no inconsciente, fica aquele negócio de ser médico é ser totipotente. Então, é aquela sensação de perda que, às vezes, a gente não sabe lidar, né? Mas, não é só por isso não. É pela compaixão da família de ver a perda mesmo. Eu acho que a gente não é preparado. Eu cada vez que eu perco, eu transfiro isso para a minha vida pessoal, família, filhos, né? Então eu acho que é muito dolorido. Eu acho que na graduação, a gente não tem uma preparação exata para isso, para esse tipo de coisa. E eu também acho que a gente nunca vai estar. (...) a gente vai esperando pela vida, né?”, Ana Luiza (PE)



Embora a morte seja uma das únicas certezas da vida, ninguém está preparado para lidar com ela. Mesmo trabalhando no Pronto Socorro há bastante tempo e tendo enfrentado esta situação diversas vezes, segundo os entrevistados, o comunicado do falecimento de um paciente nunca é um momento fácil e na unidade, é ainda mais difícil pois o motivo que trouxe o paciente para o serviço, muitas vezes, é um mal súbito, um acidente, um infortúnio.

“O momento da morte. Eu acho que quando a gente perde um paciente, é muito complicado explicar isso para a família. Quando é um doente crônico, ainda a família já vem aceitando isso progressivamente, a gente consegue mais ou menos...a família consegue antever e a gente consegue chegar mais fácil. Mas o paciente que chega aqui abruptamente e morre, sem uma patologia prévia, seja por um acidente, por uma aspiração pulmonar, aí é difícil. Acho que para mim, é o momento mais difícil, de verdade”, Ana Luiza (PE)

“O outro extremo é o paciente que foi a óbito e você tem que falar com a família e é grande dificuldade também, tá? Por causa da comoção, tudo...da emoção envolvida, tudo...nesse aspecto da morte, tudo”, Antonio Carlos (CG)

“Muitas vezes aconteceu um acidente grave com a criança, a criança chega num estado muito mal aqui e a mãe está desesperada, o pai está desesperado, o vizinho está desesperado e chega todo mundo gritando, chorando, aí, a gente tem um pouco de dificuldade dá notícia de óbito, às vezes, a criança chega morta ou morre aqui no Pronto Socorro. Essa parte eu acho que a gente tem muita dificuldade em lidar com isso”, Gabriela (PE)

“O familiar recebe um diagnóstico, que alguém que estava super bem morreu, sabe? O que você vai fazer com a dor daquela pessoa? Que nem no caso de acidente. A pessoa veio para cá. Eu já atendi pessoa que perdeu a família inteira. Então assim, eu acho que é uma coisa difícil porque você pega a coisa na hora que ela está acontecendo. Não depois que já aconteceu. Então, isso tem uma carga emocional muito grande, aqui no PS. Isso sim, é uma coisa assim que eu acho que é difícil”, Maria da Graça (PC)

Pode-se dizer que uma coisa é encarar a morte como algo “inscrito necessariamente no destino dos homens em geral” (RODRIGUES, 2006, p.17); outra, é ter que dar a notícia da morte de um paciente a seus familiares. Rodrigues (2006) discute que falar cientificamente da morte “é considerá-la como objeto, e logo, pô-la à distância” (RODRIGUES, 2006, p.11). Assim, foi possível perceber nesta pesquisa, a grande dificuldade dos profissionais em lidar com a morte e uma grande angústia diante da situação de comunicá-la aos familiares do



paciente. Alguns entrevistados, levantaram que não se sentiam preparados para lidar com essa circunstância, apontando inclusive a necessidade de uma abordagem qualificada da mesma na formação profissional. De alguma forma, transpareceu que a morte do outro evoca nos profissionais um sentimento que os faz pensar nos seus limites.

D. Pronto Socorro: espaço de trabalho e local de ensino

Nossos entrevistados descrevem o pronto socorro como local onde as coisas acontecem, sem rotina e sempre cheio de coisas a serem feitas; e, portanto, um lugar, muitas vezes, difícil de se trabalhar.

“Por excelência, assim, o pronto socorro não tem rotina, porque é sempre um dia novo. Pode ser que não dê nada e a gente só atenda... e uma operação. E pode ser que a gente fique na sala de emergência dia inteiro atendendo caso, então a gente não tem uma rotina”, Teresa (CG)

“Que nem no caso de acidente. A pessoa veio para cá. Eu já atendi pessoa que perdeu a família inteira. Então assim, eu acho que é uma coisa difícil porque você pega a coisa na hora que ela está acontecendo. Não depois que já aconteceu. Então, isso tem uma carga emocional muito grande, aqui no PS. Isso sim, é uma coisa assim que eu acho que é difícil”, Maria da Graça (PC)

“Tem dia que eu não consigo, eu saio daqui com a sensação de “eu não dei conta de tudo hoje”, né? Ainda fica ficha para atender, ainda fica exame para checar, ainda...eu deixo um pouco para a próximo que vai entrar. O que é assim, uma coisa que faz parte da rotina do Pronto Socorro que não pára mesmo, né?”, Gabriela (PE)

Especificamente sobre o PS do HC-FMB e como citado anteriormente pelos profissionais, a unidade apresenta diversos aspectos negativos como a falta de estrutura física, o grande volume de pacientes e o desprestígio da unidade frente a outras áreas do hospital.

“No sentido que, a estrutura física limita muita gente e, é aquilo que eu falei. Os familiares, às vezes, preferem que o cara fique na maca em condições sub-humanas do que levar, tentar transferir para outro serviço. Só que isso deixa muitos pacientes em condições sub-humanas”, Ângela (CG)



“Então, o que eu vejo, tem muitos diretores com boas intenções, mas a grande parte deles, acaba privilegiando aquelas unidades que estão ligadas a ele. Então, como o Pronto Socorro nunca está ligado a ninguém, então, fica sempre em segundo, terceiro plano”, Lígia (DC)

Apesar de todas as deficiências, o Pronto Socorro do HC-FMB dispõe, segundo os entrevistados, de equipe de retaguarda para auxiliar no diagnóstico e tratamento dos pacientes e de tecnologia de equipamentos para a realização de exames que não estão disponíveis em muitos outros serviços como as próprias unidades básicas de saúde.

“O Pronto Socorro é o pronto de socorro de referência da região. Na nossa região, é o melhor Pronto Socorro para se trabalhar. A gente tem todo um suporte de especialidades, de exames, de retaguarda, que a gente não tem em outro lugar na nossa região”, Teresa (CG)

“Eles sabem que os profissionais aqui são bem atualizados, eles são bons profissionais, é...então isso faz com que eles procurem e também a retaguarda que nós temos, né? Não só em termos cirúrgicos, né? É o que a gente tem disponível em termos de exame diagnóstico de imagem...então, a gente tem uma retaguarda muito melhor do que os outros serviços lá fora”, Luciana (IT)

A valorização do ambiente de trabalho pelos seus profissionais não é uma peculiaridade do PS do HC-FMB. Deslandes (2002) ao estudar dois serviços públicos de urgência e emergência no Rio de Janeiro notou que

apesar das dificuldades, vividas diariamente nos dois serviços pesquisados, há um forte consenso entre os profissionais de que a emergência do hospital público é a melhor opção, e em muito superior aos serviços privados, para aqueles que precisam de atendimento genuíno de emergência (a rigor, na prática, os que estão em risco de vida). (DESLANDES, 2002, p.66)

1. Ser profissional de saúde no Pronto Socorro

Segundo Nogueira (1987 apud DESLANDES, 2002), a divisão do trabalho em saúde ainda possui características manufatureiras como a produtividade dependente do conhecimento e destreza do trabalhador e a divisão do trabalho como forma de diminuir custos. Para Friedson (1970 apud DESLANDES, 2002), o controle do médico é evidente, pois ele detém o domínio do próprio trabalho e o das outras categorias profissionais, estabelecendo uma ordem hierárquica no trabalho em saúde, que



reflete a origem social desses trabalhadores, reproduzindo, na organização do trabalho hospitalar, as relações de desigualdade e dominação da sociedade. Desse modo, no interior da divisão do trabalho hospitalar, há uma separação radical entre o trabalho de concepção e de execução das tarefas. (DESLANDES, 2002, p.49).

Assim, nesta conformação moderna da organização hospitalar, Foucault (1979) apresenta o médico como centralizador hegemônico do saber e poder.

É o médico quem decide sobre o diagnóstico, sobre a necessidade de exames complementares, sobre a terapêutica, sobre o uso dos equipamentos de tecnologia de ponta, sobre a internação e alta hospitalar. É ele que pode delegar partes do trabalho assistencial a outros trabalhadores (que, embora também tenham relativa autonomia, dependem do trabalho médico), especialmente àqueles de nível médio ou elementar. (DESLANDES, 2002, p.49)

Em nossas entrevistas, as falas dos médicos não demonstraram uma super valorização de sua profissão frente aos outros profissionais do pronto socorro. O que pudemos notar foi um descontentamento com trabalho em equipe e uma queixa da falta de companheirismo.

“Eu acho que a gente não tem uma unidade, a gente não tem um grupo coeso. Assim, a gente tem vários grupos: os médicos, a enfermagem, os residentes. Mas um grupo briga com o outro. Invés de trabalhar em pró-doente, eles brigam entre si. O que é muito ruim! Então é aquela história do: ‘pega a maca lá para mim? Ah, não isso não é a minha função’. É função de qualquer um que estiver passando e tiver condições de pegar a maca. Entendem? Mas, não, isso não é a minha função. É...eu acho que esse é o grande desafio, unir e...deixar no Pronto Socorro, só pessoas que gostem, porque a gente ia ter um Pronto Socorro bom. Eu venho aqui porque eu gosto de trabalhar aqui. Ia ser assim muito bom! O meu ideal seria fazer isso, um Pronto Socorro onde todo mundo gostasse de trabalhar”, Teresa (CG)

“Falta de respeito...funcionários eu estou dizendo tudo: auxiliares de enfermeiros, os enfermeiros, os técnicos, os médicos, os residentes, os alunos...todo mundo, todos nós. Eu acho que tem muita falta de respeito, falta de coleguismo e falta de ética. Mó egoísmo grande, na verdade...de todo mundo”, Ângela (CG)

Segundo Figueiras (2006), o trabalho fragmentado, a ausência de diálogo e a falta de integração das equipes multidisciplinares como destacados por nossos entrevistados, colaboram para que “os trabalhadores da saúde percam a noção do processo de atenção que o paciente vive dentro da unidade e desconheçam o resultado final da ação de saúde desenvolvida pelo serviço como um todo”. (FIGUEIRAS, 2006, p.407).



Fragmentação do cuidado e responsabilização

Embora a organização hospitalar seja centrada no médico, como argumenta Foucault, a medicina tecnológica fragmentou o atendimento médico, pois os novos equipamentos exigem profissionais com conhecimentos cada vez mais específicos, o que ainda criou a necessidade de cooperação entre médicos de diferentes especialidades; e, dilui as responsabilidades.

A colaboração de outras áreas especializadas do Hospital Clínicas no atendimento dos pacientes do Pronto Socorro é um dos diferenciais do serviço. No entanto, os entrevistados demonstram um descontentamento quanto à demora da especialidade clínica em atender o paciente ou em providenciar a sua internação. Uma vez que o doente é examinado pelo especialista e é constatada a pertinência de seu caso, ele passa a ser de responsabilidade da determinada área clínica, ou seja, não pertence mais ao Pronto Socorro, que foi responsável apenas pela estabilização de seu quadro.

“Às vezes, eles precisam e não tem espaço físico, aí, isso passa a ser um problema da especialidade. Enquanto eles estiverem aqui no Pronto Socorro, se tiver alguma intercorrência, a gente ajuda, tudo. Mas internar e arrumar algum lugar para ele ficar, é responsabilidade do serviço que vai internar esse paciente. Isso porque nós, não temos autonomia nenhuma para internar. O hospital não permite que nós daqui da frente aqui, internamos, tá?”, Ângela (CG)

“Então, eu dou um atendimento lá e nunca mais vejo o paciente. Então, isso aí me gera insatisfação. Chegar um paciente que tá com dor e eu tirar a dor dele, tudo bem é satisfatório. Mas seria um milhão de vezes, mais satisfatório se eu pudesse continuar investigando o porquê dessa dor dele. (...) Eu não posso internar para mim, eu tenho que abrir para a Clínica Médica. Minha satisfação acaba...”, Antonio Carlos (CG)

Os discursos acima tornam evidentes a insatisfação dos médicos do pronto socorro em depender das especialidades, principalmente, por verem interrompido o atendimento prestado inicialmente, o que reflete nas poucas possibilidades que eles têm de se sentir como parte do todo no processo de trabalho.

Geralmente, o trabalho em emergência é segmentado pelo sistema de plantões, pela divisão horizontal do atendimento segundo as especialidades. Quem dá início ao atendimento de um paciente, via de regra não o acompanha até o fim, desconhecendo o desfecho da assistência prestada. Nas situações graves, de risco de vida, a primeira intervenção cria a idéia de atendimento que se completa, seja com a sobrevivência seja com a morte do paciente. (DESLANDES, 2002, p.72)



Assim, os médicos do pronto socorro ficam sem saber o resultado de seus procedimentos e sofrem de um efeito de alienação, semelhante a do trabalhador parcelizado que tem os seus conhecimentos e práticas igualmente parcelados. (DESLANDES, 2002)

Por questões administrativas, o atendimento fragmentado gera ainda a ausência de responsáveis pelo doente, visto que o médico do pronto socorro só pode prestar o primeiro atendimento e não lhe é permitido acompanhar o paciente até o desfecho de seu tratamento.

“O Pronto Socorro não tem regras de Pronto Socorro! (...) Aqui cada especialidade é dona do seu próprio paciente. O doente chegou aqui com uma dor na barriga e é uma apendicite. Eu abri a ficha para gastro-cirurgia, o paciente não é mais meu, ele é da cirurgia. Aí, chega um trauma. Ele tem uma lesão no pulmão, uma lesão no rim, uma lesão no estômago, por exemplo, e um da vascular. Ele é da Gastro, da Uro, da Ortopedia e da Vascular. Cachorro cheio de dono, morre de fome, né?”, Teresa (CG)

Rollo (1997) discutindo a possibilidade de construção de novas práticas assistenciais em hospitais públicos no Brasil chama a atenção de que muitas vezes “o doente de todos é de todos e não de ninguém, é de um ser abstrato chamado instituição ou hospital” (ROLLO, 1997, p.323). Para o autor, os profissionais de saúde não têm se responsabilizado pelos pacientes e são responsáveis somente pelos procedimentos que realizam, “fragmentando o processo terapêutico e dificultando a definição do responsável pelo acompanhamento integral do doente, bem como da articulação das várias ações necessárias para a recuperação deste” (ROLLO, 1997, p.324). Cita ainda que no pronto socorro caberia ao médico e ao profissional de enfermagem que realizaram o primeiro atendimento, responsabilizarem-se pelo paciente até a resolução ou encaminhamento do caso.

A impossibilidade de ser o único responsável pelo doente afeta ainda a imagem romântica do médico como cuidador exclusivo e de confiança do paciente e seus familiares.

“Eu acho que é um hospital onde as pessoas não tem um responsável pelo paciente. É um hospital das Clínicas da UNESP. Então tipo, um paciente fala assim, você faz tratamento com quem? Eu faço tratamento em Rubião. Você não faz tratamento com o senhor fulano de tal. Se deu alguma coisa, se deu alguma coisa de errada, foi Rubião que fez. Não foi o senhor doutor fulano de tal que fez alguma coisa certa, alguma coisa errada ou então é a equipe da neuro, a equipe da gastro, a equipe de não sei o quê. Então eu acho assim, apesar de ser um hospital aberto, que acolhe muito as pessoas de um modo geral, eu acho que falta um pouco da identidade de quem está tratando, da responsabilidade mesmo. Sou eu que sou o responsável, sou eu quem sou o médico, fui eu que fiz isso, isso e isso. Acho que se esconde um pouco por trás do doutor Rubião, da equipe tal, é porque funciona assim as coisas”, Gabriela (PE)



No Pronto Socorro do HC-FMB, assim como em outras instituições públicas, muitas vezes, seus funcionários não se destacam individualmente frente aos usuários. Sempre é o serviço e as atividades realizadas que são referências para a população que, de modo geral, não responsabiliza os profissionais pelo atendimento e sim, a instituição por seu funcionamento, estrutura e burocratização. Esta ausência de vínculo de responsabilidade é apontada em nossa pesquisa e associada à dificuldade da identidade médica, ou seja, a falta de individualidade dos profissionais, que gostariam de ser vistos como únicos e exclusivos frente aos pacientes e não apenas identificados como pertencentes à classe médica. A individualização talvez seja uma necessidade humana, pois tanto pacientes como médicos desejam ser únicos e especiais.

O desgaste profissional

Deslandes (2002) citando Dejours (1999) identifica como causas do sofrimento profissional: a “pressão por trabalhar mal”, que se resume na situação em que o trabalhador tem conhecimento e competência para realizar a ação, mas não pode fazê-la por falta de condições técnicas e sociais disponíveis; a “falta de esperança de reconhecimento”, ou seja, nem todo trabalho realizado com esforço e investimento pessoal é reconhecido; e, ainda as condições insatisfatórias de trabalho e o receio de ser culpado juridicamente diante de um atendimento precário.

“O Pronto Socorro, na verdade ele tem uma cultura na história da faculdade, que ele é lugar de castigo. Então, aqui ficam os profissionais que não conseguiram emprego ou que não se deram bem em outros lugares. Então, os auxiliares de enfermagem...os técnicos de enfermagem que tiveram problemas em outros lugares, como castigo eles vêm para o Pronto Socorro. E os médicos que estão aqui, são porque não conseguiram emprego em outros lugares na visão do hospital. Então, uma coisa meio...sei lá...Então, o hospital não valoriza o Pronto Socorro. O funcionário que trabalha aqui não se sente valorizado, não se sente respeitado. A gente não tem um plano de carreira para seguir. Ganha mal, vive na guerra. É difícil, né? E não tem apoio psicológico nenhum”,
Ângela (CG)

A “pressão por trabalhar mal” é facilmente percebida ao longo de nossa pesquisa quando os entrevistados se queixam sobre a falta de estrutura física do Pronto Socorro. Já a “falta de esperança de reconhecimento”, desponta no momento em que perguntamos a eles sobre satisfação profissional. O papel da FMB e suas responsabilidades e prioridades em relação ao ensino, à pesquisa e à assistência médica é questionada por alguns entrevistados.



“A universidade é pesquisa, ensino e extensão. Quem faz pesquisa, só pesquisa, se recusa a fazer ensino e extensão; e, é quem ganha tudo. E quem faz, assistência que hoje em dia está muito difícil e ensino, não é ninguém. Então...a gente passa a duvidar um pouco dos valores da universidade, né?”, Ângela.

Em nosso sistema de ensino superior, reconhecemos que a promoção dos professores das escolas médicas, ao menos nas universidades públicas, está bastante vinculada à pesquisa, que goza de maior prestígio em relação ao professor de graduação médica. Em outras palavras, admite-se que a dedicação ao ensino pode ficar em segundo plano, dada a enorme pressão sobre o professor da escola médica, do qual é esperado um bom desempenho em tantas áreas de atividade (CYRINO, 2002). O mesmo fato ocorre enquanto uma desvalorização da prática assistencial, o que se traduz, em muito do ensino prático ligado ao atendimento a pacientes passou a ser de responsabilidade dos médicos contratados, como no caso do Pronto Socorro. Os médicos, por sua vez, sentem-se explorados e desprestigiados, pois a instituição os contrata e remunera de acordo apenas com a prestação de serviço assistencial. Embora, os entrevistados tenham se mostrado bastante realizados em ensinar e acompanhar os alunos e residentes, o descontentamento pela falta de apoio dado a eles é nítido.

Para Deslandes (2002), o reconhecimento não é uma reivindicação secundária dos que trabalham; muito pelo contrário, é decisiva na dinâmica de mobilização subjetiva da inteligência e da personalidade no trabalho. Além dos fatores subjetivos da motivação, em nossa pesquisa, pudemos perceber também a falta de uma perspectiva de crescimento profissional e remuneração salarial inadequada.

“Eu não tenho plano de carreira. Eu não tenho um incremento salarial por trabalhar no Pronto Socorro, né? É...eu ganho menos do que os médicos que trabalham lá em Bauru e exercem a mesma função. Não tenho reconhecimento nenhum dentro da instituição. Sou uma médica do Pronto Socorro, é só.”, Luiza (CG)

“Tem período que nós estamos trabalhando em quatro, tem períodos que nós estamos trabalhando em três. Ali não tem condições de fazer as coisas adequadamente, não tem. E o que acontece é o seguinte, o nosso salário lá é o mesmo que o de qualquer médico do Hospital. Aquele médico do Hospital que é pago para fazer atendimento ambulatorial que é muito mais tranquilo, ganha o mesmo salário que a gente, então, o que está acontecendo já faz alguns anos? A procura pelo PS está sendo cada vez menor, tá? Então teve um concurso aí, que as vagas não foram todas preenchidas, tá? Por que? Qual é o atrativo? Deveria ter um atrativo. “Ah, tudo bem, eu trabalho no PS, é um trabalho estressante, mas eu ganho um salário melhor!”. Nem isso tem! Então ninguém presta! Ninguém vai!”, Antonio Carlos (CG)



“Olha a situação: a gente ganha mal, todos nós prestamos concursos para urgência e emergência. Além disso, a gente faz triagem, a gente faz posto de saúde, a gente faz ensino e nenhum de nós é pago para isso! Não temos perspectiva nenhuma de carreira, de ganho salarial em cima disso...”, Ângela (CG)

A falta de reconhecimento profissional também tem como referencial a remuneração financeira, já que os profissionais analisam que o longo investimento exigido para a formação médica não é reconhecido no valor dos salários pagos. Vêm-se obrigados a multiplicar suas jornadas em vários empregos, seja na rede pública, privada ou em consultórios (DESLANDES, 2002).

“Então, eu acho que se eu ganhasse melhor do que eu ganho hoje, eu não estaria dando plantão, eu cansaria menos. E se eu for parar para pensar, a maior parte do nosso salário, vem do plantão. (...) Eu estou nesse pique de 16 plantões por mês, faz três anos. Todo mês eu tenho um final de semana livre só. O resto eu tô trabalhando, trabalhando...”, Luciana (IT)

“Se eu conseguisse ficar pelo menos meio período na faculdade, eu não tenho vontade nenhuma de sair daqui, seja como médica, seja como docente, né? E meio período, ou completar o período inteiro aqui na faculdade ou preenchê-lo no consultório, se fosse bem. (...) Eu queria parar de viajar, porque eu trabalho em Bauru também e cansa ficar viajando, viajando. Então se eu tivesse um serviço aqui em Botucatu que não precisasse ficar viajando, eu já estaria contente”, Gabriela (PE)

Longas e extenuantes jornadas de trabalho, ritmo acelerado, poucas pausas de descanso ao longo do dia e grande responsabilidade a cada procedimento são características do pronto socorro que comumente desencadeiam o sofrimento psíquico dos profissionais de saúde. “Sentimentos de frustração, depressão, angústia e perda de confiança advindos dessa realidade contribuem para a insatisfação com o trabalho realizado” (LACAZ; SATO, 2006, p.118).

“Eu chego aqui, tem um monte de aluno aqui, esperando eu para checar um casinho que eles estão esperando para checar, tem residente esperando para a gente checar para dar conduta. Quando a gente acaba de resolver o problema de um, já tem dois, três esperando para resolver problema do outro. Não dá nem tempo de ir ao banheiro fazer xixi, entre aspas. É chegar e ir batidão até a hora de ir embora”, Gabriela (PE)

A pressão constante para tomadas de decisões rápidas e essenciais para o atendimento de emergência e o desgaste de triar pacientes e servir como “barreira entre usuários e organização” sobrecarregam e estressam ainda mais estes profissionais do pronto socorro.



“Eu acho que os médicos, eles assim...é, é muito pesado o trabalho, né? Que nem eu te falei, a gente chega aqui, vem um monte de gente em cima de mim, perguntando o que eu tenho que fazer, o que eu tenho que fazer. A gente tem que tomar conduta tudo muito rápido, a gente não pode errar porque se a gente errar o aluno...uma que o aluno, sai falando: “como que o professor não sabe”, né? E outro, porque acaba repercutindo para o paciente também. Então, a gente tem que ter uma margem de erro muito pequena aí e tudo isso vai fazendo pressão, a gente fica sem beber água o dia inteiro”, Gabriela (PE)

“Você pega pacientes agressivos, familiares agressivos, você corre o risco de ser agredido. Corre risco de ter seu carro riscado, tá certo? Você é tratado de uma maneira estressante e você não tem amparo da instituição. Você não tem um quarto de repouso adequado. Você não tem um período de descanso adequado. Você não tem uma remuneração adequada, você entendeu?”, Antonio Carlos (CG)

“Porque eu acho que a gente vai ficar anos e anos explicando e a gente vai passar anos e anos recebendo esses pacientes aqui. Porque ele vai no posto de saúde e aí o médico do posto fala assim: “o seu caso não é daqui, você tem que ir para a UNESP!”. Aí, ele já vem aqui armado. Aí, ele vem aqui e fala: “mas o médico, Dr. João, falou que eu tenho que vir aqui na UNESP”. Por que ele acredita mais no “Dr. João” do que em mim que tá aqui. Então...ele acredita porque é melhor para ele, porque é mais conveniente. Mas isso sempre vai acontecer.”, Teresa (CG)

Os próprios entrevistados relatam que a sobrecarga de trabalho do pronto socorro altera a ordem mental, psíquica e física dos profissionais da unidade.

“Eu não sei se você sabe mais o Pronto Socorro tem o maior índice de afastamento, né? Por problemas de saúde, ou por problemas de coluna ou por problemas de saúde mental. É o local onde tem o maior índice de afastamento no hospital. Se você andar por aí, todo dia você vai encontrar alguém chorando por aí”, Ângela (CG)

Em atividades com um alto grau de relacionamento interpessoal como o atendimento a pacientes, o esgotamento profissional é denominado de síndrome do *burnout*. O termo em si, segundo Pereira (2002, p.21) seria “uma metáfora para significar aquilo, ou aquele, que chegou ao seu limite e, por falta de energia, não tem mais condições de desempenho físico ou mental”.

Um profissional que está em *burning out* tem pouca energia para as diferentes solicitações de seu trabalho, desenvolve frieza e indiferença para com as necessidades e o sofrimento dos outros, tem sentimentos de decepção e frustração e comprometimento da auto-estima. (NOGUEIRA-MARTINS, 2006, p.145)



“Não dá para culpar também. A maioria que tá tudo aqui, tem dois, três empregos. Vira a noite trabalhando, porque a remuneração é muito baixa e a gente fica batendo nos mesmos problemas, e os problemas não se resolvem. Acaba desiludindo mesmo. A gente tem que tentar vencer esse desânimo, essa desilusão e tá sempre renovando a iniciativa de estar continuando. E tá passando pra eles (aponta para os internos e residente) ainda isso, esse ânimo!”, Ângela (CG)

“A gente dá muito plantão. A causa da minha depressão no ano passado foi devido a quantidade de plantão que eu dou. Foi excesso de trabalho. Eu tô largando uns plantões aqui, uns plantões ali”, Luciana (IT)

A tomada de decisão de nossa entrevistada em diminuir o ritmo de trabalho, ou seja, de aceitar suas capacidades e limites pode auxiliá-la a contornar o seu estresse profissional e a recuperar a sua vitalidade e disposição. Segundo Sucupira (2005), a satisfação da clientela no acolhimento depende da satisfação dos profissionais no exercício do seu trabalho. Por isso, torna-se importante “ouvir também o profissional nas suas necessidades e desejos, observando os direitos e deveres dos profissionais e da clientela, identificando a relação dialética que se estabelece entre esses direitos e deveres”. (SUCUPIRA, 2005, p.32)

“Se o médico que está estressado, está nervoso, tá sem dormir, tá com fome, ele não vai ter paciência para escutar o paciente reclamar que está demorando para atender. E não tem mesmo. Então, precisa sem dúvida nenhuma, primeiro ter um acolhimento, uma humanização para os funcionários para eles estarem preparados para oferecer isso para o paciente. Se ele não tiver, ele não vai ter da onde tirar”, Gabriela (PE)

Cuidar do cuidador, do sofrimento psíquico inerente a lidar com o sofrimento em condições nem sempre ideais, do seu sofrimento material, é uma condição importante para fortalecer uma clínica do sujeito, para criar uma determinada predisposição para uma relação comunicativa, para o desenvolvimento de trocas lingüísticas geradoras de compromissos. A superação de determinadas impossibilidades comunicativas depende, em parte, dessa diretriz (ARTMAMN; RIVERA, 2006, p.224)

Para melhorar a qualidade de vida dos profissionais do Pronto Socorro, os entrevistados sugerem a inclusão de uma psicóloga para fazer acompanhamento da equipe de saúde. No momento, há uma psicóloga que é responsável pelo atendimento aos pacientes e familiares e que por fazer parte da equipe multidisciplinar do serviço, não pode acompanhar os seus colegas.

“A gente ter um espaço, né, para, para poder trabalhar nossas dores, né, de estar aqui; nossas dificuldades, isso muito! Tanto é que aqui, quando você perguntou se eu já aprendi, se eu tive aprendizado para



isso, até citei a terapia, entendeu? Que eu acho que deveria ser um...cuidado que profissional deveria ter, né? Mas que deve ser meio impossível, né, para o Hospital”, Maria da Graça (PC)

“Então eu acho que falta uma área física mais adequada para a gente e uma retaguarda, um serviço psicológico mesmo para os médicos”, Gabriela (PE)

Valorização e amor à profissão

Emergency physicians freely place themselves at risk from violence and the deadliest of diseases. We should be at the pinnacle of public and professional admiration and respect. Yet parents are told their children are at risk, no one knows our names, and hospital administrators and medical staffs watch us come and go with equanimity. Our work is occasionally thrilling, often repetitive, quite frequently sad, sometimes dangerous, generally described as stressful, and on occasion incredibly rewarding³ (Frumkin, 1992, p. 862)

Segundo nossos entrevistados, os profissionais do PS devem ser pessoas equilibradas e com personalidade diferenciada para poder lidarem adequadamente com a carga emocional e violência dos casos e situações a que estarão expostas durante toda a sua jornada de trabalho.

“Você tem que ser muito centrada para trabalhar aqui no Pronto Socorro porque é muita reclamação, muita coisa negativa que vem, é muito problema. Não é só doença que você trata, é todo o problema social, todo o lado psicológico do paciente. Então...eu vejo paciente idoso na cadeira de rodas, não queria deitar esse paciente, queria? E maca? Não tem. Complicado. ‘Doutora, tem comida?’”, Luiza (CG)

“Mas eu acho que cada médico aqui, tem...o seu estilo, né? Tem o seu dia-a-dia diferente aqui, a sua personalidade diferente. Eu, graças a Deus, assim...eu já fui agredida fisicamente uma vez, há três anos atrás, mas...depois disso eu nunca mais tive esses problemas de...família agressiva, eu já chamo o segurança, tento conversar com a família, tentar explicar. Não adianta eu tentar levantar o tom de voz, se...se o médico perde a razão, levantando o tom de voz, brigando com a família. Aí só sai bateção de boca e ninguém resolve nada”, Luiza (CG)

“Que nem no caso de acidente. A pessoa veio para cá. Eu já atendi pessoa que perdeu a família inteira. Então assim, eu acho que é uma coisa difícil porque você pega a coisa na hora que ela está acontecendo.

³ Tradução livre da pesquisadora: Os médicos da emergência se expõem deliberadamente ao risco da violência e das mais mortais das doenças. Nós deveríamos estar no ápice da admiração pública e profissional e do respeito. Mesmo que os pais falem que seus filhos estão em perigo, ninguém sabe o nosso nome; e, os administradores do hospital e funcionários nos olham irmos e virtuosos tranquilamente. Nosso trabalho é ocasionalmente emocionante, freqüentemente repetitivo e triste, algumas vezes perigoso, geralmente descrito como estressante e de vez em quando incrivelmente recompensador.



Não depois que já aconteceu. Então, isso tem uma carga emocional muito grande, aqui no PS. Isso sim, é uma coisa assim que eu acho que é difícil”, Teresa (CG)

Alguns entrevistados referem sentir falta da criação de vínculos com os pacientes, embora o modelo de assistência de um pronto socorro não permita essa aproximação.

“...quando a minha satisfação poderia ser muito melhor, se eu der o primeiro atendimento, fica uma semana internado comigo, saiu de alta e eu marco um retorno para ele no meu ambulatório. Quer dizer, aí tem um tratamento completo dele. Aí, seria satisfação plena. Mas você vê que é impossível essa satisfação plena, porque eu só dou o primeiro atendimento”, Antonio Carlos (CG)

Para nossos entrevistados é evidente que o atendimento no serviço de urgência e emergência traz uma satisfação imediata muito grande pela resolução rápida do atendimento. De acordo com Deslandes (2002), o salvar vidas diante da morte iminente, ou seja, a prática de uma medicina resolutiva desperta a vaidade e o orgulho dos profissionais do pronto socorro. “Há o fascínio por esse tipo de ação que conjuga, de imediato, a arte médica, a habilidade do praticante e todo o aparato tecnológico disponível e exigido” (DESLANDES, 2002, p.71).

“Eu gosto de atender o paciente de UTI. Eu gosto de atender paciente da UTI do PS que é um paciente politraumatizado. É...é um paciente que tem uma sobrevida muito maior e um paciente que responde ao seu tratamento muito rapidamente, tá? Então é muito gratificante. Muito gratificante porque você vê o produto do seu trabalho acontecer rapidamente, né?”, Ligia (DC)

Depois da leitura de tantos problemas e dificuldades do trabalho no Pronto Socorro, foi para nós uma grata surpresa constatar que apesar de tudo, os profissionais entrevistados gostam do que fazem e da medicina que praticam.

“Então, eu comparando com os hospitais que eu conheço, eu acho que aqui é um excelente hospital! Eu realmente acho. Eu adoro o Pronto. Socorro! Eu acho que ele pode melhorar. Então, eu não estou extremamente satisfeita, porque eu acho que ele pode melhorar, melhorar muito. Mas eu não acho um local ruim para se trabalhar, de maneira nenhuma. Eu acho um local bom, com potencial de melhoria. Então, então...eu estou satisfeita. Eu gosto de trabalhar aqui. Agora, pode melhorar”, Teresa (CG)

“Eu tô realizada, eu não quero sair daqui. Assim: “ab...você gostaria de sair do Pronto Socorro? Trabalhar em outro lugar?”. Não eu não quero, eu gosto muito do Pronto Socorro, apesar de ser muito estressante. Mas eu gosto, né?”, Gabriela (PE)



“Então, assim, por termos muita responsabilidade é cansativo. Tem dia que eu falo assim que o meu cérebro está parecendo uma uva passa, sugaram tudo. Mas, mas eu sou super satisfeita. Na verdade, eu tive uma outra vida lá fora, tive um consultório bem sucedido, uma vida financeira melhor, mas...eu não me satisfazia. Aqui eu estou feliz, estou cansada, mas eu estou feliz”, Ana Luiza (PE)

Hipóteses de idealismo, coleguismo e ‘retorno’ de aprendizagem sugeridos por Deslandes (2002) como motivos da permanência dos profissionais da emergência em um trabalho assim embrutecedor são confirmados na fala de um de nossos entrevistados.

“Eu adoro o que eu faço. Eu adoro emergência. Eu adoro a UTI. É uma área que eu escolhi trabalhar. (...) A gente não recebe o tanto que a gente gostaria, apesar de tudo o que a gente trabalha. Mas em termos pessoais e profissionais, eu acho que a satisfação é total. (...) tem muita coisa para eu aprender aqui ainda...que eu quero chegar, que eu quero atingir e eu sei que aqui é o lugar. Então a gente fica segurando as pontas, porque o problema realmente é o financeiro. (...) A gente lida com várias coisas. Eu acho que em termos de salário, a gente não é pago como a gente deveria, entendeu? Por isso que a gente tá sempre pensando: podia estar fazendo fora, ganhando o dobro do que a gente ganha, tendo menos dor de cabeça, menos encheção de saco, teria muita vantagem sair, mas a gente não sai, entendeu? Uns falam que é porque a gente é palhaço, que a gente é...idealista, tirando sarro mesmo, sabe? (...) a gente está aqui por ideal”, Luciana (IT)

Apesar da presença deste discurso de satisfação profissional, pudemos perceber entre os entrevistados um desejo de seguir carreira universitária, já que eles não se imaginam trabalhando no Pronto Socorro por toda a carreira médica. Durante a realização da pesquisa foi possível notar que neste Pronto Socorro há uma alta rotatividade de profissionais médicos e inclusive ao final do estudo, fomos informados de que dois dos entrevistados já haviam se desligado do serviço.

2. Ser professor no Pronto Socorro

Desde sua criação, o HC-FMB segue sua vocação de hospital acadêmico, através do “exercício de ampla ação social que se estende à comunidade não só local mas de uma região que ultrapassa até mesmo os limites do Estado de São Paulo” (CEDEM, s/d). A importância como hospital universitário pode ser percebida nas falas de nossos entrevistados, que embora em sua maioria sejam médicos contratados, tem o ensino como prioridade e responsabilidade maior frente aos alunos e residentes.



“Nossa responsabilidade é total! Porque a nossa responsabilidade é tanto assistencial, quer dizer, tanto diretamente com o paciente como em relação ao ensino e com relação ao ensino, em termos de aluno e de residente. Então, a gente é responsável não só pelo paciente, mas também orienta o residente e o aluno, também somos responsáveis por eles, né?”, Luciana (IT)

“Eu tenho toda a responsabilidade de todos os pacientes que estão sendo vistos aqui no Pronto Socorro. Responsabilidade em todos os alunos, não deixo nenhum aluno liberar paciente sem ter passado com um médico, sem ser visto por um médico, sem ter discutido com um médico. É um Pronto Socorro escola, também. Não só com aluno, mas também com residente, tá? A gente tem todo esse treinamento com os alunos, residentes também, assumindo toda a responsabilidade, checando, discutindo caso, olha: ‘você não acha que deveria estar fazendo tal conduta’, ‘vamos discutir esse caso’, ‘vamos fazer discussão multidisciplinar para melhor conduzir o caso’ ”, Luiza (CG)

“A responsabilidade é: em checar os casos com os alunos, né? A gente tem que checar o exame físico que o aluno fez, né? Ensinar o certo, mostrar o que está de alterado, o que não está alterado; é...orientar a medicação, qual o melhor tratamento para ser feito, dose de medicamento, se o paciente é internado ou não, hã... o o acesso na sala de emergência, todas as condutas adotadas dentro da sala de emergência, a gente tem responsabilidade. Todas as condutas de aluno, né? Quinto ano, sexto ano e residentes que estão aqui no Pronto Socorro é de minha responsabilidade”, Gabriela (PE)

O Pronto Socorro como parte de um hospital universitário ainda influencia e estimula os entrevistados a buscar uma educação e aprimoramento contínuos seja através de cursos técnicos ou programas de pós-graduação. Existe também o interesse pela pesquisa e o desejo de futuramente fazer parte do corpo docente da UNESP.

“Eu estou fazendo mestrado agora, eu comecei a fazer o meu mestrado, eu tenho muita vontade de seguir a carreira de docente, né? Aqui na faculdade”, Gabriela (PE)

“Então, a minha expectativa é crescer como geriatra dentro da Unimed, ampliar o número de atendimento, crescer cada vez mais, tá, como geriatra. Crescer a nível de disciplina também na UNESP, poder fazer um mestrado, me tornar um docente em geriatria”, Antonio Carlos (CG)

“Em termos de assistência, eu acho que eu tô completamente satisfeita. (...) Em termos de parte acadêmica, é a titulação. Você poder orientar melhor os alunos. Em termos de pesquisa, é aprender sobre uma



área, sobre essa área de pesquisa que é uma coisa que a gente pisa em ovos. Então a gente não sabe, é um mundo novo, que o mestrado, o doutorado te oferece.(...) Eu pretendo voltar. Fazer doutorado”, Luciana (IT)

“Bom, profissionalmente assim tem duas partes: tem a parte de universidade que a de carreira que eu quero fazer a etapa de livre-docência e depois eu quero fazer o de titular e aí, acabou a carreira, em termos de carreira. Então, eu estou me preparando, tudo isso que você está vendo aqui (pastas espalhadas pela sala) é para livre-docência. Então é assim: mestrado, doutorado, livre docência e titular. São quatro fases, então, eu estou indo para essa terceira fase. Em termos de carreira...em termos de assistência, eu não quero nenhum cargo político não. Eu quero isso aí mesmo, sabe?”, Lígia (DC)

Para aqueles professores que atuam em áreas clínicas como o Pronto Socorro, há ainda um duplo papel a ser realizado: ser médico e ser professor. Assim, devem assumir a tarefa de ensinar a prática médica pelo exemplo, pela atitude, pela ética, pela demonstração de habilidades; já que será no contato com o paciente, que dele espera acolhimento e conhecimentos técnico-científicos para sanar seu sofrimento, que o professor deve apresentar ao estudante amplos conhecimentos, aptidões e atitudes criativas que tragam um saber significativo à formação do aluno (CYRINO, 2002).

Para Ramos-Cerqueira (1997, p.188), “o professor é a pessoa que, ao interagir com o aluno, deveria mediar o complexo processo de criação, não se convertendo num treinador de técnicas, mas procurando criar um criador”. Para a autora, está presente na crise da formação médica atual: “a perda progressiva da criatividade; a banalização da comunicação; a intensificação do medo do ridículo; a tendência em assumir os padrões e modismos da “ciência”, ditados pelos ‘journals’ indexados” (RAMOS-CERQUEIRA, 1997, p.190); e, a ênfase na produtividade.

Já em 1925, o próprio Flexner - propositor de importantes reformas das escolas de medicina norte-americanas e defensor do conhecimento neutro científico como base primária para o conhecimento médico - havia percebido a supervalorização do currículo científico em detrimento de aspectos sociais e humanísticos: “*Scientific medicine in America - young, vigorous and positivistic – is today sadly deficient in cultural and philosophic background*” (apud COOKE et al, 2006, p.1341). Nas décadas seguintes, o foco das práticas médico-hospitalares se concentrou ainda mais na realização de procedimentos instrumentais de diagnóstico e tratamento e no uso de medicamentos, tornando-se a relação profissional-paciente basicamente conduzida pela lógica da produtividade (AMORETTI, 2005, p.137).

O velho padrão de formação artesanal em torno dos mestres, na tradição das confrarias, que privilegia a experiência, cede lugar à necessidade de uma formação continuada formal e informal, multifacetada, ultra-especializada, que



torna o profissional dependente dos meios tecnológicos de informação médica. (ARTMAMN; RIVERA, 2006, p.216).

Frente a todo o aparato da tecnologia médica, a Escola Médica tem preparado médicos “equipamento-dependentes”. Estes médicos, assim formados, “se desprovidos de senso crítico, poderão mais assegurar o consumo de bens e serviços, condicionados por interesses econômicos, do que atender às necessidades de saúde identificadas” (Magaldi, 1982, p.5).

Não é possível pensar em mudar, transformar o ensino médico sem levar em conta as relações da escola médica com a sociedade. Como apresenta Ribeiro (1998) é preciso recuperar a complexidade das relações da escola médica com o mundo do trabalho e como este último interfere nos modelos e práticas pedagógicas. Deve-se “reconhecer que há interesses em jogo e conflitos que explicitamente, supõem sujeitos e práticas que guardam coerência e contradições em relação às suas intencionalidades” (RIBEIRO, 1998, p.43).

Para recuperar os aspectos humanísticos do cuidado e atenção ao paciente, a educação médica deve dar ênfase ao doente e não à doença, ao indivíduo e não ao seu estado clínico, à sua história e não somente à sua aparência. Os profissionais entrevistados também se mostraram preocupados em recuperar esse contato mais próximo com o paciente e mais ainda, em ensinar esta abordagem mais acolhedora aos alunos.

“Explicar como funciona, resgatar um pouquinho desse valor do médico, do que é a responsabilidade que a gente tem com o paciente. Eu acho que falta educar eles um pouquinho mais. Na residência, a gente perde muito isso de ver o paciente como um ser humano. O paciente passa a ser um procedimento, para gente ganhar mão. Então, eu acho que a gente precisa resgatar, trabalhar um pouco isso com eles um pouquinho mais”, Ângela (CG)

“Eu bato bastante para os internos, você tem que chegar perto do doente, mesmo que ele estiver em coma, sedado: “senhor fulano de tal, olha eu vou examinar o senhor, não vai doer nada, vai ser rápido” ou senão “eu vou colher um exame, vou dar uma picadinha, vai doer um pouco, mas vai ser rápido”, né? “Hoje é domingo, hoje é segunda”, “agora tá tarde”. Sempre assim, eu tenho a preocupação de ensinar os alunos a terem esse tipo de conduta. Volta e meia, sei lá...Assim, a...o caminho natural é você, o paciente está em coma, nem falar nada e vai pondo a mão,né?”, Ligia (DC)

O Hospital das Clínicas da FMB permite aos alunos ter uma vivência nas diversas áreas de um hospital e estimula o relacionamento e contato direto com os pacientes. Alguns entrevistados, destacam a relação estudante-paciente como um dos diferenciais da instituição, pois apresenta aos alunos as diferentes situações e problemas do cotidiano assistencial. Como a



maior parte dos docentes e dos médicos contratados dedicam muito de suas vidas profissionais ao HC, os estudantes ainda teriam a chance de espelharem-se e aprender com os professores modelos de atendimento e relacionamento médico-paciente.

“Ser modelo da comunicação com o paciente. (...) Então, eu acho que o quanto mais a gente conseguir ser humano, conversar, mostrar interesse pelo paciente. Eu acho que é principal maneira de ensinar a, a humanização e mesmo a comunicação. Por exemplo, quando a gente checa aqui, a coisa é muito próxima. Cada caso que eu checo com o aluno, a gente vai na sala rever exame físico, rever história e tal. E ali a gente vai ver de que forma o aluno se portou...se ele não se portou de maneira adequada, a gente corrige, né? Se se portou, a gente enfatiza e dá reforço positivo, né? Fulano foi legal porque fez isso, isso, isso. Acho que é a melhor maneira, ensinar a comunicar, ensinar a humanizar, é você mostrar como é que é mesmo”, Ana Luiza (PE)

Segundo alguns entrevistados, a experiência profissional fora do hospital serviu como fonte de aprendizado para se comunicar e lidar melhor com os pacientes dentro do Pronto Socorro.

“O fato de ter vivido fora da universidade, faz ficar mais fácil me adequar a realidade e entender a realidade que está lá fora. Então é mais fácil de traduzir a doença, traduzir os sintomas, conversar de igual para igual, de passar a patologia para a frente...”, Ana Luiza (PE)

“A grande maioria dos docentes daqui, não saiu para ter uma vida aí fora. O que eu acho super importante assim, para o futuro, para formação, para poder fazer comparações e para poder fazer as implementações de mudanças, né, se você volta. Então, quando a gente sai, a gente sente que a formação do vínculo, do relacionamento médico-paciente é muito melhor que os colegas aí fora. O vínculo, a formação eu acho que é muito boa, a formação teórico-prática. A gente aprende a pôr a mão no paciente, coisa que os nossos colegas aí fora não fazem, não aprenderam, tem medo. Eu acho, muitas características boas ainda são preservadas até hoje, né?”, Lígia (DC)

A pressão, o estresse e a correria do pronto socorro, como os próprios entrevistados dizem não é para qualquer um. Os médicos da pesquisa de Deslandes (2002) comentam que passar pela emergência, todos passam; mas para ficar tem que gostar. Isto reflete, a importância do pronto socorro numa etapa da formação profissional e “a necessidade de desenvolver laços, um perfil e, sobretudo, defesas que permitam a permanência no setor” (DESLANDES, 2002, p.70).

“A hora que eu cheguei aqui, uma interna, uma aluna, a primeira vez que eu vejo isso acontecer, ela estava com o rosto cheio de lágrima, dizendo que não agüenta pronto socorro. Não agüentou essa dinâmica de



agitação e ela falou: “eu não quero mais ficar aqui” e saiu porque ela tinha uma aula. Então, assim, eu acho que humanizar para o profissional é dar tempo para ele sentar, conversar, abrir o que está no coração dele, né? Eu não vou mais dar bola para aluna que não gosta de pronto socorro? Não, é, é uma estrutura diferente da vida dela, ela não gostou dessa agitação, ela precisa ter essa vivência; então, a gente vai ter que sentar e conversar para ver o que é que vira. Porque ela precisa passar, né? Então é ruim. Às vezes, o profissional que está aqui, está amargo. Tem muita amargura. A gente precisa dar um jeito de dar um escape. Mas não tem, nada feito não tem”, Ana Luiza (PE)

Dada a especificidade do Pronto Socorro no qual se apresentam ilimitadas oportunidades de aprendizagem relevantes para a formação geral na graduação, é possível reconhecê-lo como possuidor de um papel fundamental no estabelecimento de uma formação que valorize a responsabilidade, a comunicação e a própria percepção da necessidade de uma rede de atendimento à saúde no SUS mais eficiente. O espaço propicia vivências e aprendizagens que podem provocar a reprodução “da lógica hegemônica de organização em saúde, um espaço de reprodução dos poderes das corporações” (FEUERWEKER; CECILIO, 2007, p.969). Contraditoriamente, como médicos e estudantes estão completamente expostos, pode significar um cenário de reflexão crítica e oportunidade de revisão das relações dos profissionais de saúde com os usuários.

Considerações finais





V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao elaborarmos este projeto, queríamos investigar a temática da comunicação e da humanização entre os profissionais de saúde de uma unidade de emergência e urgência de um hospital de ensino, inserido no Sistema Único de Saúde. A Política Nacional de Humanização – PNH - foi também uma referência para este estudo, e chamou-nos a atenção que, logo nas primeiras entrevistas, o desconhecimento dos médicos sobre esta política. Ao mesmo tempo constatou-se uma enorme diversidade de sentidos do conceito de humanização expresso pelos entrevistados. Para alguns, ela se restringia a chamar os pacientes pelo nome, enquanto para outros incluía até mesmo o cuidado com os próprios profissionais. O ponto em comum exposto foi a necessidade de sua implantação mais ativa e imediata dentro do Pronto Socorro.

Na análise das entrevistas com os profissionais de saúde do Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, pudemos perceber que estes vêem o serviço como vítima do sistema de saúde. Perante a FMB, o PS seria sempre preterido a outros departamentos e receberia poucos investimentos financeiros, o que impede a melhoria de sua ambiência, a contratação de mais profissionais e o desenvolvimento tecnológico de equipamento e pessoas. Referem um serviço inserido no sistema de saúde, porém segregado e sem o apoio das redes primária e secundária de saúde do município e região que encaminham casos de doença simples para o serviço e recusam-se a dar continuidade de tratamentos iniciados na unidade de urgência e emergência. Frente aos pacientes, o PS aceitou a sua condição de “mãe” e acolheria a todos àqueles que chegam a sua porta procurando atendimento. Assim, o PS do HC-FMB estaria sempre em posição desfavorável e a mercê dos demais, como se fosse fraco e sem poder de voz para mudar o seu posicionamento no sistema de saúde, ou seja, não incorporou a regulamentação proposta pelo Ministério da Saúde e não consegue se perceber como sujeito para viabilizar esta incorporação.

Quanto a sua organização foi possível identificar que o PS do HC-FMB está dividido em área infantil e adulto e é nítida a diferença de comportamento e perfil dos profissionais de cada uma das áreas, a começar pelo atendimento a todas as crianças que chegam à unidade; diferentemente dos adultos, que passam por uma triagem que exclui aqueles cujas condições sejam de menor gravidade e não pertençam a área de abrangência estabelecida.

Envolvidos em sua rotina de trabalho, os profissionais de saúde tem dificuldades em perceber que muitas vezes não é entendimento que falta aos pacientes, e sim, aceitação por quererem ver o seu problema resolvido. Muitos dos pacientes talvez entendam a função e posição do PS do HC-FMB como serviço responsável em atender apenas doenças e enfermidades mais



complexas; no entanto, eles podem ter dificuldades em aceitar este novo papel da instituição que até pouco tempo recebia a todos os pacientes que aparecessem em sua porta de entrada. Até porque a definição do grau de complexidade de uma situação de urgência e emergência é muito difícil e tem que considerar a subjetividade dos pacientes e a objetividade dos profissionais de saúde. Pudemos apreender que sem melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e usuários do pronto socorro não há como humanizar o serviço. Através de inúmeras falas, pudemos perceber a falta do diálogo e uma percepção unilateral por parte dos profissionais, no sentido de sempre se colocarem como incompreendidos. Assim, ficou claro uma falta de percepção por parte dos profissionais da necessidade de uma qualificação da interação.

O pronto socorro é um espaço de grande tensão por receber, principalmente, pacientes em estado de saúde grave que exige tomada de decisões e ações rápidas; além de expor os seus profissionais de saúde demasiadamente. As condições de trabalho estressantes também colaboram para o ambiente tenso e conflitante da área de emergência.

Embora, a resolutividade imediata das condutas terapêuticas seja motivo de satisfação, uma queixa recorrente dos médicos é a falta de vínculo entre o profissional e os pacientes. Para os usuários, a consulta é feita pelo “Dr. Rubião” e assim, como muitos dos médicos não sabem o nome de seus pacientes, estes por sua vez, também, desconhecem o profissional que o atende.

A referência ao desgaste profissional é perceptível em diversos momentos das entrevistas e é tido como limitante e correlacionado com a prestação de um atendimento humanizado em relação aos pacientes, quando eles mesmos se sentem desumanizados perante à instituição.

Muito nos surpreendeu que, embora os profissionais criticassem suas condições de trabalho, a maior parte dos entrevistados afirmam gostar do pronto socorro, seja pelo ritmo acelerado do serviço que exige deles rapidez de raciocínio, seja pela possibilidade de “cura” imediata, os médicos se mostraram satisfeitos com o cumprimento de suas funções, inclusive quanto ao acompanhamento e ensino aos alunos tanto de graduação como de residência médica. Como nos apresenta Amoretti (2005), para mudarmos a estrutura vigente no Pronto Socorro

uma das questões fundamentais a considerar é como educar os educadores, para que correspondam às necessidades e demandas sociais da área da saúde, trazendo para o debate o saber/fazer docente e o saber/fazer profissional. E interrogar-se sobre como transformar a preocupação com o outro – nossos pacientes, pessoas que vivem em nossas comunidades, pertencentes como nós a uma população específica, deste país da América Latina – em meta de nossos cuidados. (AMORETTI, 2005, p.137)



Esperamos assim, que este estudo possa contribuir para qualificar o processo de trabalho no Pronto Socorro e particularmente as questões que envolvem a humanização do cuidado, que em primeira e última instância visam o acolhimento atencioso, digno e resolutivo a todos àqueles que procuram o Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Em nossa opinião, o primeiro trabalho a ser feito seria um projeto voltado a uma maior integração da equipe de profissionais da unidade e um trabalho específico voltado à humanização do trabalho médico, inclusive com a qualificação e valorização deste profissional.

Se tivéssemos que apresentar um resumo do que ficou para nós como a missão da humanização no pronto socorro, em um sentido mais amplo, diríamos que se refere a “incentivar por todos os meios possíveis, a união e colaboração interdisciplinar de todos os envolvidos, dos gestores, dos técnicos e dos funcionários, assim como a organização para participação ativa e militante dos usuários nos processos de prevenção, cura e reabilitação” (OLIVEIRA et al, 2006, p.281). Assim, no pronto socorro, humanizar não é apenas “amenizar” a convivência entre diferentes, “senão, uma grande ocasião para organizar-se na luta contra a inumanidade, quaisquer que sejam as formas que a mesma adote” (OLIVEIRA et al, 2006, p.281). Portanto, para humanizar a assistência em saúde precisamos dar a palavra tanto aos usuários quanto aos profissionais de saúde para que possam se sentir sujeitos do processo.

Referência Bibliográfica





VI. REFERÊNCIA BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Adir Luiz. “É como se a gente não entendesse muito e eles nem querem que a gente entenda”. Cadernos Cedes 38 – A fala dos excluídos, 1ª edição, Campinas, 1996, p. 52-61.

AMORETTI, Rogério. O presente e o futuro dos hospitais de ensino. In: GHC, SMS/POA, ABRAHUE, Seminário dos Hospitais de Ensino da Região Sul; 2004 5-6 ago 2004, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/GepNet/artigoamoretti1.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2007

AMORETTI, Rogério. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, v.29, n.2, p.136-146, maio-agosto. 2005

ARTMAMN, Elizabeth, RIVERA, Francisco J. U. Humanização no atendimento em saúde e gestão comunicativa. In DESLANDES, S. F. (org.), Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2006, p.205-231

AYRES, José Ricardo C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. In DESLANDES, S. F. (org.), Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2006, p.49-83

AYRES, José Ricardo C. M. Cuidado e Humanização das práticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.549-560, janeiro. 2005

BAKHTIN, Mikhail M. Speech genres and other late essays. Austin, University of Texas Press, 1986, 203p.

BENEVIDES, Regina, PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, v.9, n.17, p.389-406, março/ago. 2005

BETTINELLI, Luiz A., WASKIEVICZ, Josemara, ERDMANN, Alacoque L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. O Mundo da Saúde. São Paulo, v.27,n.2, p. 231-239, abr/jun. 2003

BETTS, Jaime. Considerações sobre o que é humano e o que é humanizar. Disponível em: <<http://www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37>>. Acesso em: 28 jul. 2006

BRASIL. Decreto lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L8080.htm>>. Acesso em: 28 jul. 2006

BRASIL. Portaria Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde número 15. Ministério da Saúde 1991 Jan 8. Disponível em:



<http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/fideps/SNAS_P15_91fideps.doc>. Acesso em: 10 jul. 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. Humanizassus - Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético em como se fazer saúde. 1ª edição, Brasília. 2004. 49p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humanizassus - Ambiência. 1ª edição, Brasília. 2004. 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. 1ª edição, Brasília. 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. Política de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde. Brasília. 1ª edição, 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para Atenção Básica. Brasília. 2005.

CALDEIRA, Tereza Pires. A Política dos Outros. Ed. Brasiliense, São Paulo, 1984.

CAPRARA, Andrea, RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 139-146, janeiro. 2004

CAPRARA, Andrea; SILVA FRANCO, Anamélia L. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.647-654, jul/setembro, 1999

CAPRARA, Andrea; SILVA FRANCO, Anamélia L. Relação médico-paciente e humanização dos cuidados em saúde: limites, possibilidades, falácias. In DESLANDES, S. F. (org.), Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2006, p.85-108

CECILIO, Luiz C. O. Mudar modelos de gestão para mudar o hospital? cadeia de apostas e engenharia de consensos. Revista Espaço para Saúde. Londrina, v.1, n.2, p. 04-26, junho. 2000

CEDEM – Centro de documentação e memória da Unesp. Memória da UNESP: história oral. São Paulo. Disponível em: <http://www.cedem.unesp.br/memorias/memo_botucatu.htm> . Acesso em: 16 abr. 2007

CHAUÍ, Marilena. Cultura e democracia. 4ª edição, São Paulo: Cortez, 1990. X p.

COELHO NETTO, José T. Semiótica, informação e comunicação. 6ª edição, São Paulo, 2003. 217 p.



COOKE, Molly et al. American Medical Education 100 Years after the Flexner Report. The New England Journal of Medicine, Waltham (MA), v.355, n.13, p.1339-1344, september. 2006. Disponível em: <<http://content.nejm.org/cgi/content/full/355/13/1339>>. Acesso em: 04 out. 2006

CORREA, Luiz Antonio. *O desenvolvimento do Hospital das Clínicas*. In Faculdade de Medicina de Botucatu UNESP. Edição Comemorativa dos 25 anos de sua fundação, 1988.

CYRINO, Eliana G. Contribuições ao desenvolvimento curricular da Faculdade de Medicina de Botucatu: descrição e análise dos casos dos cursos de Pediatria e Saúde Coletiva como iniciativas de mudança pedagógica no terceiro ano médico. Botucatu, 2002. Tese (Doutorado em Pediatria). Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista, 2002.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.7-14, janeiro. 2004

DESLANDES, Suely F. *Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2002. 194 p.

DESLANDES, Suely F. Humanização: revisando o conceito. In DESLANDES, S. F. (org.), *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2006, p.30-50

DESLANDES, Suely F.; PAIXÃO, Ana C.W. Humanização da assistência às vítimas de abuso sexual infantil: reotomando o debate sobre a relação médico-paciente. In DESLANDES, S. F. (org.), *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2006, p.301-320

DONNADIEU, Gerard. *La communication inter-humaine*. Paris, abril, 2003. Disponível em: < <http://www.afscet.asso.fr/dgcommtu.doc> > . Acesso em: 09 de out. 2006

EMERGÊNCIA. In: *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva. 2004. Disponível em: <http://houaiss.uol.com.br/busca.jhtm>. Acesso em: 16 abr. 2007

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, Notícias. Disponível em: < http://www.fmb.unesp.br/noticia_detalhes.php?vID=428 >. Acesso em: 15 julho 2007

FATOVICH, Daniel. Recent developments: Emergency medicine. *B Medical Journal*. Rio de Janeiro, v.324, n.7343, p.958-962, abril 2002. Disponível em: < <http://www.bmj.com/cgi/content/full/324/7343/958> >. Acesso em: 15 maio 2007

FEUERWEKER, Laura C. M., CECILIO, Luiz C. O., *O hospital e a formação em saúde: desafios atuais*. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.965-971, julho-agosto. 2007



FIGUEIRAS, Sandra L. Eu não sou só o HIV que eu tenho: humanização, acolhimento e escuta no atendimento a mulheres que vivem com AIDS. In DESLANDES, S. F. (org.), Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2006, p.389-414

FOULGER, Davis. Models of the Communication Process. New York, fevereiro, 2004. Disponível em: <<http://foulger.info/davis/research/unifiedModelOfCommunication.htm>>. Acesso em: 02 out. 2006

FRUMKIN, K. "What's in a name? - Moonlighting for fun and profit": reflections on the state of emergency medicine—a goal for 2000 and beyond. *Ann Emerg Med* 1992; v. 21, p. 862–864. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=retrieve&db=pubmed&list_uids=1610045&dopt=AbstractPlus>. Acesso em: 10 jul. 2007

GARCIA, Regina L.. Cartas Londrinas e de outros lugares sobre o lugar da educação. Rio de Janeiro. Relusse-Dumará, 1995

GARCIA, Regina L., VALLA, Victor V. A fala dos excluídos. *Caderno Cedes*. Campinas, n.38, p.9-17, agosto 1996

GIGLIO-JACQUEMOT, Armelle. Urgências e Emergências em Saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005. 144 p.

GOLDIM, José R. FRANCISCONI, Carlos F. Modelos de relação médico-paciente. Bioética e ética na ciência. Porto Alegre. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/relacao.htm>>. Acesso em: 04 out. 2006

GUFFEY, Mary Ellen, NAGLE, Brendan. The Essentials of Business Communication. 4th Canadian edition, Thompson-Nelson, 2002. p.4-15.

HENNINGTON, Élida Azevedo. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. *Cad. Saúde Pública*, jan./fev. 2005, vol.21, no.1, p.256-265. ISSN 0102-311X.

KOTLER, Philip. Administração de Marketing. Tradução Ailton Bomfim Brandão. 5ª edição, São Paulo: Atlas, 1998. 725 p.

LACAZ, Francisco A. C.; SATO, Leny. Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde. In DESLANDES, S. F. (org.), Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2006, p.109-139

LANGHE, Rudi. Culture: A Filtration Process during Communication in Education. In: Tend 2000: Proceedings of Technological Education and National Development Conference

“Crossroads of the New Millenium. Abu Dhabi, abril, 2000. Disponível em: <
http://eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2/content_storage_01/0000000b/80/23/43/f5.pdf
>. Acesso em: 02 out. 2006

LINGS, Pam, EVANS, Philip, SEAMARK, David et al. The doctor-patient relationship in US primary care. Journak of the Royal Society of Medicine. London, v.96, p. 180-184, abril 2003. Disponível em:

<<http://www.jrsm.org/cgi/reprint/96/4/180?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=doctorpatient&searchid=1&FIRSTINDEX=0&volume=96&issue=4&resourcetype=HWCIT>

>. Acesso em: 04 out. 2006

LÉVI-STRAUSS, Claude (1974). Introdução à obra de Marcel Mauss. In: MAUSS, M. Sociologia e Antropologia. São Paulo: EPU / Edusp

MAGALDI, C. Compromisso Social da Escola Médica. In: Anais do 20º Congresso Brasileiro de Educação; 1982; Ribeiro Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: ABEM; 1982. p. 1-12.

MAIA, Guilherme. Pa´miri-Masa: a origem do nosso mundo. In: CARVALHO, C. et al. 1ª edição, São Paulo, SSL, p.75-76. 2004

MALIK, Ana M., NOVAES Hillegonda M. D. Situação e desafios do sistema hospitalar brasileiro. Ciênc. saúde coletiva v.12 n.4 Rio de Janeiro jul./ago. 2007 p.822

MENDES, Heloisa W.B. Regionalização da Assistência à Saúde: análise de demanda ao serviço de urgência/ emergência de um hospital universitário. São Paulo, 2003, 214p. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade São Paulo, 2003

MINAYO, Maria Cecília S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6ª edição, Hucitec-Abrasco, São Paulo, 1999

MINAYO, Maria Cecília S. Sobre o humanismo e a humanização. In DESLANDES, S. F. (org.), Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2006, p.23-30

MITRE, Rosa M.A. O brincar no processo de humanização da produção de cuidados pediátricos. In DESLANDES, S. F. (org.), Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2006, p.283-300

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira F. Oficinas de humanização: fundamentação teórica e descrição de uma experiência com um grupo de profissionais da saúde. In DESLANDES, S. F. (org.), Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2006, p.141-161

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira F. Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de Saúde. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2001. 147p.



OLIVEIRA, Beatriz R. G., COLLET, Neusa, VIERA, Claudia S. A humanização na assistência à saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v.14, n.2, p.277-284, mar/abril. 2006.

OLIVEIRA, Francisco A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v.6, n.10, p.63-74, fevereiro. 2002

PAIM, Jairnilson S. Organização da Atenção à Saúde para a Urgência/ Emergência. In Silva, Ligia M. V. *Saúde Coletiva: Textos Didáticos*. Universidade Federal da Bahia, Salvador, Centro Editorial e Didático da UFBA, p.149-168. 1994

PUCCINI, Paulo T., CECÍLIO, Luiz C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1342-1353, set/outubro, 2004

RAMOS-CERQUEIRA, Ana T. A prática pedagógica como processo de comunicação: a relação professor-aluno como eixo: o ponto de vista psicológico, *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.1, n.1, p.187-192, 1997.

RIBEIRO, E.C.O. Ensino/Aprendizagem na Escola Médica. In: MARCONDES, E.; GONÇALVES, E. (Org.) *Educação Médica*. São Paulo: Sarvier, 1998. p. 40-49.

REIS, Alberto O. A., MARAZINA, Isabel V., GALLO, Paulo R. A humanização na saúde como instância libertadora. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.13, n.3, p.36-43, set/dezembro. 2004

RODRIGUES, José Carlos. *Tabu da morte*. 2ª edição revisada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2006. 260 p.

ROLLO, Adail A. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: MERHY, Emerson, ONOCKO, Rosana (org.), *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p.321 -339.

ROTER, Debra L., HALL, Judith A. Patient-provider communication. In Glanz, Karen, Lewis, Frances M. *Health Behavior and Health Education: Theory, Reserch, and Practice*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, p.206-226. 1996

SANTOS, José Sebastião, SCARPELINI, Sandro, BRASILEIRO, Sérgio L.L. et al. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. *Revista Medicina Ribeirão Preto*. Ribeirão Preto, v.36, n.2, p. 498-515, abr.-dez. 2003. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2003/36n2e4/avaliacao_modelo_organizacao_ue.pdf>.

Acesso em: 04 out. 2006

SCLIAR, Moacyr. O olhar médico: crônicas de medicina e saúde. São Paulo: Ágora. 2005. 181 p.

SCHRAIBER, Lilia B. Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas. 1997. 209p. tese (livro-docência). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SILVA, Maria Júlia. P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. Bioética. Brasília, v.10, n.2, p. 73-88, 2002.

SILVA, J.P.V., TAVARES, C.M.M. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. Rev. Trabalho, Educ. Saúde, v.2, n.2, p. 271-285, 2004.

SUCUPIRA, Ana Cecília. O acolhimento como expressão do direito à saúde. In Secretaria Municipal de Saúde. Fortaleza HumanizaSUS, Curso de extensão universitária, caderno de textos 1. Fortaleza, set. 2005. p.29-35.

TEIXEIRA, Ricardo R. Modelos Comunicacionais e práticas de saúde. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, v.1, n.1, p.7-40, agosto. 1997

TRAD, Leny A. B. Humanização do encontro com o usuário no contexto da Atenção Básica. In DESLANDES, S. F. (org.), Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2006, p.185-203

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”. Faculdade de Medicina: Campus de Botucatu. Instituição, apresentação, história da medicina. Disponível em: <http://www.fmb.unesp.br/instituicao/apresent_med.php>. Acesso em: 10 jul. 2007

URGÊNCIA. In: Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva. 2004. Disponível em: <http://houaiss.uol.com.br/busca.jhtm>. Acesso em: 16 abr. 2007

VAITSMAN, Jeni, ANDRADE, Gabriela R.B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.599-613, janeiro. 2005

WATT, Denise, WERTZLER, William, BRANNAN, Gordon. Patient expectations of emergency department care: phase I – a focus group study. Canadian Journal of Emergency Medicine. Ottawa, v.7, n.1, p. 12-16, jan. 2005. Disponível em: <<http://www.caep.ca/page.asp?id=8791FCCD20A547CB825E66C6674EB64C>>. Acesso em: 04 out. 2006

WORLD HEALTH ORGANIZATION. A Declaration on the promotional of rights patient in Europe. Jun. 1994. Disponível em: <http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf>. Acesso em: 15 maio 2006

Anexos





VII. ANEXOS

ANEXO I

Análise do Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu sob a ótica da comunicação e da humanização

Pesquisadora: Patricia Shirakawa Nakamoto
Orientadora: Eliana Goldfarb Cyrino
Botucatu - 2005

Roteiro I

Médicos e docentes

- 1) Conte-nos um pouco sobre a sua estória profissional e como veio trabalhar no PS.
- 2) Qual a imagem que você tem do Hospital das Clínicas da UNESP?
- 3) Descreva brevemente como é a sua rotina de trabalho do PS.
- 4) Que tipo de pessoas vem para o PS? Trace um breve perfil desses pacientes.
- 5) Quais as principais motivos que levam essas pessoas a procurarem o PS?
- 6) Quais são os critérios para que os pacientes sejam atendidos aqui neste PS? O que você acha desses critérios?
- 7) Como você garante o acesso desses pacientes aos demais níveis de assistência? Quais as dificuldades que os pacientes enfrentam para alcançar estes outros serviços?
- 8) Como você explica para o paciente que o caso dele não é de PS e o que é feito neste caso? Fale um pouco sobre a dificuldade das pessoas em entenderem o que é explicado.
- 9) Como é garantida a referência e contra referência dos pacientes atendidos neste PS?
- 10) Quais são suas responsabilidades no atendimento ao paciente no PS? Você acha que elas são adequadas? Excessivas?
- 11) Como é respeitada a individualidade dos pacientes no PS? Ilustrar.
- 12) Fale um pouco de como se dá o seu contato/ relacionamento/ comunicação com os pacientes e seus familiares no PS.
- 13) Quais os momentos mais difíceis de comunicação com os pacientes e seus familiares no PS? Situação marcante/ relevante.



- 14) Você se sentiu preparado para lidar com esses momentos?
- 15) Na sua graduação, como foi o seu aprendizado para esse tipo de situação? Alguém lhe ensinou?
- 16) Na sua opinião, quais são as maiores dificuldades/ problemas dos pacientes que o procuram este serviço?
- 17) Atualmente tem se falado muito em Humanização da Medicina, o que é para você humanização?
- 18) Como você vê o processo de humanização no PS?
- 19) Comente uma situação real em que houve falta de humanização ou deficiência na comunicação.
- 20) História como paciente/ familiar. Experiência de atendimento como paciente em outros hospitais.
- 21) Quais as suas sugestões para a melhoria do processo de comunicação e humanização no PS?
- 22) Qual o seu grau de satisfação na realização de suas tarefas e atribuições aqui no hospital?
- 23) Para encerrar, quais são suas expectativas profissionais?
- 24) Gostaria de comentar algo sobre esta entrevista?



ANEXO II

Análise do Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu sob a ótica da comunicação e da humanização

Pesquisadora: Patricia Shirakawa Nakamoto

Orientadora: Eliana Goldfarb Cyrino

Botucatu - 2005

Roteiro II

Equipe multidisciplinar

- 1) Conte-nos um pouco sobre a sua estória profissional e como veio trabalhar no PS.
- 2) Qual a imagem que você tem do Hospital das Clínicas da UNESP?
- 3) Descreva brevemente como é a sua rotina de trabalho do PS.
- 4) Que tipo de pessoas vem para o PS? Trace um breve perfil desses pacientes.
- 5) Quais os principais motivos que levam essas pessoas a procurarem o PS?
- 6) O Pronto Socorro tem critérios para admitir um paciente. Você sabe quais são os critérios? O que você acha desses critérios?
- 7) Quais são suas responsabilidades no atendimento ao paciente no PS? Você acha que elas são adequadas? Excessivas?
- 8) Como é respeitada a individualidade dos pacientes no PS? Ilustrar.
- 9) Fale um pouco de como se dá o seu contato/ relacionamento/ comunicação com os pacientes e seus familiares no PS.
- 10) Quais os momentos mais difíceis de comunicação com os pacientes e seus familiares no PS? Situação marcante/ relevante.
- 11) Você se sentiu preparado para lidar com esses momentos?
- 12) Na sua graduação, como foi o seu aprendizado para esse tipo de situação? Alguém lhe ensinou?
- 13) Na sua opinião, quais são as maiores dificuldades/ problemas dos pacientes que o procuram este serviço?
- 14) Atualmente tem se falado muito em Humanização na área da saúde, o que é para você humanização?



- 15) Como você vê o processo de humanização no PS?
- 16) Comente uma situação real em que houve falta de humanização ou deficiência na comunicação.
- 17) História como paciente/ familiar. Experiência de atendimento como paciente em outros hospitais.
- 18) Quais as suas sugestões para a melhoria do processo de humanização no PS? Alguma coisa voltada para os funcionários?
- 19) Qual o seu grau de satisfação na realização de suas tarefas e atribuições aqui no hospital?
- 20) Para encerrar, quais são suas expectativas profissionais?
- 21) Gostaria de comentar algo sobre esta entrevista?



ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - médicos/docentes e equipe multidisciplinar -

Análise do Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu sob a ótica da comunicação e da humanização

Este é um estudo acadêmico, parte dos requisitos para aquisição do título de mestre em “Saúde Pública”, havendo o compromisso da pesquisadora de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa. Essas informações estão sendo fornecidas para a sua participação voluntária neste estudo, que visa entender a comunicação médico-paciente e o processo de humanização em um pronto-socorro. Os resultados não fornecerão nenhum benefício direto aos participantes, visto que o foco do estudo é o processo de comunicação no pronto-socorro. Serão feitas perguntas abertas e anotadas/ gravadas as respostas para estudo e análise posterior, não proporcionando qualquer desconforto ao participante. Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. É garantida a liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu trabalho na Instituição. O direito de confiabilidade – as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros depoentes, não sendo divulgado a identificação de nenhum participante da pesquisa. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido.

Assinatura do participante

Data: ___/___/_____

Local: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data: ___/___/_____

Local: _____

Pesquisadora: Patricia Shirakawa Nakamoto, Alamedas das Sibipirunas, 510 – tel. 3882-3451, e-mail: pasnaka@yahoo.com.br

Orientadora: Eliana Goldfarb Cyrino, Rua Reverendo Francisco Lotufo, 695, Tel. 3882-3864, e-mail: ecyrino@fmb.unesp.br



ANEXO IV

Ana Luiza, 38 anos, médica pediatra do Pronto Socorro

1) Conte-nos um pouco sobre a sua estória profissional e como veio trabalhar no PS.

Hum...deixa eu ver. Eu terminei a minha residência em 96 e eu tinha interesse em continuar aqui na Faculdade como parte do staff. Mas na época, não estava tendo vaga para contratação. Então, eu fui para uma outra cidade, montei consultório numa cidade do interior de São Paulo e cinco anos depois que eu estava fora daqui, abriu vaga para o concurso. Então, eu prestei o concurso e estou de volta há cinco anos. Aí eu voltei porque era o que eu queria, eu queria ficar na Faculdade. Nesse período o que é que aconteceu, eu fiquei fazendo meu mestrado, dando andamento no meu doutorado até ter a vaga para o concurso que eu prestei e aí eu voltei para o PS.

(...)

O meu doutorado eu ainda não defendi e o meu mestrado também.

2) Qual a imagem que você tem do Hospital das Clínicas da UNESP?

A imagem que eu tenho? Ó...eu vou contar uma coisa para você: que eu acho que é o melhor lugar do mundo! Desde a minha época de estudante até hoje, eu falo para os meus familiares que se eu tiver algum problema de saúde fora daqui, que eu quero ser enviada para cá para ser tratada. Falar a verdade, a visão que eu tenho daqui é muito boa, de confiabilidade, tal, tal, tal. Em relação as coisas do médico-paciente tem muita coisa para ser mudada, eu acho.

3) Descreva brevemente como é a sua rotina de trabalho do PS.

A minha rotina...só do Pronto Socorro: eu cumpro da minha carga horária neste serviço, eu cumpro 20 horas semanais, efetivamente como médica plantonista do PS. Fora isso, eu sou responsável técnica do PS, então, eu sou chefe do Pronto Socorro. Então, cumpro outros horários administrativos. E faço plantão, 8 plantões de 12 horas aqui no Pronto Socorro, tá? Então a minha rotina é assim, a rotina é chegar, mesmo quando eu estou em atendimento, checando caso de residente, de aluno, dos internos, da enfermagem, eu estou cuidando da parte administrativa.

(Essa parte administrativa é geral...?)

Só da Pediatria, só o PS da Pediatria. Então, é assim, uma, uma dinâmica pesada porque, por exemplo, a gente chega de manhã, passa uma visita numa enfermaria pequena, de seis leitos com R1. Terminando isso, a gente vai checar os casos dos internos, dos residentes, a dinâmica do serviço, as funções de enfermagem...

(pausa para falar com psicóloga)

É essa rotina...checagem o dia inteiro, resolvendo as intercorrências de caso, intercorrências administrativas, é isso! Acho que a rotina é essa!

(Então você vem, passa a visita...)

Passo a visita, depois eu venho checar caso de aluno. Então eu fico o dia inteiro checando caso de aluno de, de residente, de enfermagem e cuidando dessa dinâmica mesmo aqui: quem tem que ser atendido primeiro, hã...porque é que tem que passar na frente, porque é emergencial em alguns casos, de psicólogo...então, é isso...

(...)

Os residentes, todos que passam são de Pediatria. Tem R1 e R2 da Pediatria e tem R3 das sub-especialidades, mas aí eles não ficam aqui no PS, eles vem conforme a gente chama, tá?



- 4) Dá para você descrever o tipo de pessoas que vem para o PS? Traçar um breve perfil desses pacientes.

Ah...o perfil na verdade é de uma classe sócio-econômica mais baixa, não necessariamente, culturalmente mais baixa, mas sócio-econômica mais baixa. Geralmente de procura espontânea, alguns vem encaminhados, mas a maioria vem por procura espontânea e com a, a, o, o discurso de de vinda desses pacientes é: “eu não confio nos outros serviços, então eu quero vir para cá”, né? Mais, então, geralmente é esse tipo de paciente que vem para cá. Não tem um outro diferen...Os diferenciados que vem para o serviço, geralmente são os pacientes com doenças mais complexas e que aí foram encaminhados de outros serviços para cá, né? De alta complexidade porque não consegue resolver em um serviço médio ou particular que vem para cá, mas não é a maioria.

- 5) Quais as principais causas que levam essas pessoas a procurarem o PS?
Você quer saber de queixa específica mesmo?

(...)

O principal motivo é a confiabilidade no serviço, mesmo. Eles colocam como sendo uma dificuldade de serem atendidos na rede primária, na rede secundária...por que é que é difícil ser atendido lá? Eles colocam que é falta de profissional, não gostam da qualidade, não gostam do atendimento, né? E aí, eles vem espontaneamente procurar, porque é aqui que é o Dr. UNESP. (risos)

- 6) Quais são os critérios para que os pacientes sejam atendidos aqui neste PS?

Na verdade, não tem critério nenhum. Qualquer paciente que procurar o PS de Pediatria (ressalta) vai ser atendido, seja com queixa aguda, queixa banal, queixa crônica ou encaminhado, sempre vai ser atendido. Eles sempre vão ser atendidos, a gente pode até atender e reencaminhar, mas eles são sempre vistos por um pediatra.

- 7) Como você garante o acesso desses pacientes aos demais níveis de assistência?

Para voltar para os seus níveis primários e secundários? Na verdade, a gente só faz uma contra-referência, né? Então os que são patologia de baixa complexidade, a gente orienta a família a procurar sistema...primário de atendimento ou então, secundário. Senão tem condição, porque é de uma cidade que não tem esse tipo de recurso, então a gente acaba seguindo aqui mesmo, acaba encaminhando para o ambulatório geral de Pediatria ou ambulatório de especialidade.

(Você acha que paciente tem dificuldade de alcançar os outros níveis?)

Quando são as patologias complexas que precisam de um especialista, a dificuldade é a agenda, tá? Mas eles sempre são encaixados, pode demorar muito, mas eles são encaixados. Exceto, algumas especialidades que tem questão da DIR que não aceitam encaminhamentos que não são da nossa DIR,. Mas das especialidades pediátricas, a maioria delas é só vaga demorada, mas consegue. Agora reencaminhar para primário e para o secundário, a dificuldade é a confiança mesmo do paciente. Às vezes, eles ficam assim: “ah...deixa eu seguir aqui, vai? Porque lá, lá não tem um médico, doutora. Não adianta, doutora. Eu chego lá, falo que o meu filho está com uma anemia e é só daqui seis meses que vai ter consulta. Como é que eu vou esperar para tratar uma anemia daqui seis meses?”. Então é essa dificuldade. Mas a gente faz um trabalho de orientação e tenta forçá-los entre aspas, voltar ao serviço de origem, né? Se é um nível mais baixo de complexidade, tá?



8) Como você explica que o caso dele não é de PS?

Ai...você pegou...ai, essa pergunta é muito difícil para eu responder! Porque, na verdade, é assim, indepe...isso é particular meu. Chegou aqui no Pronto Socorro, ele é atendido e recebe orientação mesmo que a queixa dele não seja de emergência. Por exemplo, se eu detecto uma anemia no paciente, eu trato. O que eu falo é o seguinte: “como é só isso, da próxima vez, a senhora procura o serviço do posto, o serviço do consultório, o serviço hospital menos complexo para não superlotar o Pronto Socorro, porque a senhora viu que hoje demorou muito o atendimento por causa dos casos graves...Só que eu oriento e não perco a oportunidade de tratar, mesmo que seja de queixa simples.

(Isso não vale para adulto...)

Não, só criança.

(...manda embora...)

Porque, por exemplo, no adulto, os meninos tem a questão do Acolhimento. Volta da porta para lá, não é atendido. Na pediatria, é complicado. É difícil a mãe falar uma queixa e a gente não por a mão pelo menos para examinar. Então a gente examina e aproveita o momento para tratar, mesmo porque a gente pensa assim, nesta questão até mesmo da humanização. Muitas das mães, que são de, de um nível sócio-econômico baixo, às vezes, elas vieram aquele dia, estão perdendo serviço, não vem porque realmente o dia que marcou vaga no posto, elas estariam trabalhando e perder um dia de trabalho, descontar R\$ 20 no salário, é pesado para elas. Então, o que a gente faz, eu oriento muito os meninos em relação a isso: aproveita o momento, né? Trata o que tem, é queixa ambulatorial? É, dá para tratar e aproveita o momento para educar! E daqui para a frente a senhora segue isso no posto de saúde. É uma oportunidade, a gente não perde! Tem um colega no serviço que não faz isso. “Ah...anemia? Anemia é coisa de posto!”, “ah, é verme? Verme eu não vou tratar aqui no Pronto Socorro!”. Mas, devido a esse tipo de população que a gente atende, ah...eu aproveito o momento, não adianta. Às vezes é naquele dia que ela encontrou alguém para cuidar dos outros nove filhos, seis filhos, né? Por que a senhora veio só hoje? Por que a senhora veio esse horário? Saí agora do trabalho, só agora que o meu marido chegou para ficar com os outros filhos. Então, a gente valoriza isso, né?

9) Quais são suas responsabilidades no atendimento ao paciente no PS?

Hã...como será que você quer saber nessa pergunta, Paty?

(Ah...responsável pelo paciente, responsável...)

Na verdade, a gente faz tudo. Mesmo caso, que a gente checkou com residente e com o interno, é da nossa responsabilidade...com o interno, nem tem o falar, você precisa acompanhar até o momento que ele dispensa. Com o residente, ele está em treinamento sob supervisão, mesmo que ele já seja médico e tenha autonomia para definir, a gente fica meio por trás, olhando...Eu falo muito assim, a nossa visão aqui de chefe ou de, de staff aqui do Pronto Socorro tem que ser o de fazer uma ectoscopia aqui do ambiente. Fazer o diagnóstico dos pacientes que estão aqui, mesmo que só de olhar, de ver. Então é uma responsabilidade até o momento em que este paciente tomar um rumo, seja alta, seja internação neste ou outro serviço. Então, a gente fica responsável por eles até esse momento.

(Você acha que as suas responsabilidades são excessivas...condizentes?)

Não, eu acho que elas são condizentes. Eu acho que a gente é cobra...a gente tem muita coisa para fazer num dia só. Mas eu acho que são condizentes. Eu estou aqui no Pronto Socorro, tem que fazer diagnóstico. A gente está conversando aqui, mas eu tenho que estar escutando o barulho que está lá fora. Criança não chega falando eu estou com dor disso, às vezes, só chega com um choro gemido...Então, eu tenho que saber fazer esse diagnóstico (...) e ele sentadinho, né?



10) Como é respeitada a individualidade dos pacientes no PS?

Então, eu acho que esse é um problema que eu acho que a gente tem no nosso serviço aqui. A gente tenta, mesmo aqui na Pediatria, a gente tenta de forma mais humanizada fazer isso. Ter um consultório só para o paciente, pedir sempre a autorização para os pais para que os alunos vejam se é um caso diferente ou não; explicar com a palavra mais simples possível a patologia que o paciente tem, mesmo assim, às vezes, o paciente fica meio é, é...como é que fala? Fica meio filho de todo mundo e ninguém assume como pai para dizer. Isso que eu estava falando em relação a estudar médico-paciente no Pronto Socorro é o seguinte: é...por exemplo, a gente fez um trabalhinho aqui na nossa enfermaria para saber qual era a angustia maior dos pais e dos pacientes em relação a ficar internado aqui, né? E o que eles mais colocam é não saber o que eu tenho. E por que você não sabe o que você tem? Por que o médico não falou ou por que o médico também não sabe? Na maioria das vezes, não teve um médico que ele identificou como é o meu médico e ele me deu retorno do que eu tenho ou não. Então, isso daí é que fica muito complicado em relação a relação médico-paciente aqui. Fica, como tem muita gente, às vezes, essa questão da individualidade não é muito bem valorizada, porque dá a impressão que o doente é de todo mundo. Então eu acho que a questão de diante do nosso serviço é isso, aí! Porque a gente faz...tem um consultorinho para cada um, a gente sempre pede licença para a família, explica para cada um, mesmo assim ainda tem esse déficit, tá?

11) Fale um pouco de como se dá o seu contato/ relacionamento/ comunicação com os pacientes e seus familiares no PS.

Você quer saber o...detalhamento da minha dinâmica? É difícil falar disso daí, viu? Ah...assim da qualidade do meu atendimento?

(...se você se sente confortável...)

Eu me sinto, ah...eu me sinto. Na verdade, eu particularmente, acho muito mais fácil me comunicar com paciente da nossa clientela aqui do que um mais diferenciado. Então eu acho que isso, a gente tem legal por aqui, que eu tenho particularmente isso.

(...)

Ah...não tenho. A gente fica com pena também. Isso daí eu acho que é legal. Isso eu posso falar. A gente faz assim...vem de uma família mais, assim simples, porque eu acho mais fácil (...). O fato de ter vivido fora da universidade, faz ficar mais fácil me adequar a realidade e entender a realidade que está lá fora. Então é mais fácil de traduzir a doença, traduzir os sintomas, conversar de igual para igual, de passar a patologia para a frente, acho que isso vai (...).

12) Quais os momentos mais difíceis de comunicação com os pacientes e seus familiares no PS?

O mais difícil mesmo é a morte mesmo, né? O momento da morte. Eu acho que quando a gente perde um paciente, é muito complicado explicar isso para a família. Quando é um doente crônico, ainda a família já vem aceitando isso progressivamente, a gente consegue mais ou menos...a família consegue antever e a gente consegue chegar mais fácil. Mas o paciente que chega aqui abruptamente e morre, sem uma patologia prévia, seja por um acidente, por uma aspiração pulmonar, aí é difícil. Acho que para mim, é o momento mais difícil, de verdade. Não tenho outros momentos. Alguns colegas dizem que é difícil de dividir na comunicação, quando a família truca aquilo que você fala também, né? Mas eu não tenho esse sentimento não. Às vezes, se truca, eu vou tentar entender porque trucou e tentar mudar então o meu discurso para tentar convencê-lo. Eu acho que o mais difícil é na morte mesmo.



13) Você se sentiu preparado para lidar com esses momentos?

Preparada para? Não eu não me sinto preparada para, mas faço, mesmo sem estar.

14) Na sua graduação, como foi o seu aprendizado para esse tipo de situação? Alguém lhe ensinou?

Não, não, não tenho. A gente vai sendo obrigado a lidar. (...) o seu superior vai falar para você, agora é sua vez de falar para a família. Então, você fica diante da situação, né? E trabalha com ela. Acho que para nós, lá no inconsciente, fica aquele negócio de ser médico é ser totepotente. Então, é aquela sensação de perda que, às vezes, a gente não sabe lidar, né? Mas, não é só por isso não. É pela compaixão da família de ver a perda mesmo. Eu acho que a gente não é preparado. Eu cada vez que eu perco, eu transfiro isso para a minha vida pessoal, família, filhos, né? Então eu acho que é muito dolorido. Eu acho que na graduação, a gente não tem uma preparação exata para isso, para esse tipo de coisa. E eu também acho que a gente nunca vai estar.

Outro dia, a gente fez um curso de emergência que foi super engraçado. Aí...aquele exame tipo (...) e tem o correspondente na Pediatria que é o PAL (?). E na sala, eu estava participando do treinamento, renovando o meu título, aí a instrutora falou assim: “ah, Ana, você como chefe do PS vai ser a, a aluna a ser treinada aqui para resolver o problema, tá bom? Tá bom”. E eu não sabia, era uma situação sobre morte, né? Eu não sabia. Então, eu fui fazendo...agora você faz isso! Ai...não adiantou. Não adiantou, não adiantou, bom o paciente morreu. De repente, quando ela falou assim: “Ana, faz 40 minutos que você está atendendo esse paciente, não tem mais nada o que fazer”. Você não vai falar para mim que esse paciente morreu (um boneco)? Vou, ele morreu. Aí eu comecei a chorar. Xiii...aí, eu falei: “você não tem noção, você pegou a pior pessoa para lidar com morte”. Aí, os residentes todos choraram. Nossa, que terrível que foi! Mas é porque foi tão inesperado que, é essa sensação que tenho quando acontece isso com o paciente, na verdade, entendeu? Mais, enfim, a gente vai esperando pela vida mesmo, né? Nós não somos formados para não...Niguem, né, Paty? Ninguém, é verdade.

15) Na sua opinião, quais são as maiores dificuldades/ problemas dos pacientes que o procuram este serviço?

Dele chegar até aqui? Ah...na verdade, eu acho que muito poucas dificuldades eles tem, em relação a ser atendido...na Pediatria, qualquer um que chega aqui vai ser atendido. A dificuldade é pessoal, mesmo assim. De repente, é de uma cidade muito longe. Aí, eu fico doida da vida, porque assim, vim...A cidade manda a criança para cá para ser vista numa condução, a gente fornece o médico, fornece atendimento, um especialista e a cidade se restringe a no máximo dar uma condução para eles. Às vezes, eles vem, ficam o dia inteiro. A gente dispensa eles às 5 horas da tarde, eles estão com fome, não tem dinheiro para comer. Eu penso assim, uma cidade que não tem dinheiro para investir em melhores profissionais, em serviços mais completos, pelo menos um lanchinho...um lanchinho...Eu acho que as dificuldades são pessoais mesmo: de condução, de dinheirinho, de comida. Mas assim...conseguiu vencer essa dificuldade, chegar aqui, ele vai ser atendido. É claro, que esse seguimento posterior é difícil porque depende do que paciente está precisando. Mas a gente sempre tenta dar uma resolvidinha em tudo aqui. Se dá, a gente resolve...o que depende da gente.

16) O que é para você Humanização?

Humanização? Mais do que qualquer coisa, para mim, é...é sentar para ouvir, mais do que qualquer coisa. “A gente senta, ó! Ah...tá humanizado porque tem desenho na parede! (aponta para desenho da Mônica pintado na parede), né?”. O avental das pediatras é todo



enfeitadinho, tudo bonitinho, tem uma salinha de recreação, né? Aqui no PS, particularmente, a gente ainda não conseguiu isso de ter um repouso da Pediatria, que tem uma televisão, que tem uns brinquedinhos que somem o tempo todo e a gente tem que renovar...que tem salinha para pintar. (...) não aproveitamos o tempo, por exemplo, para orientar as mães que seria legal. Eu acho que faz parte da humanização. E muitas vezes, não ter o mais simples que é a paciência de sentar e conversar, e ouvir, até mesmo por essa dinâmica que você está vendo, né? Então assim, ao meu modo de ver é isso, é dar atenção, é ler nas entrelinhas, né? Porque, às vezes, eles vem com uma queixa, mas atrás da queixa, na verdade, tem uma estória mais, mais forte. Agora, fora isso, tem o (...), é isso é melhorar o ambiente, deixar gostoso, ventilado, alegre; com profissionais que tenham condições de distrair, de apresentar o momento para educar, para fazer algum programa de, de preconização. Aqui no PS, é duro, porque eles ficam no máximo dois dias internados, né? Mas, assim, eu acho...é, é um momento...a gente até tentou, junto a Reitoria, pedir uma televisão com um vídeo para a gente colocar programinhas educativos para as mães, para as crianças...Não conseguimos ainda, mas eu acho que estamos caminhando para isso. A gente mantém um fraldário, para que as mães pudessem ter acesso a um local para trocar o bebê, que agora já virou restaurante, elas comem ali junto com as fraldas...mas a gente tenta, né? Eu acho que é uma somatória de coisas assim.

(pausa para atender telefone)

17) Como você vê o processo de Humanização aqui no PS?

Na verdade, eu acho que ele está caminhando a, a...passos bem pequenos, mas a gente não está conseguindo caminhar a passos médios, por conta de espaço físico, até por conta de que o Pronto Socorro, tem aquela coisa assim...Apesar de fazer parte de um departamento, o nosso, fazer parte do departamento de Pediatria e aqui ser a porta, na verdade, a porta é meio deixada de lado, entendeu? Então, hoje se você comparar, por exemplo, o espaço onde as crianças da enfermaria ficam internadas, lá é uma outra estrutura: tem psicóloga, tem um instrutor-recreacionista, tem ambiente físico legal, tem maca, tem isolamento acústico com televisão. Eu tenho um é, é...as mães tem lá uns cursinhos de profissionalização. Então assim, aqui vai a passos lentos, mas é porque aqui é visto, entre aspas como escória, né? Lá na porta, deixa lá. Então, a gente tem essa dificuldade do departamento apoiar, essa dificuldade de dinheiro, dificuldade de espaço físico, hoje, a Pediatria atende a pacientes até 14 anos, 15 anos incompletos. É muito complicado, numa enfermaria que tem seis leitos, eu coloco: o bebê de dois meses e o adolescente de 14 anos. Às vezes, a mãe que está do lado é uma mãe de 14 anos, cuidando de um bebê pequenininho. Então, no mesmo espaço físico, isso é muito complicado. A gente tem projetos vários, assim correndo...que dependem de ter verba. Então, vai devagar porque esbarra na falta de apoio e na falta de dinheiro. Mas o que depende de pessoal humano, por exemplo, a gente é muito rigoroso em relação ao tratamento que os alunos dão aos pacientes, aos residentes, a equipe de enfermagem, né? A gente até tem dentro do possível, a Regina está aqui, né, locada no PS como psicóloga. É uma mãozinha para identificar eventuais problemas de relação mesmo enfermagem-paciente, médico-paciente...É, então, está lento, mas está indo.

18) E a humanização para os funcionários?

Não tem nenhuma, na verdade, né? Assim, na verdade, é uma coisa que tem me preocupado mais recentemente, assim, porque aqui é um ambiente muito insalubre. Muito agitado. A gente pega casos graves, a gente pega uma dinâmica pesada, então, assim, as pessoas, você vai vendo que as pessoas vão ficando assim amargas, né? Bem amargas. Então, falta, não tem nada de humanização para o médico, não tem. Mas a gente tem sentido falta disso, de ter um momentinho para sentar, mesmo pappear...A gente teve até uma mudança de



ambiente, você viu? (sala dos médicos foi trocada, para uma em que há janela). Você esteve aqui na semana passada, mudou. Mudou até para deixar o ambiente mais aberto, mas aí você já esbarra na Comissão Hospitalar, porque aquela sala que virou consultório não tem janela para o paciente é péssimo aquilo. Melhorou para o médico aqui, piorou para o paciente lá, né? Então, se correr o bicho pega, se ficar o bicho come. Então, a gente não sabe muito o que fazer. Mas eu me preocupo, eu não sei se, na verdade, é uma doença meio populacional, essa estória toda de medo, de pânico, de depressão, né? Mas assim, a gente vê: a hora que eu cheguei aqui, uma interna, uma aluna, a primeira vez que eu vejo isso acontecer, ela estava com o rosto cheio de lágrima, dizendo que não agüenta pronto socorro. Não agüentou essa dinâmica de agitação e ela falou: “eu não quero mais ficar aqui” e saiu porque ela tinha uma aula. Então, assim, eu acho que humanizar para o profissional é dar tempo para ele sentar, conversar, abrir o que está no coração dele, né? Eu não vou mais dar bola para aluna que não gosta de pronto socorro? Não, é, é uma estrutura diferente da vida dela, ela não gostou dessa agitação, ela precisa ter essa vivência; então, a gente vai ter que sentar e conversar para ver o que é que vira. Porque ela precisa passar, né? Então é ruim. Às vezes, o profissional que está aqui, está amargo. Tem muita amargura. A gente precisa dar um jeito de dar um escape. Mas não tem, nada feito não tem.

19) Eu queria você comentasse uma situação real que houve a falta de humanização, deficiência.

Dá, assim...quer ver? Sexta-feira da semana passada, eu passando pelo corredor e aí, um residente nosso é...conversando com a mãe de um paciente e eu só peguei assim: ela falando...e eu olhei, nessa hora, eu olhei nos olhos dela porque eu estava passando em frente assim, a família perguntando: “o que é que o meu filho tem?”. Ela olhando assim é muito pesado, para mim, isso é, é o mais importante. E ele com um olhar muito frio: “eu não faço a mínima idéia do que o seu filho tem”. Aí só. Então, nisso daí, eu esperei passar a situação e depois eu chamei. Pelo jeito que foi dito, porque, na verdade, muitas vezes, a gente pode não saber o que o paciente tem, mas você tem maneiras e maneiras de dizer, né? Imagine a família angustiada para saber o que é que tem e “eu não faço a mínima idéia!”. Mas, então, tá bom, eu não faço a mínima idéia, mas nós vamos estudar o caso, vamos ver...É diferente de você falar...(pausa para conversar com uma enfermeira).

Então, entendeu? É complicado isso daí, então...isso eu bato muito no pé, na, na cabeça...Presta atenção, ouve, conversa...tem, nossa, hoje em dia a gente faz diagnóstico de distúrbio de comportamento todo santo dia, aqui. Porque as famílias estão muito disfuncionais, então assim...E a hora em que a gente vira paciente é tão diferente, né? Então ouça...eu estou de saco cheio, tive um plantão péssimo, tra lá lá. Sim, mas o paciente entende que naquela hora ele é único. Ele não está pensando se você já trabalhou, se deu quinhentas buchas no dia. Então, para mim, o principal modelo é esse. É um atendimento sem amor.

(...você estava do lado como paciente...)

Como paciente? Não, não tive. Acho que eu tenho um grande problema, não, não é que eu sou uma pessoa muito saudável. E (risos), às vezes, que eu fiquei doente, eu só fiquei doente aqui...todo mundo me conhece. Então, eu sempre fui muito bem tratada. Sempre, eu sempre fui muito bem tratada aqui. Olha, não tenho experiência desse tipo para dar para você. Nem com os meus familiares, porque a minha carinha é muito conhecida, então toda vez que eu precisei é...Eu até...Semana retrasada, eu vim aqui numa consulta com o meu marido e eu estava sentada na sala de espera com todo mundo, esperando lá, quando me identificaram lá no meio, não era nem que ia consultar, era o meu marido: “ah não professora, vem sentar aqui”. Então eu (...) (risos), acho que eu não tenho, minha mãe, meu sogro, todo mundo segue aqui e todo mundo...sempre foram...não...atendimento, maus, não tenho experiência desse tipo para contar para você. Eu teria que por uma máscara, eu teria que por uma máscara para não aparecer...Não, não tive uma dessas. Mesmo porque, às vezes,



que eu precisei foi sempre aqui, sempre conhecido, então se me virão com essa cara de doente, eles me trataram com muito carinho. Então é difícil, acho que não...

20) Quais as suas sugestões para a melhoria do processo de comunicação e humanização no PS?

Acho que a primeira coisa é ser modelo mesmo, né? Ser modelo da comunicação com o paciente.

(pausa para atender telefone)

A primeira coisa é modelo. Não adianta, não adianta. Eu vejo os alunos...Primeira avaliação dos alunos, o primeiro curso, então eles falam: “Ana, não gostei de...às vezes, eles falam de um nome mesmo, não gostei de fulano...

(pausa para falar com outra médica)

Então, eles falam muito, eles tem, eles tem ídolos. Então...é....mas, às vezes, mesmo tendo ídolos bons, eles não conseguem copiar tudo aquilo que o ídolo tem de bom, né? Então, eu acho que o quanto mais a gente conseguir ser humano, conversar, mostrar interesse pelo paciente. Eu acho que é principal maneira de ensinar a, a humanização e mesmo a comunicação. Por exemplo, quando a gente checa aqui, a coisa é muito próxima. Cada caso que eu checo com o aluno, a gente vai na sala rever exame físico, rever história e tal. E ali a gente vai ver de que forma o aluno se portou...se ele não se portou de maneira adequada, a gente corrige, né? Se se portou, a gente enfatiza e dá reforço positivo, né? Fulano foi legal porque fez isso, isso, isso. Acho que é a melhor maneira, ensinar a comunicar, ensinar a humanizar, é você mostrar como é que é mesmo. É fazer da melhor maneira possível! Outra proposta, eu não sei falar para você.

21) Qual o seu grau de satisfação na realização de suas tarefas e atribuições aqui no hospital?

Ah...o meu grau de satisfação é grande. Eu gosto para caramba, assim, na verdade, do que eu faço aqui. A única coisa que tem é isso que por conta de eu ter muita responsabilidade. Porque é assim, eu sou responsável pelo quinto ano de medicina, quem faz a supervisão, o curso de Pediatria sou eu que organizo, aí a gente tem essa divisão terceiro, quarto, quinto e sexto anistas, residentes, chefia do Pronto Socorro. É...a gente é filiado também a UTI, faz curso de emergência com os alunos. Então, assim, por termos muita responsabilidade é cansativo. Tem dia que eu falo assim que o meu encéfalo está parecendo uma uva passa, sugaram tudo. Mas, mas eu sou super satisfeita. Na verdade, eu tive uma outra vida lá fora, tive um consultório bem sucedido, uma vida financeira melhor, mas...eu não me satisfazia. Aqui eu estou feliz, estou cansada, mas eu estou feliz.

Aqui, aqui eu sou chefe do Pronto Socorro, sou responsável pelo quinto ano que é outra coisa. Mas aqui no Pronto Socorro, eu sou chefe. Então assim, é...na verdade, é uma chefe nomeada, não é ainda chefe ganhada. (risos) Só nomeada, só serve para carregar bucha. Mas tudo bem, a minha satisfação é grande.

22) Para encerrar, quais são suas expectativas profissionais?

Minhas expectativas profissionais? Ai, Paty, eu preciso...defender o meu doutorado, muito, muito. Porque é assim, como eu estou com muita carga prática, tá faltando tempo para eu tocar a minha vida teórica. Então, assim, a minha expectativa é melhorar a parte científica mesmo, né? Defender meu doutorado, publicar mais assim...só que eu preciso de janelas para fazer isso. Porque assim, quando eu estou aqui, por exemplo: vamos dizer que eu não tivesse nenhum paciente aqui, eu não consigo sentar por aqui e pensar num trabalho científico, ficar



quieta no ambiente. Eu fico caçando coisa para fazer, então teria que ser um ambiente que não fosse aqui, que também não fosse com aluno, que saiba que aquele momento é para fazer pesquisa, né? Então, a minha expectativa é isso aí: melhorar a minha graduação para eu poder dar para os alunos mais, né? De conhecimento e de...para os pacientes também, de resolutividade, acho.

23) Você gostaria de comentar alguma coisa sobre a entrevista?

Gostei, gostei de conversar. Você tem uma carinha boa. (risos)

Achei legal. É que nem está escrito aqui, apesar de não estar mostrando, em principio, nenhum benefício para o paciente, mais ou menos, né? Porque dependendo do resultado que vocês forem trazer, o benefício pode ser indireto. A hora que você tem o trabalho publicado, a hora que você tem uma noção de tudo o que você falou, a gente usa como, como...como eu vou explicar isso para você, como um critério para você dizer para o aluno, para o residente, para o médico, é assim que você tem que mudar, ó!

O “plus” para mim é modelo. Porque você pode tá humanizado lá na Rocinha e não estar humanizado aqui. Você entende o que eu quero dizer? Você pode ter um espaço lindo e maravilhoso, chão de porcelanato, mas o tête-à-tête com as pessoas é frio. Para mim, não tem graça, acho que é o tchans!



ANEXO V

Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (retirado da cartilha de mesmo nome, Ministério da Saúde, 2004)

Emergência

A área de Emergência, nesta lógica, deve ser pensada também por nível de complexidade, desta forma otimizando recursos tecnológicos e força de trabalho das equipes, atendendo ao usuário segundo sua necessidade específica.

Área Vermelha – área devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas. Após a estabilização estes pacientes serão encaminhados para as seguintes áreas:

Área Amarela – área destinada à assistência de pacientes críticos e semicríticos já com terapêutica de estabilização iniciada.

Área Verde – área destinada a pacientes não críticos, em observação ou internados aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda.

Pronto Atendimento

Área Azul – área destinada ao atendimento de consultas de baixa e média complexidade.

- Área de acolhimento com fluxo obrigatório na chegada.
- Área física que favoreça a visão dos que esperam por atendimentos de baixa complexidade, seguindo-se os conceitos de ambiência.
- Consultório de enfermagem, classificação de risco e procedimentos iniciais com os seguintes materiais para o atendimento às eventuais urgências:
 - Monitor e eletrocardiógrafo
 - Oxímetro de pulso
 - Glucosímetro
 - Ambu Adulto e Infantil
 - Material de Intubação Adulto e Infantil
 - Material de punção venosa
 - Drogas e soluções de emergência
 - Prancha longa e colar cervical
- Consultórios médicos
- Serviço Social
- Sala de administração de medicamentos e inaloterapia
- Consultórios para avaliação de especialidades

Processo de Acolhimento e Classificação de Risco:

O usuário ao procurar o Pronto Atendimento deverá direcionar-se à Central de Acolhimento que terá como objetivos:

- Direcionar e organizar o fluxo por meio da identificação das diversas demandas do usuário;
- Determinar as áreas de atendimento em nível primário (ortopedia, suturas, consultas);
- Acolher pacientes e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera;
- Avaliação primária, baseada no protocolo de situação queixa, encaminhando os casos que necessitam para a Classificação de Risco pelo enfermeiro.

Importante destacar que esta avaliação pode se dar por explicitação dos Usuários ou pela observação de quem acolhe, sendo necessária capacitação específica para este fim, não se entende aqui processo de triagem, pois não se produz conduta e sim direcionamento à Classificação de Risco.

A Central de Acolhimento tem sua demanda atendida imediatamente sem precisar esperar consulta médica (procura por exames, consultas ambulatoriais, etc.), evitando atendimento médico de forma desnecessária.

Após o atendimento inicial, o paciente é encaminhado para o consultório de enfermagem onde a classificação de risco é feita baseada nos seguintes dados:



- Situação/Queixa/ Duração (QPD)
- Breve histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas)
- Uso de medicações
- Verificação de sinais vitais
- Exame físico sumário buscando sinais objetivos
- Verificação da glicemia, eletrocardiograma se necessário.

A classificação de risco se dará nos seguintes níveis:

Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato.

Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível.

Verdes: prioridade 2 – prioridade não urgente.

Azuis: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.

Obs.: a identificação das prioridades pode ser feita mediante adesivo colorido colado no canto superior direito do Boletim de Emergência.

Um Exemplo de Protocolo para Classificação de Risco: (Protocolo, 2001)

Vermelhos: pacientes que deverão ser encaminhados diretamente à Sala Vermelha (emergência) devido à necessidade de atendimento imediato:

Situação/Queixa

- Politraumatizado grave – Lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas; ECG < 12.
- Queimaduras com mais de 25% de área de superfície corporal queimada ou com problemas respiratórios.
- Trauma Cranioencefálico grave – ECG < 12.
- Estado mental alterado ou em coma ECG < 12; história de uso de drogas.
- Comprometimentos da coluna vertebral.
- Desconforto respiratório grave.
- Dor no peito associada à falta de ar e cianose (dor em aperto, facada, agulhada com irradiação para um ou ambos os membros superiores, ombro, região cervical e mandíbula, de início súbito, de forte intensidade acompanhada de sudorese, náuseas e vômitos ou queimação epigástrica, acompanhada de perda de consciência, com história anterior de IAM, angina, embolia pulmonar, aneurisma ou diabetes; qualquer dor torácica com duração superior a 30 minutos, sem melhora com repouso).
- Perfurações no peito, abdome e cabeça.
- Crises convulsivas (inclusive pós-crise).
- Intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio com Glasgow abaixo de 12.
- Anafilaxia ou reações alérgicas associadas à insuficiência respiratória.
- Tentativas de suicídio.
- Complicações de diabetes (hipo ou hiperglicemia).
- Parada cardiorrespiratória.
- Alterações de sinais vitais em paciente sintomático:
 - Pulso > 140 ou < 45
 - PA diastólica < 130 mmHg
 - PA sistólica < 80 mmHg
 - FR > 34 ou < 10
- Hemorragias não controláveis.
- Infecções graves – febre, exantema petequial ou púrpura, alteração do nível de consciência.

Há muitas condições e sinais perigosos de alerta, chamadas Bandeiras Vermelhas, que deverão ser levados em consideração, pois podem representar condições em que o paciente poderá piorar repentinamente:

- Acidentes com veículos motorizados acima de 35 Km/h.
- Forças de desaceleração tais como quedas ou em explosões.
- Perda de consciência, mesmo que momentânea, após acidente.



- Negação violenta das óbvias injúrias graves com pensamentos de fugas e alterações de discurso e, ocasionalmente, com respostas inapropriadas.
- Fraturas da 1.ª e 2.ª costela.
- Fraturas 9.ª, 10.ª, 11.ª costela ou mais de três costelas.
- Possível aspiração.
- Possível contusão pulmonar.
- Óbitos no local da ocorrência.

Amarelos: Pacientes que necessitam de atendimento médico e de enfermagem o mais rápido possível, porém não correm riscos imediatos de vida. Deverão ser encaminhados diretamente à sala de consulta de enfermagem para classificação de risco.

Situação/Queixa:

- Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15; sem alterações de sinais vitais.
- Cefaléia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos, paraestésias, alterações do campo visual, dislalia, afasia.
- Trauma cranioencefálico leve (ECG entre 13 e 15).
- Diminuição do nível de consciência.
- Alteração aguda de comportamento – agitação, letargia ou confusão mental.
- História de Convulsão /pós-ictal– convulsão nas últimas 24 horas.
- Dor torácica intensa.
- Antecedentes com problemas respiratórios, cardiovasculares e metabólicos (diabetes).
- Crise asmática.
- Diabético apresentando sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquipnéia, taquicardia.
- Desmaios.
- Estados de pânico, overdose.
- Alterações de sinais vitais em paciente sintomático:
 - a. FC < 50 ou > 140
 - b. PA sistólica < 90 ou > 240
 - c. PA diastólica > 130
 - d. T < 35 ou 40
- História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia com PA sistólica, 100 ou FC > 120.
- Epistaxe com alteração de sinais vitais.
- Dor abdominal intensa com náuseas e vômitos, sudorese, com alteração de sinais vitais (taquicardia ou bradicardia, hipertensão ou hipotensão, febre).
- Sangramento vaginal com dor abdominal e alteração de sinais vitais; gravidez confirmada ou suspeita.
- Náuseas/Vômitos e diarreia persistente com sinais de desidratação grave – letargia, mucosas ressecadas, turgor pastoso, alteração de sinais vitais.
- Desmaios.
- Febre alta (39/40°C).
- Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neurovascular ou dor intensa.
- Intoxicação exógena sem alteração de sinais vitais, Glasgow de 15.
- Vítimas de abuso sexual.
- Imunodeprimidos com febre.

Verdes: Pacientes em condições agudas (urgência relativa) ou não agudas atendidos com prioridade sobre consultas simples – espera até 30 minutos.

- Idade superior a 60 anos.
- Gestantes com complicações da gravidez.
- Pacientes escoltados.
- Pacientes doadores de sangue.
- Deficientes físicos.
- Retornos com período inferior a 24 horas devido a não melhora do quadro.
- Impossibilidade de deambulação.
- Asma fora de crise.



- Enxaqueca – pacientes com diagnóstico anterior de enxaqueca.
- Dor de ouvido moderada à grave.
- Dor abdominal sem alteração de sinais vitais.
- Sangramento vaginal sem dor abdominal ou com dor abdominal leve.
- Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação.
- História de convulsão sem alteração de consciência.
- Lombalgia intensa.
- Abscessos.
- Distúrbios neurovegetativos.
- Intercorrências ortopédicas.

Obs.: Pacientes com ferimentos deverão ser encaminhados diretamente para a sala de sutura.

Azuis: Demais condições não enquadradas nas situações/queixas acima.

- Queixas crônicas sem alterações agudas.
- Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados

médicos

Após a consulta médica e a medicação o paciente é liberado.

Exemplo de Roteiros de Avaliação para Classificação de Risco

Situação / Queixa: O paciente queixa-se de:

- cefaléia
- tontura / fraqueza
- problemas de coordenação motora
- trauma cranioencefálico leve / moderado
- diminuição no nível de consciência / desmaios
- distúrbios visuais (diplopia, dislalia, escotomas, hianopsia)
- confusão mental
- convulsão
- paraestésias e paralisias de parte do corpo

História passada de:

- Pressão arterial alta
- Acidente vascular cerebral
- Convulsões
- Trauma cranioencefálico
- Trauma raquimedular
- Meningite
- Encefalite
- Alcoolismo
- Drogas

Medicamentos em uso

O paciente deverá ser avaliado em relação:

- Nível de consciência
 - Consciente e orientado
 - Consciente desorientado
 - Confusão mental
 - Inquieto
- Discurso
 - Claro
 - Incoerente e desconexo
 - Deturpado
 - Dificuldade de falar
- Responsivo ao nome, sacudir, estímulos dolorosos apropriados ou desapropriados

- Pupilas:
 - Fotorreagentes
 - Isocórica, anisocórica, miose, midríase, ptose palpebral
 - Movimento ocular para cima e para baixo/esquerda e direita.
- Habilidade em movimentar membros superiores e membros inferiores
- Força muscular
- Paraestésias / plegias / paresias
- Dificuldade de engolir, desvio de rima
- Tremores
- Convulsões

Verificação dos Sinais Vitais: PA, Pulso Respiração e Temperatura.

Avaliação cardiorespiratória

Situação/Queixa: pacientes com queixas de:

- tosse produtiva ou não
- dificuldades de respirar/cianose
- resfriado recente
- dor torácica intensa (ver mnemônico de avaliação)
- fadiga
- edema de extremidades
- taquicardia
- síncope

História passada de:

- Asma/bronquite
- Alergias
- Enfisema
- Tuberculose
- Trauma de tórax
- Problemas cardíacos
- Antecedentes com problemas cardíacos
- Tabagismo

Mnemônico para avaliação da dor torácica: PQRST

P – O que provocou a dor? O que piora ou melhora?

Q – Qual a qualidade da dor? Faça com que o paciente descreva a dor, isto é, em pontada, contínua, ao respirar, etc.

R – A dor tem aspectos de radiação? Onde a dor está localizada?

S – Até que ponto a dor é severa? Faça com que o paciente classifique a dor numa escala de 1 a 10.

T – Por quanto tempo o paciente está sentindo a dor? O que foi tomado para diminuir a dor?

Associar história médica passada de: doença cardíaca ou pulmonar anterior, hipertensão, diabetes e medicamentos atuais

Sinais vitais: Verifique PA e P. Observe hipotensão, hipertensão, pulso irregular, ritmo respiratório, cianose, perfusão periférica.

Procedimentos diagnósticos: Monitorização Cardíaca e Eletrocardiograma, Oximetria.

Encaminhamento para Área Vermelha:

- dor torácica ou abdome superior acompanhada de náuseas, sudorese, palidez.
- dor torácica com alteração hemodinâmica.
- dor torácica e PA sistólica superior ou igual 180, PAD igual ou superior a 120.
- pulso arritmico ou FC superior a 120 bpm
- taquidispnéia, cianose, cornagem, estridor (ruídos respiratórios).
- FR menor que 10 ou superior a 22.

Avaliação da dor abdominal aguda

A dor abdominal aguda é uma queixa comum, caracterizando-se como sintoma de uma série de doenças e disfunções.

Obtenha a descrição da dor no que se refere a:

- Localização precisa
- Aparecimento
- Duração
- Qualidade
- Severidade
- Manobras provocativas ou paliativas
- Sintomas associados: febre, vômitos, diarreia, disúria, secreção vaginal, sangramento.

Em mulheres em idade fértil, considerar a história menstrual e tipo de anticoncepção.

Relacione a dor com:

- Ingestão de medicamentos (particularmente antiinflamatórios e aspirina)
- Náuseas e vômitos
- Ingestão de alimentos (colecistite, úlcera)
- Sangramentos
- Disúria/ urgência urinária/ urina turva/ hematúria/ sensibilidade supra púbica

Observe:

- Palidez, cianose, icterícia ou sinais de choque
- Posição do paciente (exemplo: na cólica renal o paciente se contorce)
- Distensão, movimento da parede abdominal, presença de ascites
- Apalpe levemente atentando para resistências, massas, flacidez e cicatrizes

Sinais vitais: observe hiperventilação ou taquicardia, pressão arterial, temperatura

Procedimentos diagnósticos:

Análise de urina

Eletrocardiograma (pacientes com história de riscos cardíacos).

Encaminhamentos para área Vermelha:

- Dor mais alteração hemodinâmica
- PAS menor que 90 ou maior que 180 /
- FC maior que 120 e menor que 50 / PAS \geq 180
- Dor mais dispnéia intensa
- Dispnéia intensa
- Vômitos incoercíveis, hemetêmese

Avaliação da Saúde Mental

Uma avaliação rápida da saúde mental consiste na avaliação dos seguintes aspectos:

- Aparência, comportamento, discurso, pensamento, conteúdo e fluxo, humor, percepção, capacidade cognitiva e história de dependência química

Aparência:

- arrumada ou suja
- desleixado, desarrumado
- roupas apropriadas ou não
- movimentos extraoculares

Comportamento:

- estranho
- ameaçador ou violento
- fazendo caretas ou tremores
- dificuldades para deambular
- agitação



Pensamentos:

Conteúdo

- suicida
- ilusional
- preocupação com o corpo
- preocupação religiosa

Fluxo

- aleatório, ao acaso
- lógico
- tangencial

Discurso:

- velocidade, tom e quantidade

Humor:

- triste, alto, bravo, com medo e sofrendo

Capacidade cognitiva:

orientado, memória, função intelectual, *insight* ou julgamento.