

UNESP – UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FAAC- Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação
DCSO – Departamento de Comunicação Social
Curso de Jornalismo

Jéssica Sumie Sumida

**A HIERARQUIA E A DISCREPÂNCIA NAS RELAÇÕES ENTRE
PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO CONTEXTO HOSPITALAR BRASILEIRO**

**Bauru
2015**

Jéssica Sumie Sumida

**A HIERARQUIA E A DISCREPÂNCIA NAS RELAÇÕES ENTRE
PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO CONTEXTO HOSPITALAR BRASILEIRO**

Memorial de Projeto Experimental apresentado em cumprimento parcial às exigências do Curso de Jornalismo da Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação, do Departamento de Comunicação Social, da Unesp – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Bacharel em Comunicação Social – Jornalismo. Orientadora do Projeto Experimental: Prof^ª. Dra. Érika de Moraes

**Bauru
2015**

Jéssica Sumie Sumida

**A HIERARQUIA E A DISCREPÂNCIA NAS RELAÇÕES ENTRE
PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO CONTEXTO HOSPITALAR BRASILEIRO**

**Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em ____/____/____ para
obtenção do título de bacharel em Comunicação Social com habilitação
em Jornalismo.**

Banca Examinadora:

Cláudio Bertolli Filho

Érika de Moraes

Maximiliano Martin Vicente

AGRADECIMENTOS

Aos meus familiares,
que em toda a minha trajetória na faculdade e na vida foram meu alicerce.

Ao meu namorado Renato,
que soube ser paciente comigo nos momentos mais estressantes e soube me levantar nos períodos de quedas e de desânimo.

À minha orientadora professora doutora Érika,
que prestou toda a sua paciência e dedicação, que me apoiou em todas as minhas escolhas.

A secretária da FAMESP Rosilene,
por intermediar todos os processos para que a minha entrada no hospital fosse permitida.

Aos entrevistados Deborah, Daniella, Natalia e João,
que foram muito solícitos ao me deixarem acompanhar de perto suas rotinas.

A todos os meus amigos,
que torceram e torcem por mim, mesmo aqueles mais distantes, mas que sempre estão me apoiando em quaisquer situações.

Agradeço a Deus,
por me dar saúde e disposição para que todo esse trabalho pudesse se concretizar da melhor forma possível.

DEDICATÓRIA

Aos meus familiares,
amigos e a todos os
profissionais da
área da saúde.

RESUMO

Esta pesquisa tem o intuito de levantar a discussão sobre a existência de uma discriminação entre profissionais da área da saúde no contexto hospitalar brasileiro, bem como apontar uma valorização de profissionais médicos, alimentada pela sociedade e pela própria estrutura hospitalar, em detrimento de profissionais não médicos. Para isso, partimos da hipótese de que os profissionais da saúde não médicos podem, eventualmente, ser menos reconhecidos pela sociedade em relação aos médicos. A partir dessa análise, pretendemos entender de que forma essas relações podem contribuir para explicar o atual contexto da saúde brasileira.

Palavras-chave: saúde, médicos, não médicos, relações, sociedade

ABSTRACT

This research aims to propose the discussion about the existence of discrimination between professionals between health professionals in the Brazilian hospital, and to identify a appreciation of the medical professionals, powered by society and by the hospital structure in detriment of non-medical professionals. For this, we will begin from the hypothesis that non-medical health professionals may eventually be less recognized by society than the doctors. From this analysis, we aim to understand how these conflicting relationships can help to explain the current context of the Brazilian health.

Key words: health, medical professionals, non-medical professionals, relationships, society

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Relações de trabalho.....	10
1.2 Justificativa.....	11
1.3 Prospota.....	12
1.4 Objetivos.....	13
1.4.1 Objetivo geral.....	13
1.4.2 Objetivos específicos.....	13
2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	14
2.1 Escolha do gênero.....	14
2.1.1 Reportagem de perfil.....	14
2.2 Formato.....	15
2.3 Conceitos relacionados ao tema.....	16
2.3.1 Divisão e especialização do trabalho.....	16
2.3.2 Os conflitos e o poder.....	19
2.3.3 Os médicos e os não médicos.....	20
2.4 Técnicas jornalísticas empregadas.....	23
3 PROJETO DO PRODUTO JORNALÍSTICO.....	25
3.1 Escolha do tema e do produto.....	25
3.2 Projeto editorial.....	25
3.2.1 A linguagem.....	26
3.2.2 O público-alvo.....	26
3.2.3 Viabilidade do mercado.....	27
3.2.4 Circulação e lançamento.....	27
3.2.5 Custos.....	28
4 O LIVRO-REPORTAGEM.....	29
4.1 O processo de produção.....	29
4.1.1 Definição das entrevistas e acompanhamento.....	29
4.1.2 Busca e escolha das fontes.....	30
4.1.3 Redação das matérias.....	32

4.1.4 Uso de imagens.....	33
4.2 Técnicas empregadas.....	33
4.3 Produto final.....	34
4.3.1 Projeto gráfico.....	34
4.3.2 Especificações técnicas.....	35
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
ANEXOS.....	41

1 INTRODUÇÃO

1.1 Relações de trabalho

As sociedades contemporâneas são baseadas em uma estrutura de divisão e especialização do trabalho. Cada indivíduo desempenha uma função para atender às necessidades de uma comunidade. No entanto, essa estrutura, muitas vezes, na prática, pode ser ineficiente, já que interesses pessoais podem influenciar no funcionamento dessa organização, afetando não só toda a estrutura funcional, mas também a inter-relação de profissionais.

A partir da Revolução Industrial, um novo panorama se configurou no mundo trabalhista. As máquinas substituíram a mão de obra fabril, as pessoas foram obrigadas a migrar para o setor de serviços e se conceituou a relação entre empregador e empregado. Em 1919, criou-se a Organização Internacional do Trabalho (OIT), por meio do Tratado de Versalhes, que instaurou normas e direitos trabalhistas, tais como a redução da jornada de trabalho para oito horas por dia. Foi nesse contexto que uma nova visão sobre o trabalho surgiu. Ele deixou de ser apenas um mecanismo de sustento e passou a significar também uma maneira de se relacionar socialmente em determinada comunidade.

Por outro lado, a divisão do trabalho estabelecida em uma sociedade representa uma relação de poder, em menor ou maior grau. Para Max Webber (1999, p.33), “O poder significa toda probabilidade de impor a própria vontade numa relação social, mesmo contra resistências, seja qual for o fundamento dessa probabilidade”. Segundo ele, o poder está associado ao conceito de dominação e não há possibilidade de qualquer administração se dissociar deste elemento.

Essa mesma dinâmica pode ser notada, de forma mais evidenciada, no contexto hospitalar, sobretudo pela “áurea” e pelo poder simbólico que tanto a sociedade quanto a própria estrutura hospitalar depositam no profissional médico. Conseqüentemente, surge a construção de uma relação conflituosa entre profissionais médicos e profissionais não médicos.

1.2 Justificativa

A partir desses apontamentos, podemos ressaltar uma discrepância existente entre as categorias profissionais da saúde que, somadas à hierarquização, podem servir de base para explicar o cenário atual da saúde brasileira. Para isso, levantamos nesta pesquisa alguns apontamentos que ajudam a entender como se dá esse processo de diferenciação entre as categorias profissionais, na perspectiva dos próprios profissionais, e de que forma essa diferenciação pode confirmar uma supervalorização de médicos em detrimento de profissionais não médicos.

Todos esses apontamentos e análises são reunidos em um livro-reportagem de perfil, baseando-se nas rotinas de alguns profissionais da saúde, para que o tema possa ser explanado de maneira mais profunda, sem deixar de evidenciar o lado humano por trás dos profissionais envolvidos.

A investigação das relações estabelecidas entre profissionais da saúde permite levantar a discussão de como essa discriminação pode afetar o mundo do trabalho, como também afetar na qualidade dos serviços desses profissionais e, conseqüentemente, na vida da população por eles atendida.

Um dos elementos que contribuem para construir as relações conflituosas entre os profissionais da saúde é a glamourização que permeia a figura do médico. Segundo Itala Maria Bazzarelli Pereira Silva (2006), tanto as novelas brasileiras quanto os seriados da tevê paga contribuem para construir essa imagem de glamour. Isso porque, em ambos, a figura do médico é sempre retratada por pessoas belas, bem-sucedidas e que podem tudo. A autora também aponta que, mesmo com toda a precariedade do sistema de saúde brasileira, a figura do médico ainda é vista com certo encantamento, superando o prestígio de todos os outros profissionais ligados à saúde.

Dessa forma, as desigualdades podem ser resultado tanto das próprias atitudes dos profissionais, como também da relevância que a sociedade confere a essas profissões. Em vista disso, é de suma importância a compreensão inter-relacional dessas categorias, pois com ela podemos compreender o contexto hospitalar atualmente, e, posteriormente, levantar soluções para uma melhoria na qualidade da saúde pública brasileira. Assim, partimos da inter-relação de determinadas profissões que compõem essa categoria. São elas: a medicina, a enfermagem, a fisioterapia e a nutrição.

Para contemplar toda a discussão, esta pesquisa propõe como produto final um livro-reportagem de perfil, visto que esse gênero jornalístico permite um melhor aprofundamento e, conseqüentemente uma melhor análise dos acontecimentos previstos, características essas quase inexistentes em outros gêneros.

A função (do livro-reportagem) aparente de informar e orientar em profundidade sobre ocorrências sociais, episódios factuais, acontecimentos duradouros, situações, ideias, e figuras humanas, de modo que ofereça ao leitor um quadro de contemporaneidade capaz de situá-lo diante de suas múltiplas realidades, de lhe mostrar o sentido, o significado do mundo contemporâneo. Esta função aparente, ou declarada, pode se manifestar em diferentes níveis e em dois sentidos. De tal modo que a profundidade poder se dar horizontalmente – sentido extensivo –, verticalmente – sentido intensivo – ou numa mescla de ambos. (LIMA, 1995, p. 37)

Além da profundidade que permeia a discussão da discrepância entre os profissionais da saúde, o livro-reportagem de perfil também ajudará a entender melhor como essas relações conflituosas surgem nas rotinas desses profissionais, uma vez que ele evidencia o lado humano.

Trata-se da obra que procura evidenciar o lado humano de uma personalidade pública ou de um personagem anônima que, por algum motivo, torna-se de interesse. No primeiro caso, trata-se geralmente de uma figura olimpiana. No segundo, a pessoa geralmente representa, por suas características e circunstâncias de vida, um determinado grupo social, passando como que a personificar a realidade do grupo em questão. (LIMA, 1995, p. 45)

1.3 Proposta

Tendo em vista todo o contexto entre as relações e a divisão do trabalho no cenário hospitalar, esta pesquisa tem como objeto de estudo a hierarquização e a valorização entre categorias profissionais da saúde no Brasil, analisadas a partir das vivências e percepções de uma médica, uma enfermeira, uma nutricionista e um fisioterapeuta, resultando, como produto final, um livro-reportagem de perfil.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo geral

Fazer uma reflexão sobre a possível desigualdade estabelecida entre profissionais da área da saúde a partir de relatos e vivências retratados em um livro-reportagem de perfil.

1.4.2 Objetivos específicos

- Entender como as relações entre profissionais da saúde são construídas no contexto hospitalar.

- Buscar compreender, por meio das rotinas dos profissionais, a construção de uma possível interação conflituosa entre essas categorias profissionais da saúde.

- Traçar um perfil de cada profissional e reunir em um livro-reportagem que possa relatar de que modo fatores internos (pessoais) e externos (ambiente) contribuem para alimentar a hierarquização e o distanciamento entre os profissionais da saúde analisados.

- Analisar de que forma as relações conflituosas construídas entre os profissionais envolvidos podem contribuir para explicar o atual contexto na saúde brasileira.

2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1 Escolha do gênero

Diante da proposta desta pesquisa, o gênero jornalístico escolhido foi a reportagem, por tratar-se de uma narrativa que permite certo aprofundamento dos fatos e uma análise mais apurada da realidade. Algo que não ocorreria em notícias, já que essas visam apresentar exclusivamente os acontecimentos factuais de maneira imediata.

Para Muniz Sodré e Maria Helena Ferrari (1986), a reportagem pode ser construída a partir de personagens, descrições de ambientes e ação dramática. Em contrapartida, ela se diferencia da literatura ficcional por apresentar fatos reais e pelo compromisso que o jornalista deve ter com a objetividade, além de que deve ser verossímil.

2.1.1 Reportagem de perfil

Dentro da categoria reportagem, há subdivisões que denominam suas tipologias. O subgênero perfil tem como principal característica focar em seus personagens, cujas histórias de vida, geralmente, serão destacadas.

Filão mais rico das matérias chamadas humanas, o perfil dá a repórter a chance de fazer um texto mais trabalhado – seja sobre um personagem, um prédio ou uma cidade. Para isso, é necessário que ele se municie previamente sobre o tema de que vai tratar: para ir fundo na vida de uma pessoa ou de um lugar, é preciso, antes de mais nada, conhecê-lo bem. (KOTSCHO, 2005, p.42)

A grande dificuldade da reportagem de perfil é ganhar a confiança do entrevistado, de modo que ele se sinta à vontade para estabelecer um diálogo com o jornalista. É a partir desse contato e do desenrolar da entrevista que o perfil será bem-sucedido ou não. Segundo Kotscho (2005), o tempo que se leva para acompanhar os personagens não necessariamente garantirá um excelente resultado.

Assim, como um dos objetivos desta pesquisa é captar as percepções dos profissionais diante de uma possível supervalorização dos médicos em

relação aos não médicos, o gênero escolhido foi a reportagem de perfil por ser o mais indicado, não só por elucidar uma reflexão mais aprofundada, como também centralizar a discussão, os desejos e as trajetórias profissionais de cada personagem.

2.2 Formato

O primeiro livro-reportagem foi publicado no Brasil em 1970. De acordo com Rildo Cosson, esse formato “pretendia recobrir apenas um conjunto de obras baseadas em episódios reais vazados em uma narrativa que adotava contornos ficcionais” (COSSON, 2002, p. 60). Assim, o livro-reportagem passou a ser visto também como uma narrativa peculiar, que mescla elementos do jornalismo, tais como a objetividade e a apresentação de histórias reais, e da literatura, uma vez que a maneira como essas narrativas são conduzidas foge daquele padrão convencional do lead apresentado no jornalismo diário.

Contudo, da mesma forma que a reportagem tem suas características peculiares que permitem diferenciá-la da notícia, da crônica, entre outros gêneros, o livro-reportagem também apresenta elementos específicos em relação a outros tipos de livro. Segundo Edvaldo Pereira Lima, são três condições que o tornam distinto:

Quanto ao conteúdo, o objeto de abordagem de que trata o livro-reportagem corresponde ao real, ao factual. A veracidade e a verossimilhança são fundamentais [...]. Quanto ao tratamento, compreendendo a linguagem, a montagem e a edição do texto, o livro-reportagem apresenta-se como eminentemente jornalístico [...]. O livro-reportagem obedece, em linhas gerais, às particularidades específicas à linguagem jornalística [...], mas naturalmente oferece maior maleabilidade de tratamento [...]. Quanto à função, o livro-reportagem pode servir a distintas finalidades típicas ao jornalismo, que se desdobram desde o objetivo fundamental de informar, orientar, explicar. (LIMA, 1995, p. 29)

Assim, com o objetivo de trazer à tona uma visão mais analítica sobre o contexto hospitalar, esta pesquisa propõe como produto final um livro-reportagem de perfil, cujo nome é “Vidas que cuidam: a dedicação de

profissionais para salvar o próximo”. O intuito é não só destacar os profissionais envolvidos, mas também trazer as percepções das rotinas e das vivências desses trabalhadores e, assim, justificar a forma como eles abordam a supervalorização dos profissionais médicos em relação aos não médicos e de que maneira eles mesmos enxergam essa supervalorização em suas rotinas. Acredita-se que esse formato seria o mais indicado para tal pesquisa por dar maior liberdade em relação à linguagem e por permitir a descrição das rotinas acompanhadas em um grau maior de detalhes, algo que não ocorreria no impresso ou em uma revista, como bem lembra Lima (1995, p.29), “[...] o livro-reportagem é o veículo de comunicação impressa não-periódico que apresenta reportagens em grau de amplitude superior ao tratamento costumeiro nos meios de comunicação jornalística periódicos”.

2.3 Conceitos relacionados ao tema

2.3.1 Divisão e especialização do trabalho

A divisão do trabalho foi impulsionada a partir da revolução industrial e, a partir de então, passou a se desenvolver progressivamente. O aumento do número de trabalhadores, o surgimento das máquinas e a diferença, defendida por Marx (1979), entre o trabalho material e intelectual, foram elementos essenciais para criar a condição da necessidade de uma divisão do trabalho.

Émile Durkheim foi um dos teóricos que abordou essa questão a fundo. Para ele, as sociedades contemporâneas funcionam como organismos, em que cada um representa um órgão e, conseqüentemente, tem sua função. Essa fragmentação corresponderia à divisão do trabalho. Assim, da mesma forma que cada órgão tem sua importância para o funcionamento do organismo, a divisão do trabalho também é fundamental para sustentar a sociedade. Portanto, Durkheim (1999, p.14) vai defender a essencialidade da divisão do trabalho como forma de maximizar os processos econômicos. “Por aumentar ao mesmo tempo a força produtiva e a habilidade do trabalhador, ela é condição necessária do desenvolvimento intelectual e material das sociedades; é a fonte da civilização”.

Entretanto, ainda segundo Durkheim, a participação no rendimento econômico que a divisão social do trabalho vai apresentar não é umas de suas funções principais. Para ele, o papel fundamental dessa divisão é estabelecer uma ordem social.

Somos levados, assim, a considerar a divisão do trabalho sob um novo aspecto. Nesse caso, de fato, os serviços econômicos que ela pode prestar são pouca coisa em comparação com o efeito moral que ela produz, e sua verdadeira função é criar entre duas ou várias pessoas um sentimento de solidariedade. (DURKHEIM, 1999, p.21)

Comte também vai apresentar aspectos positivos em relação à divisão social do trabalho. Segundo ele, tanto a especialização quanto a hierarquia social vão ser essenciais para estabelecer a ordem na sociedade.

Sem a separação dos ofícios, não existiria, entre as diversas famílias, uma verdadeira associação, mas uma simples aglomeração, mesmo quando prevaleceu a vida sedentária. Eis aí o que distingue essencialmente a ordem política, fundada na cooperação da ordem puramente doméstica, tendo por base a simpatia. (COMTE, 1989, p.121)

Em contrapartida, Karl Marx apontará aspectos negativos para a divisão social do trabalho, ao dizer que ela causará uma alienação nos trabalhadores, além de ocasionar um confronto social entre eles, justamente por estabelecer uma hierarquização na sociedade. Para Marx (1988, p.57) tanto a força produtiva, quanto o estado social e a consciência entrarão em conflito, já que as atividades intelectual e material, a partir da divisão do trabalho, serão motivo de disputa entre os indivíduos. Assim, a única maneira de evitar esses conflitos sociais, conforme Karl Marx, seria extinguir a divisão do trabalho, já que a distribuição em questão não é apenas o serviço, mas também a maneira desigual de repartir a produção resultante do trabalho (salário).

Essa discussão permeia a tese, por ser uma possível justificativa da origem conflitante entre médicos e não médicos. A partir das rotinas acompanhadas, os três profissionais não médicos (enfermeira, nutricionista e

fisioterapeuta) apontaram uma enorme insatisfação em relação aos seus salários. Isso mostra que Marx tem razão ao dizer que a discrepância salarial, ocasionada pela divisão do trabalho, pode gerar conflitos. Por outro lado, todos os profissionais acompanhados reconheciam a importância da divisão social do trabalho, uma vez que eles identificavam a necessidade de uma interdependência de outras profissões para atender às demandas dos pacientes. Assim, um médico não seria nada sem uma enfermeira, sem um nutricionista, sem um fisioterapeuta, da mesma forma que esses profissionais dependem, igualmente, da categoria médica.

A divisão do trabalho também permite levantar a questão da especialização das profissões. Cada vez mais as pessoas estão se formando em trabalhos específicos. Hoje em dia, é muito raro encontrar trabalhadores que sejam só matemáticos, físicos, historiadores, entre outros. A área da saúde é o maior exemplo de que esse processo cresce dia após dia exponencialmente.

Para Karl Marx, qualquer tipo de especialização limita o indivíduo de se desenvolver em outras áreas, que extrapolam seu campo de estudo. Por isso, ele defendia que as pessoas deveriam ocupar diversas funções e isso só seria possível em uma sociedade comunista.

Realmente, desde o instante em que o trabalho começa a ser repartido, cada um tem uma esfera de atividade exclusiva e determinada, que lhe é imposta e da qual não pode sair. Seja ele caçador, pescador ou pastor ou crítico fazendo crítica, deverá permanecer como tal, se não desejar perder os seus meios de existência; enquanto na sociedade comunista, onde o indivíduo não tem uma esfera de atividade exclusiva, podendo se aperfeiçoar no ramo de sua preferência, a sociedade regulamenta a produção geral, possibilitando assim ao indivíduo que faça algo de diferente a cada dia, caçando pela manhã, pescando à tarde, criando gado à noite e fazendo crítica após as refeições, segundo a sua própria vontade sem nunca se tornar caçador, pescador ou crítico. (MARX, 1988, p.57)

2.3.2 Os conflitos e o poder

O desequilíbrio nas relações trabalhistas pode ter origem no poder que as hierarquias provocam. Entretanto, da mesma forma que o poder pode ser

visto como algo prejudicial, se esse for usado de maneira apropriada, ele funciona com um instrumento organizador da sociedade.

Sabe-se que (o poder) está ligado a padrões assimétricos de dependência através dos quais uma pessoa ou unidade se torna dependente de outra de maneira desbalanceada e que isto tem também muito a ver com a habilidade de definir a realidade dos outros de maneira a levá-los a perceber e representar o tipo de relações que se deseja. (MORGAN, 1996, p.191).

Partindo de sua definição, o poder pode ser atribuído a dois sentidos, o pessoal, aquele que envolve uma única pessoa, e o relacional, aquele que se estabelece a partir do envolvimento de mais de uma pessoa. Outro sentido que ele pode ser avaliado é em relação ao poder sobre o conhecimento, de tal modo que aquela pessoa que obtiver maior saber ocupará um cargo privilegiado sobre os outros. Essa atribuição ao poder, por sua vez, permite analisar e justificar certas percepções da sociedade perante o mundo hospitalar de que o médico deveria ser o mais reconhecido por ser o curso que demanda mais tempo para se formar.

Para Foucault, a relação de poder não deve ser vista como algo que pode ser compartilhado ou instituído a uma pessoa. Essa relação advém de forma natural e instintiva. Portanto, o poder tem um caráter relacional e vai ganhando forma conforme ele é exercido.

A partir das entrevistas e dos acompanhamentos das rotinas dos profissionais, pode-se notar que esse poder, algumas vezes, se manifestava de forma autoritária e invasiva. Isso ficou claro na rotina da nutricionista em que já sofreu a interferência de um médico ao restringir a alimentação de um paciente de forma errônea, quando na verdade não era sua função. Isso reforça a ideia de que o poder pode estar associado ao saber, como bem lembra Foucault (2008, p.80).

[...] exercer o poder cria objetos de saber, os faz emergir, acumula informações e as utiliza. Não se pode compreender nada sobre o saber econômico se não se sabe como se exercia, quotidianamente, o poder, e o poder econômico. O exercício do poder cria perpetuamente saber e, inversamente, o saber acarreta efeitos de poder. O mandarinato universitário é apenas a forma mais visível, mais esclerosada, e menos

perigosa, desta evidência. [...] O humanismo moderno se engana, assim, ao estabelecer a separação entre saber e poder. Eles estão integrados, e não se trata de sonhar com um momento em que o saber não dependeria mais do poder, o que seria uma maneira de reproduzir, sob forma utópica, o mesmo humanismo. Não é possível que o poder se exerça sem saber, não é possível que o saber não engendre poder.

2.3.3 Os médicos e os não médicos

A partir do acompanhamento e das entrevistas feitas com os profissionais, notou-se que a supervalorização dos médicos em relação aos não médicos ainda pode ser identificada nas rotinas dos profissionais, mas de maneira mais branda, ou seja, ela não acontece de modo direto entre um funcionário e outro, salvo alguns casos pontuais; mas é percebida por meio da visão dos pacientes, majoritariamente os mais velhos, em relação a eles e do modo como a sociedade ainda os trata. Isso acontece graças ao histórico que o profissional médico se configurou no Brasil como aquele detentor de todo o poder e responsabilidade da área da saúde em suas mãos.

A profissão médica é singular. Nenhuma outra profissão do mundo ocidental adquiriu tanto poder em definir realidade como a medicina o fez ao longo de sua história. Aos médicos é dado o poder de definir, por exemplo, o que é saúde e doença, o que é sanidade ou insanidade mental; enfim a eles é conferida a prerrogativa de elaborar e executar critérios de saúde e doença, transformando-se em paradigmas médico-sociais. (MACHADO, 1997, p.15)

Em 1922, organizou-se o Congresso Nacional dos Práticos no Rio de Janeiro, que foi um evento elaborado pela Sociedade de Medicina e Cirurgia, o qual reuniu a presença de 18 governos estaduais, os delegados das seis faculdades de medicina existentes no Brasil, e as 21 associações médicas. Em suma, o congresso contou com a presença de médicos, em sua grande maioria, com grande experiência profissional e com um determinado reconhecimento público. A proposta do evento, conforme André Pereira Neto (2001) afirma, era de trazer para o debate certos questionamentos. Assim, a organização do mercado de trabalho do médico, o papel do Estado como

intermediador nas temáticas de saúde pública, priorizando os interesses coletivos, a questão da autonomia e das técnicas utilizadas para exercer tal profissão e limitação de atividades profissionais que oferecessem uma ameaça à hegemonia do médico foram alguns apontamentos levantados no evento.

Como tentativa de padronizar a prática médica, um dos questionamentos no Congresso Nacional dos Práticos foi elaborar um perfil para regulamentar a prática da profissão. Assim, três perfis nortearam a discussão. Um deles, o que André Pereira chamou de perfil generalista, tinha como proposta ir além de uma prática que se preocupasse com a cura e a prevenção por métodos científicos, o médico exerceria a função de consolo. Outra ideia defendida para o perfil generalista é que o profissional trabalharia de maneira individual, isto é, sem contar com a ajuda de qualquer outro médico ou auxiliar da área da saúde, conforme Pereira afirma (2001, p. 45) “[...] o médico examinaria o paciente, identificaria a origem da dor, prescreveria medicamentos e operaria, se fosse o caso”.

Outra abordagem presente nas discussões do evento foi a preocupação de limitar as profissões auxiliares (farmacêuticos, enfermeiras-visitadoras e parteiras) para assegurar a hegemonia do médico na área da saúde. Mesmo diante de uma atividade que ainda não era instituída oficialmente no Brasil naquela época, como aconteceu com as enfermeiras-visitadoras, já se tomou o cuidado de estabelecê-la com determinadas regras.

A submissão da enfermeira-visitadora ao médico vinha consignada no Regulamento de 1920. No caso da tuberculose, seu trabalho seria exercido ‘sob a superintendência dos médicos da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose’ (Art. 463). Ele previa, ainda, que a enfermeira só poderia invadir a privacidade do paciente, se o médico assistente estivesse de ‘acordo’ (Art. 449). (PEREIRA, 2001, p. 76)

Assim, nota-se que os conflitos, ainda existentes hoje, se originaram de uma questão cultural histórica de manter, a todo custo, a prática profissional médica como hegemônica em relação a outras profissões. Essas, por sua vez, eram sempre vistas como aquelas que auxiliariam os médicos em suas funcionalidades.

Além disso, por ser uma profissão de tradição, tornar-se médico confere uma posição de status tanto para o indivíduo quanto para sua família. Essa

imagem de prestígio, por sua vez, só foi instaurada a partir do momento em que a medicina passa ou a ser vista como uma profissão científica. Até então, ser médico era sinônimo de desprestígio não só no Brasil, mas também em outros países como EUA, França e Inglaterra. Assim, em meados do século XVI e XVII, a medicina era exercida por judeus, cristãos-novos ou meio-cristãos. Eles iam de casa em casa para fazer os atendimentos e, geralmente, eram homens de condição humilde e simples.

Em contrapartida, apesar de ser médico ser sinônimo daquele profissional bem-sucedido, hoje em dia, podem-se notar algumas mudanças. Com o desenvolvimento das tecnologias, a exigência de muitos conhecimentos tornou a medicina tão complexa que se viu a necessidade da especialização do saber dela e de outras profissões. Segundo Maria Machado, esse contexto contribuiu para provocar inúmeras mudanças, inclusive para que a hegemonia médica fosse disseminada e outras profissões da categoria da saúde pudessem se ascender.

Enfim, a revolução tecnológica do final do século XX tem provocado mudanças significativas tanto nos saberes como nas práticas da profissão médica. A autonomia técnica, o poder de decisão, a relação médico-paciente, a tradicional hegemonia médica nas equipes de saúde, o domínio e conhecimento globalizante do corpo humano, bem como o prestígio e status que dos médicos sofreram abalos importante, alterando não só a dinâmica interna da profissão, como, e especialmente, a nova visão social que a sociedade passa a produzir sobre os médicos em geral. (MACHADO, 1997, p.30)

Todavia, para a médica entrevistada, atualmente, a medicina continua sendo um dos cursos mais procurados, não pelo prestígio que a profissão concede, mas pela garantia, maior em relação aos outros trabalhadores, de possuir um emprego, independentemente das condições.

2.4 Técnicas jornalísticas empregadas

Para a captação das falas dos personagens e a formulação dos capítulos do livro, utilizou-se a entrevista como técnica jornalística. Como o produto final é um livro-reportagem de perfil, acredita-se que essa técnica seria a melhor opção empregada, pois ela permite que se capte não só os fatos em

si, mas também as emoções e percepções dos entrevistados, de acordo com o tom de voz utilizado, o olhar, as reações diante de determinadas situações, entre outros gestos que podem denunciar os sentimentos dos entrevistados e, até mesmo, a veracidade de uma informação.

Para que a entrevista seja eficiente, Cremilda Medina (2000, p. 5) defende que ela deve ir além de um questionário de perguntas. A comunicação só poderá ser estabelecida se, ao invés da entrevista, for estabelecido um diálogo com o entrevistado. “Se quisermos aplacar a consciência profissional do jornalista, discuta-se a técnica da entrevista; se quisermos trabalhar pela comunicação humana, proponha-se o diálogo”. Para isso, é de suma importância ganhar a confiança do entrevistado, caso contrário o diálogo também será interrompido.

Da mesma forma que o gênero e o formato, a entrevista também tem inúmeras classificações, essas, por sua vez, são denominadas de acordo com a funcionalidade da entrevista. Portanto, aquela voltada para um perfil humanizado faz parte de um subgênero da compreensão-aprofundamento e vai muito além do que simplesmente provocar a espetacularização, de acordo com Cremilda (2000, p.18).

[...] a entrevista com finalidade de traçar um perfil humano não provoca gratuitamente, apenas para acentuar o grotesco, para “condenar” a pessoa (que estaria pré-condenada) ou para glamorizá-la sensacionalisticamente. Esta é uma entrevista aberta que mergulha no outro para – compreender seus conceitos, valores, comportamentos, histórico de vida.

Assim, para a realização das entrevistas, utilizou-se, a princípio, de perguntas-guias, a fim de dar um direcionamento, mas também se empregou outros questionamentos conforme a fluência do diálogo, com o intuito de captar as emoções dos entrevistados, os seus valores, suas histórias profissionais e suas opiniões acerca da supervalorização dos médicos em relação aos não médicos.

3 PROJETO DO PRODUTO JORNALÍSTICO

3.1 Escolha do tema e do produto

A ideia desta pesquisa surgiu a partir de um programa televisivo que tinha como objetivo abordar o quanto os profissionais eram desvalorizados. Assim, a proposta do programa era que os presidentes dessas empresas acompanhassem a rotina de seus funcionários para que eles pudessem enxergar as dificuldades de seus trabalhadores.

Atrelado à experiência pessoal de ter morado com várias pessoas da área da saúde não médicas e perceber que as reclamações diante de suas profissões eram constantes, tanto em relação à carga horária e folgas, quanto aos salários; surgiu a proposta de investigar uma possível supervalorização dos médicos em relação aos não médicos e analisar se a insatisfação é geral em todas as categorias da saúde ou se ela restringe a um determinado grupo, com um motivo específico.

O ponto de partida para desenvolver essa temática em um livro-reportagem foi à afinidade da discente com o meio impresso, sobretudo aqueles que permitem um maior aprofundamento e trazem uma análise reflexiva dos fatos, como pode ser observado em uma revista ou em uma grande reportagem. O tema escolhido, entretanto, por abordar uma questão complexa, tornaria inviável o desenvolvimento desses produtos jornalísticos. Por isso, optou-se por desenvolver um livro-reportagem, já que esse produto contemplaria melhor a linguagem e a proposta do tema.

3.2 Projeto editorial

Com o objetivo de levantar um questionamento sobre a existência de uma supervalorização dos profissionais médicos em relação aos não médicos no contexto hospitalar, o projeto editorial da discente visa descrever as rotinas de uma médica, uma enfermeira, uma nutricionista e um fisioterapeuta, que trabalham no Hospital Estadual de Bauru, para não só verificar de que modo essa discrepância pode ser percebida no dia a dia desses profissionais, mas também apontar os desafios, as queixas e os apontamentos diante de

trabalhos tão complexos, que exigem um equilíbrio físico e emocional muito grande para sobreviver e encarar o dia a dia dentro do hospital.

De modo a proporcionar um equilíbrio espacial entre os profissionais, foi reservada a mesma quantidade de capítulos e de páginas para cada um. A estrutura interior do capítulo também foi mantida a mesma, com exceção de um subtítulo, por entender que as particularidades de cada rotina acompanhada também deveriam ser destacadas.

3.2.1 A linguagem

Como o destaque do livro-reportagem de perfil é o personagem em si, optou-se por utilizar a narrativa em terceira pessoa, por acreditar que o distanciamento entre a autora e os entrevistados permitiria dar o enfoque a eles, ainda que as percepções da discente estejam descritas na personalidade de cada profissional, como também, de maneira indireta, na angulação das entrevistas e na escolha das falas dos personagens que comporiam os capítulos.

As declarações dos entrevistados, em sua maior parte, foram usadas para evidenciar não só os fatos, mas também a personalidade, as emoções e a maneira como eles interagem com seus pacientes.

Durante todo o desenrolar dos capítulos, também se teve o cuidado de fazer poucas edições em relação às falas dos entrevistados, de modo a preservar suas declarações, ajustando apenas alguns termos à norma padrão da Língua Portuguesa e explicando aqueles que eram específicos da área da saúde.

3.2.2 O público-alvo

A proposta era criar um produto que fosse voltado para todos os profissionais e os estudantes da área da saúde que se sentissem representados pelas vivências nele representado. Como também para todas as pessoas insatisfeitas com os serviços públicos da área da saúde. Ou mesmo para a sociedade que, em geral, necessita dos atendimentos da área da saúde.

Todos os profissionais acompanhados foram escolhidos de um mesmo hospital (Hospital Estadual de Bauru), por acreditar que as relações entre os profissionais seriam mais bem comparadas. Assim, o público-alvo essencial seriam pessoas entre as faixas etárias de 18 a 40 anos, moradoras de Bauru e regiões próximas.

Como a intenção foi desenvolver um produto voltado para uma faixa etária ampla, a linguagem escolhida também propôs trazer termos que compreendessem o entendimento de todos pertencentes a essa faixa etária estabelecida. Logo, o uso de gírias ou termos muito rebuscados foram descartados do produto.

3.2.3 Viabilidade do mercado

As crescentes queixas em relação aos serviços públicos de saúde, o descontentamento de profissionais no ambiente hospitalar e a polêmica em torno do programa do governo Mais Médicos, instituído no Brasil em 8 de julho de 2013, tornam o produto de interesse público e viável ao mercado, já que tais questionamentos são contemporâneos e promovem inúmeros debates, além de afetar de maneira direta a sociedade.

3.2.4. Circulação e lançamento

A circulação escolhida para o livro-reportagem é regional, voltada para os profissionais de Bauru e região, por uma questão de proximidade, uma vez que os profissionais acompanhados trabalham no Hospital Estadual de Bauru. Já o lançamento pode ocorrer em qualquer época do ano, visto que o assunto abordado é atemporal e, dificilmente, perderá sua importância na sociedade.

Em relação à periodicidade, o livro-reportagem, a princípio, é edição única, com possibilidade de reedição, apenas se houver mudanças ou ajustes que possam enriquecer e complementar a discussão levantada pela obra.

3.2.5 Custos

Os custos do produto tiveram financiamento próprio e o gasto incluiu a diagramação, que foi feita externamente, e a impressão de quatro cópias. Isso tudo totalizou um valor de oitocentos reais.

4 O LIVRO-REPORTAGEM

4.1 O processo de produção

Os itens a seguir têm como intuito descrever todo o procedimento de produção do livro-reportagem, desde a formulação das pautas até a formulação do produto final. Serão também apresentados os critérios utilizados para a escolha dos entrevistados e a estruturação que se seguiu para a formulação dos capítulos.

4.1.1 Definição das entrevistas e acompanhamentos

Antes de iniciar o trabalho de campo, a discente buscou fazer um levantamento bibliográfico de temas e conceitos que pudessem se relacionar a hipótese levantada. Além disso, buscou também artigos e trabalhos já realizados que dialogassem, diretamente, com a proposta da pesquisa. Durante esse procedimento, notou-se uma grande variedade de artigos e teses que abordavam a relação conflituosa entre o médico e o enfermeiro. Já em relação aos outros profissionais da área da saúde, o material era mais escasso.

O levantamento bibliográfico foi importante para a elaboração das perguntas-guias, já que, em boa parte dele, se confirmou a tese da supervalorização dos profissionais médicos em relação aos não médicos. As perguntas bases foram feitas para todos os profissionais e entre elas se buscava conhecer toda a trajetória que o personagem percorreu para chegar a seu atual cargo, a rotina deles, o reconhecimento ou não de uma discrepância entre os profissionais da área da saúde e as vantagens e desvantagens que eles mesmos apontavam em suas profissões.

Além das entrevistas realizadas com cada um dos quatro profissionais, também houve um acompanhamento da rotina deles. Assim, a médica foi a primeira personagem a ser acompanhada. Com ela, foram realizados dois encontros, um fora do hospital, para a realização de uma entrevista inicial e outro para o acompanhamento de sua rotina. Como a médica só atendia no hospital de sexta-feira à tarde, já que ela dividia sua rotina entre o exercício da

medicina e o cargo de gestão do hospital, ela foi acompanhada das 14h até o fim de seu expediente, às 17h.

A enfermeira foi a segunda entrevistada. Com ela também foram realizados dois encontros. O primeiro, assim como aconteceu com a médica, foi realizado fora do hospital, para a realização da entrevista base. O segundo foi para acompanhar sua rotina. Assim, das 14h até às 20h30, a discente esteve junto da enfermeira para captar e observar o dia e o trabalho da profissional.

A nutricionista foi a terceira profissional acompanhada. Sua carga horária no hospital envolvia a parte da manhã e da tarde do hospital. Por isso, foram realizados dois encontros também. No primeiro, além de fazer a entrevista base, foi observada a sua rotina no período da tarde, que era o momento em que a nutricionista evoluía os pacientes atendidos pela manhã no prontuário eletrônico do hospital. No segundo encontro, a discente acompanhou a rotina da profissional no período da manhã. Nesse turno, ela visitava os pacientes e analisava o quadro de cada um.

O fisioterapeuta foi o último a ser entrevistado e, com ele, na prática, foram realizados três encontros. Contudo, o primeiro deles não deu certo, pois houve um problema de entendimento no processo de acompanhamento e teve que ser adiado o dia da entrevista, estabelecendo apenas uma conversa prévia com o entrevistado. Então, no segundo encontro, realizou-se o acompanhamento do profissional e a entrevista base. Nesse dia, ele atendia juntamente com uma médica em uma rotina multiprofissional. No terceiro dia, o acompanhamento do fisioterapeuta se centralizou nos atendimentos que ele realizava com os pacientes, só que dessa vez de forma individual.

Durante todas as rotinas acompanhadas, é importante ressaltar que, além de observar a atuação dos profissionais em relação aos seus pacientes e aos outros funcionários do hospital, a discente também buscou fazer perguntas e observações para seus personagens nos intervalos de uma consulta ou outra, conforme a situação.

4.1.2 Busca e escolha das fontes

A princípio, a proposta desta pesquisa era acompanhar não só os quatro profissionais escolhidos, mas também entrevistar pessoas que fossem relacionadas a eles, tais como seus familiares e seus próprios pacientes. Acredita-se que, a partir das percepções de terceiros, os perfis dos personagens seriam mais bem construídos. Entretanto, em detrimento da falta de tempo e do atraso para a realização dos acompanhamentos, pois os processos para a entrada no hospital foram bastante burocráticos e demandaram certo tempo, as entrevistas com as pessoas relacionadas aos profissionais não pôde ser realizada. Assim, o enfoque do livro-reportagem foi para os personagens envolvidos e as percepções obtidas a partir do acompanhamento da rotina desses profissionais.

Cabe esclarecer que a documentação exigida para aprovação do desenvolvimento desta pesquisa junto ao Hospital Estadual foi bastante extensa, incluindo parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, o que demandou um tempo não previsto inicialmente no cronograma deste trabalho. Por sua relação com a área da saúde, foi o primeiro projeto de graduação da Faac a ter necessidade de cadastro na Plataforma Brasil e consequente submissão ao Comitê de Ética. Houve necessidade de o cadastro na Plataforma Brasil ser realizado pela orientadora, uma vez que não é permitido o cadastro direto por alunos de graduação. Ocorre que, atualmente, esta plataforma é totalmente voltada à área de saúde, dificultando e burocratizando o processo para as áreas de Humanas e Sociais Aplicadas. Por não haver uma plataforma adequada e específica para a área de nosso trabalho, foi necessário responder a todo um questionário que envolvia a relação do projeto com a manipulação de seres humanos, o que incluía perguntas relacionadas, por exemplo, ao teste de medicamentos e vacinas, enquanto nosso trabalho demandaria única e exclusivamente o contato social por meio de entrevistas. Assim, essa etapa burocratizante do trabalho teve impacto no cronograma previamente estabelecido, o que acarretou a necessidade de redução do número de entrevistados inicialmente pensado.

A escolha da médica, da enfermeira, da nutricionista e do fisioterapeuta se deu pela falta de pesquisas que abordem a relação dos médicos e de outros profissionais não médicos que vão além da enfermagem. Dessa forma, ao escolher quatro profissionais – um médico e três não médicos – a proposta da

pesquisa é investigar se essa supervalorização acontece e se ela está presente nas rotinas de mais de um profissional não médico.

A primeira busca das fontes se deu pelo contato com a assessora de imprensa do Hospital Estadual de Bauru. Por meio dela, obteve-se o contato com a médica entrevistada. A enfermeira, por sua vez, foi uma indicação da médica, enquanto a discente acompanhava a rotina dela, e os outros dois profissionais foram indicados pela secretária da FAMESP, responsável por intermediar todo o processo para a entrada no hospital.

É bom ressaltar também que todas as entrevistas foram gravadas, inclusive o acompanhamento das rotinas dos profissionais. Os áudios das rotinas, juntamente com as anotações feitas de cada dia, foram obtidos para lembrar as situações, as particularidades no cotidiano de cada profissional e o tratamento dele para com seu paciente, servindo de base para a redação do livro-reportagem.

4.1.3 Redação das matérias

A princípio, o intuito era que o produto final obtivesse 100 páginas, contudo, como a preocupação maior era que cada profissional ficasse com a mesma quantidade de páginas, estabeleceram-se 17 páginas para cada um, o que representa um pouco mais de 28 mil caracteres. Apesar de os capítulos da médica, da enfermeira e do fisioterapeuta renderem muito mais assunto, o da nutricionista ficou limitado, pelo seu jeito de dar respostas mais objetivas e diretas, sem discorrer muito sobre o assunto. Isso dificultou a redação de seu capítulo, demandando mais tempo do que o dos outros três profissionais.

A escrita do capítulo da médica também exigiu certo tempo, uma vez que foi o primeiro a ser escrito e ainda não tinha uma determinada estrutura a se seguir. Assim, a partir de seu capítulo, ficou determinado que cada um teria cinco intertítulos: o primeiro faz referência à trajetória do profissional até chegar em seu atual cargo, o segundo aborda a rotina do trabalhador, o terceiro conta uma especificidade da rotina de cada um, o quarto trata da questão principal que é a relação entre o médico e o profissional abordado e o último capítulo elenca as principais qualidades, vantagens e desvantagens de cada profissão, segundo cada personagem.

Além dos quatro capítulos, um para cada personagem, o livro também conta com uma introdução e as considerações finais. Neles, não houve uma determinação prévia de quantidade de caracteres; e a redação, sobretudo na introdução, foi voltada para uma contextualização tanto temática do assunto, quanto do hospital em que os profissionais foram acompanhados. Nas considerações finais, apresenta-se a conclusão e as percepções adquiridas a partir do acompanhamento dos profissionais.

O processo de redação dos capítulos levou um mês e meio. Para que tanto o livro quanto o relatório tivessem suporte, as entrevistas feitas com cada profissional foram transcritas, preservando ao máximo a declaração dos profissionais. As edições foram só realizadas em casos de correções gramaticais e repetições de palavras.

4.1.4 Uso de imagens

A não utilização de fotos no interior do livro foi devido a uma questão ética de preservar e resguardar a identidade do personagem, caso ele solicitasse. Dos quatro entrevistados, apenas o fisioterapeuta optou por utilizar um pseudônimo. Para que não houvesse, novamente, desequilíbrios e um favorecimento entre um profissional e outro, decidiu-se não veicular a imagem de nenhum dos personagens.

Assim, na capa, foi utilizada a fotografia de um banco de imagem gratuito. A opção de fazer a foto com os próprios profissionais, sem identificá-los, tornou-se inviável pela dificuldade de conciliar os horários dos quatro. Já a possibilidade de fazer com outros profissionais demandaria mais tempo e necessitaria de uma nova autorização do hospital. A assessora de imprensa também foi contatada para a hipótese de fornecer uma imagem, contudo a mesma declarou não ter fotografias genéricas e as específicas não poderiam ser fornecidas por não ter autorização.

4.2 Técnicas empregadas

Por se tratar de um livro-reportagem, formato esse que confere uma maior liberdade em relação à linguagem e à escrita, o produto não obedeceu a

técnicas jornalísticas muito específicas. Contudo, algumas ressalvas podem ser feitas. Para a elaboração do livro-reportagem de perfil, além das entrevistas, foi utilizada uma linguagem objetiva e concisa. A descrição dos ambientes em que cada profissional atuava foi também outra técnica adotada para que o leitor possa reproduzir em seu imaginário o cenário, bem como os personagens descritos, da maneira como sua criatividade mandar.

4.3 Produto final

4.3.1 Projeto gráfico

A diagramação do produto foi elaborada por um diagramador, contudo a identidade visual, bem como a imagem foi selecionada e escolhida pela discente em conjunto com o diagramador.

A escolha do título, *Vidas que cuidam: a dedicação de profissionais para salvar o próximo*, foi elaborada em conjunto pela discente e pela orientadora, de tal maneira que esse representaria não só a rotina, mas também elenca a dificuldade e o sacrifício a que esses profissionais da saúde se submetem todos os dias para salvar vidas.

Na capa, optou-se por escolher uma imagem de meio corpo, sem a cabeça, para que representasse a mensagem de que qualquer profissional da área da saúde, não só os abordados no livro-reportagem, poderia se encaixar nos perfis descritos, tirando as particularidades de cada um. O tom azul, por sua vez, foi adotado, pois faz menção à área da saúde. Já o tamanho da foto foi assim definido, necessariamente, pela qualidade da imagem, isto é, se ela fosse maior, a qualidade da foto ficaria comprometida.

Em relação à escolha das fontes nos capítulos, buscou-se um tamanho que pudesse ser equilibrado e sem muitos detalhes, já que a proposta era trazer um tom de seriedade ao produto.

Ao total, foram produzidas 90 páginas distribuídas em quatro capítulos, mais uma apresentação, introdução e considerações finais. Os quatro capítulos, reservados um para cada profissional entrevistado, finalizaram com 17 páginas cada um.

Quanto à disposição do texto sobre a página, optou-se por utilizar uma margem mais espaçosa, para que a quantidade de texto fosse centralizada e não cansasse a leitura no aspecto visual do livro.

Em vista do tamanho do livro, foi escolhida a dimensão de 14x 21cm, por acreditar ser um formato confortável e prático para ser carregado em qualquer momento.

Em relação à tipologia do papel, optou-se pelo Polén Soft 80g/m², por uma questão de preferência e gosto, e por achar mais resistente em relação a offset ou ao reciclado.

4.3.2 Especificações técnicas

Nesta parte do relatório, são descritas as especificações técnicas quanto ao tipo, ao tamanho e cor das fontes utilizadas para a diagramação do livro-reportagem.

- Capa

Título: Trajan Pro (Bold)

Tamanho: 42

Cor: branco

Subtítulo: Trajan Pro (Regular)

Tamanho: 18

Cor: Branco

Autor: Trajan Pro (Regular)

Tamanho: 20

Cor: branco

- Corpo do texto: ITC Garamond Std Book

Tamanho: 10

Cor: preto

- Número dos capítulos: ITC Stone Informal Std Medium

Tamanho: 24

Cor: preto

- Nome dos capítulos: ITC Stone Informal Std Semibold (Italic)

Tamanho: 14

Cor: preto

- Nome do profissional: ITC Stone Informal Std Medium –

Tamanho: 14

Cor: preto

- Subtítulos: ITC Stone Informal Std Semibold (Italic)

Tamanho: 11

Cor: preto

- Paginação: ITC Garamond Light

Tamanho: 8

Cor: preto

- Resumo da Capa 4: ITC Garamond Std Book Narrow

Tamanho: 11

Cor: preto

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de todas as constatações obtidas pelas observações e pelas entrevistas com os profissionais, o que se pode concluir é que a supervalorização do médico em relação ao não médico ainda persiste nas rotinas dos profissionais da área da saúde. Essa, por sua vez, não é manifestada de maneira direta, como se imaginava no início desta pesquisa. A supervalorização é, sim, enxergada pela maneira como os pacientes e a sociedade tratam os médicos. Ambos ainda têm aquela visão de que a categoria médica é aquela profissão de status, em que o médico é visto como aquele superior em relação aos outros profissionais. Contudo, há que se ressaltar que esse pensamento está muito mais presente na mente das pessoas mais velhas ou menos instruídas. Isso só justifica o quanto essa questão é originada de um processo histórico-cultural que ainda permanece, de maneira mais sensível e remota, no pensamento das pessoas. Mas a tendência é que, cada vez mais, essa discrepância se torne efetivamente algo do passado, sobretudo pela necessidade de outros profissionais que vão além das especialidades médicas, como também a crescente interdependência das equipes da saúde.

Durante o percurso para a realização do livro-reportagem, muitos obstáculos foram encontrados. Entre eles, a greve que desestabilizou o ritmo do curso e até mesmo a disposição para a realização desta pesquisa. A permissão para entrar no hospital foi outra dificuldade que quase impossibilitou o desenvolvimento do produto. Isso porque foi exigida uma série de documentação, entre as quais o Aval do Comitê de Ética pela primeira vez para um Trabalho de Conclusão de Curso de graduação da Faac. Mesmo providenciando, rapidamente, o cadastro da pesquisa na Plataforma Brasil, a espera para a resposta do Aval foi inevitável. Felizmente, essa saiu com duas semanas de antecedência da data prevista e o projeto foi aprovado.

Apesar da trajetória para a conclusão do produto ter sido árdua em todas as instâncias, o aprendizado foi gratificante. A oportunidade de vivenciar de perto as rotinas dos profissionais trouxe experiências e um entendimento preciso dos motivos que alimentam suas reclamações. É preciso ter muito mais do que garra para sobreviver no ambiente hospitalar dia após dia, é preciso

humanização e equilíbrio emocional. Por isso, pode-se dizer que as profissões da área da saúde não são para qualquer pessoa.

Dar valor à vida e deixar o egoísmo de lado foram outros grandes aprendizados que as rotinas acompanhadas puderam ensinar. Notar pacientes em condições fragilizadas e mesmo assim vê-los em um estado de espírito muito melhor que o nosso nos faz refletir o quanto nossos problemas podem ser pequenos diante de tantos outros.

Complementarmente, há que se considerar também que a discriminação de profissionais, como pode ser observada ao acompanhar as rotinas dos profissionais, é consequência de um problema muito maior – a exploração da mão de obra do trabalhador. E isso só mostra o quanto essa temática ainda permanece bastante presente em nossa sociedade e o quanto ela reflete não só nas condições de trabalho, mas também na maneira como as pessoas enxergam essa atividade.

Com esse projeto, todo o processo de construção e de técnicas aprendido nos quatro anos de faculdade pôde ser colocado em prática, desde a elaboração das entrevistas até a revisão e edição dos capítulos. Com ele, pôde-se também aprender a olhar, entender e ouvir as pessoas invisíveis, que, apesar de não serem proeminentes, como defende um dos requisitos do valor-notícia, podem apresentar histórias fascinantes e levantar questionamentos fundamentais para a sociedade.

Espera-se que este projeto tenha trazido contribuições para provocar debates e reflexões de interesse público, como também auxiliar na ampliação dos conhecimentos dos estudantes de jornalismo e dos pesquisadores no assunto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

WEBER, Max. **Economia e Sociedade**: Fundamentos da Sociologia Compreensiva. Tradução de Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa; Revisão técnica de Gabriel Cohn - Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília: São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 1999.

SILVA, Itala Maria Bazzarelli Pereira. **A relação conflituosa entre médicos e enfermeiros no contexto hospitalar.** 2006. 157 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em:
<<http://www.cerelepe.faced.ufba.br/arquivos/fotos/19/arelacaoconflituosaentremedicoseenfermeirasnocontextohospitalar.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2014.

COSSON, Rildo. **Romance-reportagem**: o império contaminado. In: CASTRO, Gustavo de; GALENO, Alex (Orgs.). *Jornalismo e Literatura - a sedução da palavra*. São Paulo: Escrituras, 2002.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

MORAES FILHO, E. (org.). **COMTE**. Coleção grandes cientistas sociais, vol. 7, 3ª.edição. São Paulo: Ática, 1989.

IANNI, Octavio. **MARX**. Coleção grandes cientistas sociais, vol 10, 6ª.edição. São Paulo: Ática, 1988

DURKHEIM, Émile. Da divisão social do trabalho. 2ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MACHADO, Maria Helena. **Médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997

PEREIRA Neto, André. de Faria. **Ser médico no Brasil:** o presente no passado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

MEDINA, Cremilda. De Araújo, **Entrevista:** o diálogo possível. 4ª edição. São Paulo: Ática, 2000.

MORGAN, G. **Imagens da organização.** São Paulo: Atlas, 1996.

LIMA, E.V. **Páginas ampliadas.** São Paulo: Coleção momento, 1995.

SODRE, Muniz; FERRARI, Maria Helena. **Técnica de reportagem:** notas sobre a narrativa jornalística. São Paulo: Summus, 1996

KOTSCHO, Ricardo. **A prática da reportagem.** 4ª edição. São Paulo: Ática, 2005.

ANEXOS

ANEXO A - TRANSCRIÇÕES DAS ENTREVISTAS

Entrevista 1 – Médica Deborah Maciel

Por que você escolheu ser médica?

“Na verdade assim, as minhas dúvidas na época de adolescência até na hora de escolher a profissão, que acho que todo mundo tem né, eram muito maiores, porque eu fiquei entre duas áreas: arquitetura e medicina. Nada a ver uma coisa e outra e quando a gente entra na faculdade, uma das matérias e assuntos que a gente tem lá, uma das disciplinas, era exatamente questionando por que aquela pessoa resolve escolher aquela profissão. Então faz a gente voltar um pouco no passado e faz entender algumas coisas né. Eu como disse não foi toda a vida que quis ser médica, a primeira coisa que quis ser era professora de inglês, depois que a gente vai caminhando e mudando algumas coisas. Então, eu passei por um problema de saúde da minha vó, quando eu tinha em torno de 13 anos de idade e ela faleceu. E eu vejo assim, a minha vida como marco e a partir daí eu me interessei muito fazer alguma coisa que pudesse ajudar as pessoas que estivessem doentes, evitar que tivessem muito sofrimento que a minha vó passou, ela teve infecção hospitalar, então foi bem difícil a história dela. Então acho que assim, voltando no meu passado, talvez isso tenha sido meio que uma das coisas mais decisivas para eu escolher, embora eu tenha ficado ainda na parte da arquitetura em si, mas é uma das coisas que eu vejo, eu sempre quis ajudar as pessoas, poder mudar, diminuir o sofrimento, entendeu? Então acho que muito foi isso.”

E durante a faculdade, teve algum momento que fez você repensar?

“Não, porque acho que foi muito tranquilo, porque depois eu não tive dúvidas dentro da faculdade em si, percebi que era o que eu gostava de fazer. É uma faculdade muito pesada né, você tem que abdicar de sua vida toda, justamente para você viver a medicina. A gente fala isso e parece que é para supervalorizar né, mas não é verdade. Eu fiz faculdade na Universidade Federal de Espírito Santo e a maioria das faculdades de medicina é de manhã

e tarde, período integral, então realmente temos muita, muita coisa para ver e as matérias são uma pré-requisito da outra, não por conta da grade em si, mas mesmo para você entender o funcionamento do corpo, o tipo de droga, aonde atua, então tudo tem uma lógica nesse estudo e realmente em relação aos meus amigos da época, que estudava e tinha na época da adolescência contato com eles, eu falo que eu era estranha no ninho, porque a maioria seguiu letras, geografia, jornalismo, então coisas completamente diferentes do que eu segui, então eu era a diferente do meu grupo, eu acabei ficando longe dos meus amigos. Então assim são escolhas que você faz. Agora dizer assim, ah eu não gostaria de ter feito, podia ter sido diferente, comigo não teve isso, graças a Deus eu consigo ver, hoje em dia, que foi o que eu realmente quis fazer. Durante a faculdade é difícil, tem que estudar, tem os plantões, é muita coisa, é muita vivência, o tempo todo a gente é cobrado, mas eu ainda acho que vale a pena.”

E há quanto tempo você atua na profissão?

“Eu me formei em 2001, então agora tem 14 anos de formada, só que assim depois da formação de residência. Eu terminei a residência no início de 2005. Então, como pneumologista desde 2009. Mas, eu sai da faculdade em 2001 e já fui trabalhar.”

Trabalhou já em hospital?

“Sim, eu trabalhei como plantonista no hospital e trabalhei em posto de atendimento. Não era bem unidade básica. Era um pronto atendimento, não chegava a ser pronto-socorro porque não era muito grande, mas era em uma cidade de praia, onde não tinha muito médico. Então os recém-formados iam para lá trabalhar. E era um volume muito grande de atendimento. Então para mim foi muito bom, aprendi muito né, nesse começo, embora a gente sentisse falta de um apoio. É que a gente sai da faculdade com muito medo né, muito inseguro e ainda mais na medicina né, você imagina, porque você sai no mercado para tratar pessoas, cuidar de vidas, então é difícil. Você não tem uma pessoa que pudesse te dar um apoio, para procurar, para trocar ideia. Mas, assim, dentro do plantão do hospital é um pouco mais fácil porque você

não é o único plantonista. Então você tem uma pessoa para trocar informação, ideia, saber de um caso.”

Por que você escolheu essa especialidade: pneumologista?

“Durante a faculdade em si, é meio que coincidência, mas todos os pacientes que eu pegava, desde a época que a gente aprendia como fazer uma história, como terminar, coincidentemente, eles tinham problemas de pulmão. E daí tem as outras coisas que a gente não entende né. Na minha família, a do meu pai em si, tem muito problema de asma, sempre tiveram. Para mim nunca foi um fator para que eu escolhesse, mas de repente acabou influenciando, pode até ser que seja. E, ainda dentro da faculdade, a irmã mais velha do meu marido, que na época era meu namorado, era casada com um pneumologista, então eu acabava ficando junto com ele e vendo a rotina dele, acompanhando as consultas e já tinha isso de eu sempre estar puxando um paciente com problema no pulmão, que na faculdade tive mais contato, então eu ter seguido pneumologista só foi a gota d’água para escolher.”

E os plantões que você fazia, depois de formada, também contribuíram ou não, lá você saiu um pouquinho dessa área?

“Eu acho que tudo contribuiu, porque assim a vivência que você tem na medicina como clínico geral, não é bem uma residência, porque você ainda tem que fazer uma residência se aprofundando em clínica geral, mas tem muita informação. Aquela formação que você ganha na faculdade ela te dá uma boa base, mas a residência te dá um plus, realmente ela coloca na prática tudo aquilo que você aprendeu. Então, eu acho que todo aprendizado é muito válido. Sabe eu vejo, às vezes, que eu passei por toda essa vida da medicina, dei aula na faculdade em Botucatu um tempo, eu via várias pessoas assim, mesmo colegas de residência, que eram colegas da dermatologia, por exemplo, que não vão dar plantão, eles têm uma vida de consultório, enfim, que diziam ‘eu não quero plantão’, não é isso que eu quero para minha vida e as vezes bloqueava aquele conhecimento que podia ter, porque não iam usar depois na prática e as pessoas não pensam desse jeito, na verdade eu acho o contrário. Tudo que está disponível para você aprender nunca é demais, a gente tem espaço na nossa cabeça para aprender muita coisa. Então se você

bloqueia um tipo de conhecimento, mais para frente, de repente, podia te ajudar. Então mesmo que hoje em dia eu não dê plantão, a vivência que eu tive em atendimento ao paciente, em como abordar, a maneira como o paciente conversa com você, vai tudo aprimorando sabe, e vai descobrindo coisa até mesmo, na prática, de políticas de saúde e você acaba vendo isso no atendimento, você sabe qual remédio está disponível e não tem, porque falta. Hoje em dia eu consigo entender um pouco mais sobre essa política de saúde. Mas, na época, se eu não vivesse isso o que eu presenciei, às vezes eu ia achar que não existia essa realidade, então eu acho que contribui sempre, mesmo que você não vá desenvolver em uma atividade para o resto da sua vida, mas ajuda.”

Então, você se considera satisfeita com a sua profissão?

“Muito. Eu acho assim, eu vi algumas coisas mudarem nesses anos, porque até então o que eu vi, por exemplo, na minha infância, a relação que eu tinha com minha pediatra ou qualquer médico, que meus pais tinham, meus avôs tinham é que tinham um respeito muito grande pelo médico. Hoje em dia, não penso mais que seja desse jeito, algumas coisas mudaram. Eu vejo muito questionamento em si, veem se a consulta está certa ou não está, veem uma segunda opinião, terceira, criticam o médico, falam que está tudo errado, mas ninguém presta atenção no contexto em si. Eu acho que eu falei que eu tenho muitas críticas em relação a essa parte de atendimento médico, do hospital de saúde, de tudo, não só do programa Mais Médicos, não vou nem entrar no mérito político, mas a maneira de que é apresentada parece que o médico é sempre o vilão, aquele que não quer trabalhar sabe que se dá o luxo de dizer ah porque ele ganha muito, ganha bem, tem que ganhar mais que os outros, porque é mais importante ou tem que te dizer que é um semideus, que acha que depois né, acima dele está Deus, eu não acho que é assim também, eu vejo que tem pessoas que tem essa distorção. Mas, tem pessoas desse jeito independente da profissão, então não acho que seja só do médico não, exclusivamente, mas realmente eu vejo assim se você parar pra pensar no que a gente tem hoje em dia de condições de trabalho, por exemplo, num serviço público de maneira em geral, sabe, porque aqui a gente está falando dentro do estado de São Paulo que aqui a gente tem uma condição muito boa de

atendimento. Mas eu vivi no Espírito Santo em uma época que não existia nenhum investimento, a gente não tinha nenhum apoio de unidade básica, de nada, era um caos. E eu imagino em vários estados que a gente ouve falar que realmente não tem. Eu, quando formei, trabalhei no pronto-atendimento, não tinha seringa para fazer a medicação ou tinha a medicação ou tinha a seringa ou não tinha agulha, então faltava. Eu tirava o dinheiro do meu bolso para comprar na farmácia e não deixar o paciente passando mal, então essa é a realidade que nem todo mundo sabe que culpa o médico que não quis atender, porque ele não quer atender em locais em que ninguém quer, perai gente, qual a condição que você tem para trabalhar?! Ai te coloca sem ter condição nenhuma para você assumir toda a responsabilidade daquilo, sabe, vale a pena o quanto? Ah, mas o coitado do paciente vai morrer, tá bom, mas se ele morrer vai ser culpa de quem?! Porque, hoje em dia, todo mundo protesta né?! Então eu entendo que parece que o médico tem que emanar bondade, que eu tenho que atender de graça, atender na rua, quem me para na rua e fala assim: 'ah, vê o que eu tenho aqui, o porquê que estou tossindo', não é?! É verdade. Aí se você fala assim, não, passa ali, vamos lá que a gente agenda uma consulta, aí você é mercenário, entendeu?! Então as pessoas não trabalham de graça, mas eu falo que ele cobram da gente uma bondade, de até abdicar e de dizer que você tem conta para pagar e que tem compromissos também e a gente é um profissional como outro qualquer e as pessoas não entendem dessa maneira, então eu acho que acabou distorcendo um pouco e, hoje em dia, tudo é...culpa do médico sabe, então, você se submete a atender em um posto que você não tem o remédio ou sei lá, qualquer problema em si, você usa uma agulha diferente do que você deveria para aplicar uma injeção, dá um hematoma no braço da pessoa, a culpa foi de quem? É do médico que prescreveu. Entendeu?! Ninguém viu que estava faltando a outra e ninguém vai chegar pro gestor e processar o gestor, entendeu? O processo vai ser no médico que assinou e se sujeitou a trabalhar nessas condições. Por isso, eu acho que tem muita coisa misturada nessa política em si, sabe, eu não acho que era só trazer gente, era melhorar de maneira geral, condição de trabalho e eu falo assim, se você efetivamente pensar que os médicos não quiseram trabalhar nesses locais que são distantes, de difícil acesso e tal. E por isso veio outros médicos que fossem para esses locais, porque os médicos brasileiros

não quiseram. Qual foi o salário que ofereceram para os médicos brasileiros, foi semelhante dos que vieram de fora? Eu falo, porque fico me questionando pra gente só não aceitar o fato. Então esse programa político em torno dos médicos esse último ano então, foi muito pesado, sabe, eu tenho conta no facebook, tudo e a agressão contra o médico, chegou num ponto, sabe de colocar todo mundo na farinha do mesmo saco, sabe, e é crítica pesada e muita gente sendo agredido fisicamente e no local de trabalho. Sabe, então criou uma situação pro médico em si que foi muito ruim, entendeu?! Vamos dizer assim é todo mundo nesse cenário, todo mundo só pensa no dinheiro e só faz coisa errada. Então, eu estou nesse meio e eu também acho assim e eu nunca fui uma pessoa dondoca, entendeu?! Que não trabalhasse que não fizesse plantão, sempre gostei muito e trabalho bastante, sabe, eu trabalho em quatro lugares diferentes. Hoje, será que as pessoas veem isso?!”

“Mas você não acha que esse caráter do médico, comparando antigamente, ele perdeu um pouco o lado humano dele? Porque assim, antes era médico da família, então tinha aquela aproximação. Agora, hoje em dia, a maioria das consultas, assim, às vezes, o médico nem olha para seus pacientes.”

“Então, eu acho que assim tudo mudou, a quantidade de pessoas do mundo triplicou né?! Hoje em dia, se você tivesse um médico da família, não necessariamente ele ia tratar do seu problema da melhor maneira possível, fato. Você pode ser tratado por um generalista sem problema, mas por que você procura um especialista hoje? Porque você sabe que ele estudou exclusivamente pra saber daquilo. Então, às vezes, as pessoas querem uma melhoria, mas também não querem pagar o preço. Por que, então, quando você está doente, você não vai num clínico geral? Por que quando você está com dor na barriga, você vai num gastro, você poderia muito bem ir num clínico geral, porque ele ia te tratar de uma forma única. As pessoas não querem isso, eles querem a comodidade de ir à pessoa que vai resolver. Aí, você vai lá no seu gastro, porque está com dor na barriga, mas na hora você lembra de uma pinta que está te incomodando. Ai o cara fala para você, perai eu vejo a barriga. Ai você fica assim pera lá, pow ele nem olhou minha pinta, mas você foi em quem? Entendeu, acho que as pessoas perdem essa crítica, não estou

justificando que eles devem ser tratados de maneira incorreta, mas eu acho que começa na própria pessoa e no meu caso, várias vezes, as pessoas chegaram em mim para tratar de um problema de pulmão e se queixam de um problema nada a ver com aquilo, que o joelho está doendo, que as costas estão doendo. Eu, por conta pessoal, acabo conversando, falando, orientando, mas sinceramente, ele veio tratar de problema do pulmão numa pneumologista, entendeu?! Então por que ele não foi em um clínico geral para ver de uma forma geral. É isso que estou te falando, só porque as pessoas, às vezes, elas deturpam e acha que sempre é culpa do médico que não quis ver. Agora esse negócio de não olhar na cara, de tratar assim, tem mesmo. Agora qual outro lado e aquelas pessoas que te tratam direito, que cuidam direito, ninguém vê, é aquela história assim que todo mundo está acostumado com uma propaganda boa que você consegue passar pra uma ou duas pessoas, a ruim você passa pra dez, não é sempre assim?! Então, é a mesma coisa com o médico, todo mundo generaliza, sabe, então é difícil de trabalhar, porque as pessoas já chegam armadas pra falar com você, entendeu?! E quando demora, isso eu passo no meu dia a dia, porque eu demoro pra atender alguém, eu demoro o tempo que for necessário, aí sabe o que acontece lá fora? Todo mundo xingando porque eu demoro demais, aí entra na minha sala pra eu consultar aí fala ah agora eu vou demorar uma hora porque eu já tive que esperar isso, entende, é cultura, não tem jeito, realmente as pessoas pensam assim. Elas acham que o tempo inteiro elas estão sendo, não é agredida, mas prejudicadas, entendeu? Alguém sempre está prejudicando, então ela tem que prejudicar alguém, entendeu? É um ciclo que você tem.. Os pacientes, por exemplo, que tratam comigo, que me conhecem hoje, eu não tenho reclamação no consultório, porque eu atrasei ou não, porque eles sabem que eu atrasei porque precisou e que eu vou dar atenção pra ele, que vou dar para o outro da maneira que for necessário. Então, assim, o que acontece, hoje em dia, como você tem um aumento do número de médicos também, entendo isso e você tem uma concorrência natural, não só da medicina, mas de todas as profissões, você tem muito mais gente no mercado, né?! Então, por exemplo, a porque a atendente quer ser cooperada da UNIMED tem que pagar pra entrar, é uma cooperativa e pra você conseguir pagar, você tem que produzir, porque se você não produzir você não ganha. Aí você tem que marcar consultas, dá

pra você marcar uma consulta a cada hora? De jeito nenhum, se você marcar uma consulta a cada hora, você nem consegue entrar na UNIMED quem dirá pagar minhas contas, entendeu? Então, as pessoas acabam sobrecarregando a tua maneira de atendimento pra poder dar conta pra produzir e ganhar, porque é uma judiação esse negócio de plano de saúde de convênio, sabe, a UNIMED, ainda é uma cooperativa é uma estrutura completamente diferente. Se você pegar planos de saúde, você fala assim, pensa friamente, quem paga o plano de saúde? Paga bastante, não é a queixa né? E o médico ganha pouco, aonde que foi o dinheiro? Está ficando com intermediário, está ficando com os donos do plano, não tem como você fazer uma conta diferente, que o número de utilização que tem, você fala assim pega no seu dia a dia, não precisa fazer um estudo, mas pega no dia a dia você e quem está do seu lado, você paga plano de saúde? Pago, beleza, quantas vezes você usa no ano? Raramente uma consulta ou outra, entendeu? Quanto você paga efetivamente? Põe isso na ponta do lápis o ano inteiro de tudo que você paga e do que efetivamente você usou? Então não adianta os planos de saúde ficam falando, ah a gente gasta muito com internação. Gente, verdade? Não é possível, entendeu? Então, alguma coisa está errada, acho que isso acabou se perdendo, entendeu? E assim, eu sou do SUS e eu já vejo outro lado da moeda, entendeu? Das pessoas que não tem o plano e assim, o SUS a cada dia eu vejo que ele está melhor. Isso dentro da realidade daqui, tô falando de Bauru em si, eu não tô nem especulando pro Brasil todo, que eu não posso falar disso de maneira geral, mas eu vejo o investimento na saúde em si, embora ainda não seja ideal, está muito mais organizado do que era, porque você vai ver, um exemplo daqui de Bauru, eu trabalho no Estadual desde que praticamente abriu o Estadual, eu fui plantonista lá na Emergência, fui plantonista na UTI, plantonista na unidade de queimados, sabe eu trabalhei, acabei montando o centro de Pneumologia, junto com um amigo meu lá e especificamente é um hospital completo que se eu precisasse internar, eu ficaria muito feliz se eu fosse pra lá, entendeu? Não acho ruim. E mesmo assim, se você falar ah compara ele com o hospital da UNIMED que a gente tem hoje em dia, ele não perde em nada, muito pelo contrário, em até alguns aspectos ele é superior, entendeu? Em termos de tecnologia em si, ele está bem próximo, sabe, não tem grande diferença com um serviço que é particular

que toda vez a gente sempre considerou um particular quase inatingível em relação a SUS. Então, acho que mudou muito essa maneira de encarar e as pessoas do dia a dia também. Hoje, você vê muita gente que até tem condição de um plano de saúde, mas ela prefere utilizar o SUS, porque confia no processo do SUS, tem médicos muito bons que estão no SUS, sabe, ainda temos problema de remuneração, não é a melhor remuneração que tem, mas as pessoas que trabalham são porque gostam do SUS, sabe, abraçam a causa e acaba, sabe, aí você fala mas pow, trabalha no SUS, mas atende mal e tudo, sabe, é difícil é isso que estou falando, não é fácil você ter tantas jornadas de trabalho e manter a qualidade, manter a frieza de você está pensando em tudo que você não tem ali pra atender e tem que estar atendendo bem e sorrindo, eu não acho que isso justifica você tratar mal ninguém. Eu acho que se você não está satisfeito com seu trabalho não interessa, você na medicina ou fazendo qualquer coisa, porque hoje é o que você vê no dia a dia, as pessoas que te atendem mal são aquelas que realmente não são satisfeitas com o que fazem, não interessa o que estão fazendo, até um atendente do drive thru pode te atender mal e você falar, puxa não poderia procurar outra coisa pra fazer? Então, acho que é o mesmo questionamento, sabe. Eu só acho que esse posto do médico, ficou agora muita encheção. Agora tem como melhorar? Tem, sabe, porque esse tipo de médico que vamos dizer que não atende bem, que constantemente agride as pessoas. Por que efetivamente você não reclama pra ele no modo que pode mudar, adianta você ficar um e outro falando né, ah eu falei com meu vizinho, adiantou o que? Ele está lá, plantonista ainda, o que aconteceu o próximo vai deixar de passar mal no horário do plantão, porque ele esta te atendendo mal? Não, agora no consultório já muda, entendeu? Uma vez que uma pessoa te atendeu mal, você fala com outro e não necessariamente, ele vai te escolher, entendeu? Então, eu acho que assim, dentro do consultório, é a lei da oferta e procura, da qualidade ou não, embora você conheça muitas pessoas que você vai lembrar quando eu te falar isso, quantas vezes você ouve falar assim ah ele trata mal, mas ele é muito bom. Tem pessoas que eu conheço que destratam o paciente, que passa medicações extremamente caras que dá dó de você vê receitas que custam mil reais de remédio que tem ali e esse sim é o médico bom, entendeu? Então, é difícil conseguir consulta com ele, é um absurdo pra pagar a consulta e o que

ele passa de remédio é muito caro. Eu canso de receber gente que não teve sucesso nesse tipo de tratamento e o médico não conseguiu, sabe conversar com o paciente pra entender o que ele tem, tamanha é a rispidez e a falta de interesse na pessoa, mas que ele é considerado, pela sociedade, um médico bom porque ele é caro e trata mal, entendeu? É muito contrassenso, eu falo da parte cultural em si, é muito importante pra nós, sabe por quê? A gente não foi criado pra prevenção, a gente sempre remedia e normalmente tarde, é sempre esse brasileiro que deixa pra última hora, basicamente é o que a gente vê no dia a dia, não estou falando isso pra querer agredir, ah brasileiro não presta, não é nada disso, eu sou brasileira com orgulho. Mas acontece de que realmente, isso a gente tem essa cultura de que realmente a gente sempre dá um jeitinho pra resolver, né? Então na saúde vai ser no mesmo caminho, entendeu? Quem é que efetivamente, hoje em dia, vai a partir dos 35 anos, 40 no cardiologista pra fazer um checkup? Aqui é raridade, quando você está mal aí você procura. Aí quando você está mal, aí você está fragilizada e vai procurar, você quer para aquele dia, você não quer agendar, entendeu? Aí quando eu falo que tem vaga para daqui a três meses, aí é um absurdo como tem vaga só pra daqui a três meses? Daí você começa todo um problema, entendeu? Poxa, será que então não tem médico para todo mundo? Será que isso é o problema? Acho que esses questionamentos que a gente tinha que fazer melhor, entendeu? Não tem médico por quê? Porque está todo mundo doente, porque não procurou prevenção. Então aonde que eu tenho que atuar? Aumenta médico ou melhora a prevenção, sabe? Então é causa ou consequência? Você atua na raiz do problema ou só acessando, apagando o incêndio, entendeu? Então, essas são as dúvidas que eu falo até assim, já até puxo a sardinha para o lado da gestão e fica, não consigo mais separar as coisas, entendeu?"

Você acredita que existe uma supervalorização do médico em relação ao não médico? Você já identificou isso em algum espaço ou modo de tratamento entre as pessoas?

“Tem diferença, tanto que eu brinco, porque eu não falo que eu sou médica, porque as pessoas tratam a gente diferente. Eu não gosto disso, mas tem gente que gosta, faz questão de dizer eu sou o Doutor Fulano, entendeu?”

Porque a partir daí as coisas mudam no seu tratamento. É o que eu te falei, hoje em dia, nem tanto né? Porque mudou aquela figura de República, vamos dizer assim, não existe tanto mais. Mas ainda existe esse status sim, dentro de uma hierarquia, dentro do hospital tem essa diferença em si dos profissionais, eu acredito que tem.”

Você escuta muito enfermeiro falando? O próprio frustramento entre eles e o médico?

“Bom, veja é uma das maiores queixa que a gente vê, entendeu?”

Que tipo de reclamação?

“Tipo o doutor pode fazer tudo e ninguém manda nele, ele é inatingível, entendeu? É um dos problemas que a gente tem que agora eu ouço muito que agora eu tenho muito contato com a enfermagem e existe essa queixa, entendeu? É, eu não acho que é bem assim é realmente existe alguns locais em que você tem tipos de médicos que é desse jeito e como não consegue se atingir, mas eu acho que é tudo questão de, talvez até do preconceito, entendeu? Ah só porque é médico, acha que pode, entendeu? É tudo da maneira que você parte do pressuposto, às vezes, eu falo que não é só a medicina em si, é em relação a tudo, o presidente da empresa tem que ser sempre arrogante? Né, porque a gente tem isso na cabeça, o presidente é rico e arrogante. Por que a gente pensa assim? Não necessariamente ele é. E aí quando você é uma pessoa simples e que conversa com tranquilidade, ‘imagina você é médico?! Não é possível’, entendeu? Então é isso que eu, vamos dizer assim, que eu não falo nada, prefiro não dizer e eu sou só eu, eu sou a Deborah, eu não sou a Doutora Deborah, eu sou a Deborah, primeiro a outra pessoa, depois a gente conversa do resto, entendeu? Da parte profissional.”

Olhando a estrutura do hospital, você acha que de alguma forma a estrutura do hospital também favorecia essa orientação dos funcionários?

“Sim, porque era sempre a palavra do médico a única e era final. Hoje em dia não, hoje em dia já tem protocolos, a gente tem padronização, a gente tem equipes que tomam conta da parte profissional, de qualidade, perguntando

se está certo tem comissão de ética dentro do hospital, então, hoje em dia a gente tem vários órgãos dentro do hospital que checam e fazem valer, realmente, a qualidade em si, não só a visão e a opinião de uma pessoa que é o médico. Então, a enfermeira tem o espaço dela pra falar, o fisioterapeuta também tem. Então, hoje em dia, também está mais bem colocado, entendeu? Não tem mais essa hierarquia tão fechada que é só o médico que manda e o resto obedece.”

Mas você ainda enxerga?

“Ainda tem, mas é mais difícil. Acho que assim, algumas especialidades ainda acontecem um pouco mais do que outras, mas normalmente é muito mais difícil você encontrar. Não vou falar do particular, porque eu não trabalho no hospital particular. Mas no hospital público em si eu acho que é mais sensível agora você ter essa procura tão rígida que é o médico que manda que não é, efetivamente, não é. Você tem o gestor que trabalha com várias ferramentas de vários tipos de profissionais, uma equipe realmente trabalhando, não é só o que o médico diz, ele tem que pondera muita coisa junta, pra ele poder falar assim ah mas eu gosto desse antibiótico, você gosta, mas cadê, onde que está o estudo, aonde que comprova, que vale a pena fazer o que você está me pedindo, entendeu? Então, hoje em dia tem um pouco mais de questionamento .”

No hospital público?

“Isso, no particular eu já não posso falar. Mas no público, eu vejo que essa estrutura já mudou bastante.”

Mas, então, por que você acha que existe ainda muita reclamação de outros profissionais na área da saúde, ainda contando?

“Talvez, depende, eu não sei se, porque você sabe que a maioria trabalha em público e em particular e a gente nem sabe. Mas assim dentro do hospital é o que eu te falei é raro de ter, é, mas ainda tem, entendeu? Tem alguns médicos que ainda forçam essa posição e que brigam. O que eu vejo no dia a dia é que a conversa ainda está muito mais próxima com o profissional em si e mostrar pra ele que esse não é o caminho, tá? Então, é isso que eu

estou falando, acontece, porque eu vou dizer pra você que não, porque a gente ainda ouve reclamação? Mas na parte da gestão em si, está ficando muito mais claro que assim, sinto muito, se você não se enquadra o que a gente tem aqui como proposta do hospital, então é melhor você ir pra outro lugar.”

E você poderia citar outro exemplo assim, agora olhando a sociedade em si, o que aconteceu com você, quando você falou que era médica, o comportamento mudava?

“Ah aconteceu até com gente que era amigo. Quer que eu conte a história? Então eu posso contar. Eu fui à formatura de um amigo do meu marido, na época ele era meu namorado. E quando eu estava na formatura, a mãe dele estava junto e eu fui cumprimentar e ela mal olhou na minha cara e tudo, cumprimentou de longe, sabe e tal. Aí o filho dela depois falou assim, ah mãe essa aqui é a Deborah, lembra que é aquela que eu te falei que é médica. ‘Ahh, oie tudo bem?’. Aí muda o jeito de falar, o jeito de tratar e abraça e beija. Então, assim sabe é inacreditável como isso acontece, primeiro você é qualquer um, na hora que descobre que você está em qualquer cargo que seja de chefia, ainda sendo médico, nossa, é feio até. Uma vez, eu e meu marido a gente saiu e tinha uma moça que era nossa vizinha, ela nunca cumprimentava, na hora que eu passei a ser gestora em si e era chefe do marido dela, vinha dar abraço e beijo. Meu marido virou pro lado e disse está de sacanagem né? E eu olhando assim, virei pro lado, mas é acontece né? Sabe, então muda o tratamento.”

Assim, na época que eu estava prestando vestibular, tinha muita gente, 90% da área de biológicas queriam medicina e muitos apontavam que queriam medicina por causa do salário, você percebe assim, alguns funcionários no seu dia a dia com o mesmo pensamento?

“Se eu te falar que na época que eu estava na faculdade era nítido, na turma tinha gente que era assim. E eu acho que hoje em dia é um pouco mais difícil, porque a gente não tem tanto salário, o povo acha que a gente ganha horrores, não é bem assim. É o que eu te falei né, uma desvalorização geral, o plano de saúde acaba com você e não tem jeito. Então, hoje em dia eu acho que até mudou um pouco e as pessoas estão enxergando de outra maneira,

mas tinha muita gente que procurava sim por conta do salário. Mas eu acho que não é só o salário em si, mas a oportunidade de trabalho, porque, por exemplo, se tudo falhar se você tivesse um consultório e der errado, o plantão, normalmente, tem gente precisando. Então, o médico é sempre necessário, né? Pode não ser em um grande centro e você não consiga, mas se você sair da capital e for para o interior, em cidades menores, normalmente você precisa de gente, né? Então, acho que é mais a segurança de você se inserir no mercado de trabalho, não o salário efetivamente em si.”

Você enxerga mais interesse nos seus colegas então, de querer trabalhar com medicina com medo de não existir trabalho do que propriamente escolher a medicina?

“Não, os meus colegas de trabalho, a maioria não foi por se inserir. A maioria não, os que não foram por conta do lado humano, de tratar a pessoa em si, que foram por interesse, esse interesse era pelo valor do trabalho. Tanto que escolheram especialidades a dedo em que podiam ter esse retorno e não pelos que gostavam de fazer. E daí é que vem as pessoas preocupadas com o que fazem e não necessariamente tratam as pessoas como deveria, entendeu? Então tem gente assim, sim! Mas eu te falei, não acho que as pessoas vivem da medicina, entendeu? Acho que é de uma forma geral.”

É que o médico ainda tem aquela visão de ah é a profissão que você mais ganha bem e que é garantido.

“Então, é isso que eu estou falando, se você for pensar em atendimento e em consultório ou concurso público, esquece. Você vai ver o salário, você vê, mas não existe esse super salário. Agora, se você pensa em plantão, efetivamente, você vai ralar pra caramba. É porque as pessoas falam em plantão como que recebe muito, como se fosse uma coisa definitiva. Vai dar um plantão de 24 horas pra você ver o que é. Você sai destruído de lá, você não sabe nem pra que lado você está andando mais, sabe a quantidade de atendimento e você tem que está bem e tem que estar atendendo, um volume muito grande e, às vezes, não tem condição de trabalho necessário, entendeu? Então, ninguém presta atenção nisso, é sempre a grama do vizinho que é mais verde, né? Porque você acha que é muito fácil, ser médico ganha super bem e

está ótimo, não trabalha nada. Agora efetivamente, acompanha alguém. Fique num plantão num pronto-socorro pra ver o que ele faz no dia a dia, sabe, tem plantão tranquilo, eu já passei por plantão tranquilo sem ter intercorrência. Agora tem plantão que você não para, sabe, então não é fácil. Então, acho que as pessoas tendem sempre a achar que é sempre um caminho fácil que o outro está fazendo né? Tem sempre outro que fala 'imagina a Adriana não faz nada o dia inteiro'. Não é assim? É sempre muito fácil falar do outro né?"

Você acha que quando a pessoa escolhe ser enfermeira é porque realmente tem essa necessidade de cuidar da pessoa?

"Bom, eu já ouvi muitas histórias de enfermagem e eu lembro que logo no início o que mais se falava era assim que o enfermeiro era o médico frustrado, por quê? Porque não conseguia passar no vestibular de medicina e ia fazer enfermagem. Olha, eu já concordo completamente, eu acho que assim, a enfermagem em si, eu falo que eu tiro o chapéu para os enfermeiros, porque é um tipo de profissão, não só enfermagem em si, mas auxiliar técnico que seja. Ele tem uma vontade de ajudar efetivamente, colocando a mão na massa, é muito bonito o que elas fazem. E não adianta falar assim que o médico faria tranquilamente o papel da enfermagem, porque não faria. Eu não faria o papel de enfermagem, eu já te digo por mim, eu não tenho esse perfil. Eu não tenho e não consigo imaginar o quanto elas conseguem, sabe no dia a dia assim, ajudar efetivamente, a esse ponto. O tipo de trabalho não encaixa na minha maneira, entendeu? Esse de ser, de conseguir atuar, eu acho lindo, porque elas são muito versáteis, sabe elas tomam conta tanto da parte de administração, quanto da parte assistencial. Sabe, hoje em dia, eu comecei a mexer na parte de administração, eu sempre estive só na assistencial e elas já tem isso desde da formação, sabe, então é uma visão muito legal de ver a situação delas, eu admiro muito. Não que eu não acho os outros importantes, mas a enfermeira em si eu acho um ponto fundamental dentro do atendimento de saúde."

E por que você acha que tem tantos enfermeiros frustrados, que reclamam da profissão, da jornada de trabalho?

“É porque não é fácil, realmente elas estão extremamente sobrecarregadas. Hoje em dia, as políticas que estão tendo em relação a diminuição de carga horária e de jornada de trabalho em si, eu acho que são nada mais justo sabe, porque realmente é um trabalho muito pesado e aí você tem uma remuneração que não é tão efetiva, agora melhorou eu acho que agora está sendo um pouco mais valorizado em si. É está aparecendo mais o trabalho delas, das enfermeiras de maneira geral e está começando a aparecer um equilíbrio, vamos dizer assim, de jornada de trabalho com remuneração. Agora eu acho que está chegando num campo melhor, mas realmente era muito pesado, elas têm toda razão de reclamar.”

Então assim, elas não eram satisfeitas com o trabalho?

“Não, porque era uma carga de trabalho muito maior, uma jornada de trabalho muito intensa, um tipo de trabalho que era realmente carregar um piano nas costas, entendeu? Para estar na parte assistencial e administrativa de todo o serviço que elas têm que fazer no dia a dia e não, necessariamente, com uma remuneração que fosse justa. Então, hoje em dia, eu vejo que está bem melhor, mas passaram muito aperto.”

E já que você falou da importância das enfermeiras. Pra você, qual seria a importância das nutricionistas e dos fisioterapeutas?

“São trabalhos completamente diferentes né?! Mas a gente acha assim, como eu te falei um médico não faz um papel de enfermeira, ele não faz um papel de fisio e nem de nutricionista são coisas extremamente diferentes, né? Com importância distinta, mas eu acho que assim, hoje em dia, a gente fala muito de equipe multidisciplinar, multiprofissional, então assim eu não vejo como não trabalhar em conjunto, tá? Então, aquilo que era ao médico a importância, depois ficou o médico e o enfermeiro e agora é o médico, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico, assistência social, psicólogo. Todo mundo é importante no contexto que a gente tem que aprender a trabalhar sabendo qual parte cada um ajuda a trabalhar em conjunto, sempre beneficiando o paciente, entendeu? Essa estrutura agora que eu te falei que modificou, tirou um pouco do foco do médico, para ter um foco

multiprofissional. Então, eu acho que esse é a parte mais interessante das mudanças que a gente tem na saúde em si é realmente essa mudança.”

E essa equipe multiprofissional já pode ser vista nos hospitais?

“Já, está tendo. Nossa, mudou muito. Sabe, a estrutura multiprofissional existe, você tem visitas, vamos dizer assim. Todo dia você passa o que a gente chama de visita, que a equipe vai lá e avalia em conjunto, assim. Cada um tendo o seu ponto de vista pra chegar num benefício maior que a assistência deu. Ah então, o médico dividiu, vamos dizer, a coroa em si da importância do médico em ditar tudo que era feito e agora não, é dividido na equipe. Agora é um trabalho em grupo, um trabalho em equipe. Por isso eu acho assim importante, não dá para dizer quem é mais importante, todos são importantes juntos e isso é como na sociedade, né? Porque você acha que o cara, o prefeito ou governador é mais importante que o gari que está limpando o lixo? Não é mais importante, estão em posições diferentes, mas a importância deles é muito distinta e não dá pra dizer o que é mais ou menos importante, entendeu?”

Você acha que esses trabalhadores que você citou são mais desvalorizados na sociedade em si?

“Acho que sim, como mudou a estrutura do salário, as pessoas estão enxergando de outra maneira, porque estão vendo o trabalho deles agora de fazer efeito em si, né? Porque quem ficava internado, quem era a pessoa que passava? Era o médico que ditava a regra e assim eles executavam né? Então sempre era o médico o importante. Hoje em dia, está o médico, mas a enfermeira está todo dia ali, o fisioterapeuta está todo dia atendendo, a nutricionista passa para ver se está tudo bem. Então mudou o foco, as pessoas estão entendendo que agora é uma equipe e não mais questionam ao médico em relação a todo o tratamento, entendeu? Eu acho que agora sim está se difundindo está divisão de trabalho e aí melhora a atuação e o reconhecimento, vamos dizer dessas profissões em si. Então dos últimos anos pra cá melhorou muito.”

Mas que forma você ainda enxerga essa desvalorização?

“Bom, eu acho que assim, a medicina sempre chama muita atenção por falar que é médico, então essa valência social que as pessoas falam de ó é doutora, é médico, entendeu? Então, ainda é uma geração da minha vó, da minha mãe, vamos dizer assim que ainda tem um pouco disso dessa importância do médico em si, mas hoje em dia está mais diluída. Acho que de agora em diante vai mudar bastante, tá? Porque é outra visão, outra realidade em que as pessoas que agora são jovens, adolescentes em si, já vão pegar uma vivência a partir daqui que tem um trabalho em equipe. Então, eu acho que agora em diante, as coisas se equacionam mais e talvez você tenha uma melhor divisão entre as profissões, vamos dizer assim, na área da saúde, né? Mas você pode ver que, hoje em dia, as pessoas que eram pouco procuradas, agora você tem uma procura muito maior. Até dentro da biomedicina que era uma coisa assim que ninguém sabia nem o que era e, hoje em dia, você tem uma concorrência até pelas vagas, de como atuar, o que faz no dia a dia.”

E que aspectos positivos e negativos, você poderia apontar na sua profissão de médica?

“Então assim, positiva é que eu gosto de fazer o que eu faço né? Gosto de ajudar, gosto de estar com o paciente, de fazer o possível para que ele tenha o benefício, vamos dizer assim na vida, pra que ele sofra menos, o que eu puder fazer. Agora contra, realmente, é o que eu te falei, esse tipo de procura que a gente tem ainda dos planos de convênio que eu acho que não é justo, de ver o quanto eles pagam pra conseguir ter acesso, sabe? E o SUS, agora está melhorando muito, disso de você conseguir ter mais acesso e você ter um tratamento de ponta em si, que eu acho que diminui um pouco essa. Eu acho que o que mais me deixa triste, realmente, é esse tipo de agressão que a gente sofre, sabe? De ficar num posto de ser chamado de mercenário, de patricinha e que eu não me encaixo nisso e que eu fico, realmente muito triste de ver as pessoas falando assim, agredindo, entendeu? E não é só de médico em si, já que eu estou falando da profissão né? Então eu acho que é injusto pra qualquer um você ter esse preconceito, de você chamar a pessoa e rotular por causa de uma profissão e achar que todo mundo é igual, sabe? Não é, eu não sou igual e não gostaria de ser tratada como igual, então eu acho que é isso que me deixa mais triste. É isso!

Entrevista 2 – Enfermeira Daniella Leitão

Por que você escolheu fazer enfermagem?

“Por quê? Então eu queria área da saúde, na época. Aí eu procurei, pesquisei e medicina pra mim, é muito tempo estudando e eu queria trabalhar logo, eu era muito ansiosa, adolescente. E aí eu li sobre enfermagem e me interessei, só que eu só decidi fazer enfermagem, porque eu peguei o ônibus para o terceiro colegial e falei com uma amiga da minha mãe, de muitos anos e eu falei: quero fazer enfermagem. Ela olhou para o meu rosto, muito séria e falou: ‘você não vai está cuidando de boneca viu, você vai esta cuidando de gente’, aí não sei se foi o desafio do que ela falou, mas eu amei né. Aí foi uma coisa meio forte, que me deixou pensando, aí eu fui mais atrás ainda e decidi fazer enfermagem, um dos porquês foi por causa disso que ela falou, não é brincadeira, é gente que você vai esta cuidando, então é isso que eu quero.”

E você não sentiu a responsabilidade na hora? Não balançou assim um pouquinho?

“Eu senti a responsabilidade, por isso que eu quis, entendeu? Tipo assim aí eu não quero porque vai ser muita responsabilidade, não. Porque era um passo que eu estava dando, então eu não podia assim ah eu vou fazer o que? Não tem profissão brincadeira. Então, a hora que ela falou isso, ela falou olhando bem para o meu olho, eu nunca vou esquecer isso. Então a hora que ela falou, eu falei é isso mesmo que eu quero, é essa responsabilidade que eu quero, não quero, realmente, cuidar de boneca, eu quero cuidar de gente e é isso que eu quero. Eu decidi ali que queria enfermagem, no ônibus.”

Então, pelo que eu entendi já passou pela sua cabeça de fazer medicina antes de fazer enfermagem?

“Já, não é que passou pela minha cabeça fazer medicina. É que eu queria área da saúde e daí, psicologia eu achava muito parado, eu não sabia muito de enfermagem. Na época, eu não ouvia muito falar de enfermagem. De enfermeira, eu ouvia falar de técnico que dava injeção era só isso. E aí quando eu fui atrás, eu falei eu não preciso fazer medicina, eu quero cuidar, entendeu? Então, deve ter outra coisa, entendeu?! Então, não que eu sempre quis fazer

medicina e não deu certo. Não, eu queria área da saúde, mas eu queria uma coisa a mais do que técnica de enfermagem, entendeu?”

E há quanto tempo você atua na profissão?

“Tudo faz uns seis anos, só que assim eu trabalhei, não só nesse hospital. Porque eu me formei e comecei a trabalhar de *home care*. Logo que eu me formei, então assim, eu conto isso né, tenho no meu currículo.”

Você é daqui de Bauru?

“Eu sou de Bauru, sempre fui.”

E aí você trabalhou sempre aqui em Bauru?

“É eu trabalhei aqui em Bauru. Esse *Home Care* que foi o meu primeiro emprego como enfermeira, eu era enfermeira de um bebê de quatro meses de uma família. E ela mora aqui, mas vive mais nos Estados Unidos e aí eu fui pra lá e fiquei três meses lá com eles.”

Ah é, nos Estados Unidos?

“É eu fiquei em Porto Rico. É, e aí eu voltei pra cá e queria hospital, UTI, eu louca né?! E aí eu fiquei um ano com a família e três meses eu passei lá com eles. Eu era enfermeira do bebê, no caso.”

Então você morou três meses lá nos Estado Unidos?

“Lá como *Home Care*.”

Depois voltou pra cá?

“Voltei pra cá. Então eu me formei, fiquei aqui. Fiz a papelada e fui pra lá. Fui pra lá, voltei pra cá e fiquei mais um pouco com essa família e depois eu parei. Aí comecei a estudar para o hospital.”

E por que você parou?

“Porque era uma patroa e era muito difícil a convivência. Eu ensinava uma coisa pra criança, ela ensinava outra. E eu via que aquilo ali, eu ia ficar frustrada numa vidinha ali de *home care*. Não ia aprender a puncionar uma

veia, não ia aprender o que eu formei, entendeu? E a convivência com ela estava muito difícil. Ela me queria integral, eu cuidava muito bem do bebê, mas eu era uma adolescente, ainda tinha uns deslizes né? Mas ela me queria integral. E eu trabalhava 12 horas por dia, a minha única folga era no domingo, isso quando ela não pedia pra eu ir lá um pouquinho à tarde pra dar uma lavadinha na banheira. Vê como ela me queria 24 horas.”

Como uma babá?

“Como uma babá ou mais que uma babá, que acho que hoje babá tem mais direito. Então, foi bom, foi, mas eu acho que era uma coisa que eu não estava preparada, acho que ninguém está. Então, eu não sei, eu estava ficando louca, muito cansada, eu namorava na época e não estava dando atenção pra ninguém. Eu estava exausta, ela mimava e quanto mais ela mimava, mais eu tentava acalmar ele, mais ele chorava o dia todo. E tinha dia que eu nem vi ela, eu cuidava do bebê o dia todo. Nos Estados Unidos, já teve episódio de eu precisar levar ele para o banheiro pra fazer xixi comigo, porque aonde eu ia deixar essa criança, ele já engatinhava. Eu falei ele vai morrer, aí eu levava ele para o banheiro, porque ela não estava e aí aonde ela ia eu tinha que ir junto, sabe aquela coisa 24 horas e eu nunca tinha trabalhado assim. Então, eu acho que, eu não sei, eu não estava aguentando.”

E o bebê tinha algum problema de saúde?

“Nenhum.”

E esse acompanhamento assim era para?

“Porque ela tinha dinheiro. Era uma prevenção, só que a hora que eu orientava tipo ah acho melhor não fazer isso, ela dizia ‘não, eu vou fazer’.”

Mas essas orientações eram todas voltadas para área de saúde?

“De saúde, exatamente. Então, ela não precisava de uma enfermeira, na verdade. E aí eu tinha alguns problemas, ela deixava outras pessoas cuidando junto pra me ensinar e era muita coisa e eu não aguentei, o baque, a pressão. Acho que existia uma pressão e eu não aguentei de verdade, acho que não deu certo para mim e era sem folga lá pra mim.”

E era pesado né?

“Muito.”

E hoje em dia você trabalha com o que? Que especialidade da enfermagem?

“Então, eu me formei em obstetrícia. Eu trabalhei sete meses na Unimed. Aí sai, porque não dava, a Unimed para mim era um local que não dá, não tem ética, não é meu perfil, eu não trabalho desse jeito. Então, eu trabalhei como obstetra lá, fui contratada pra isso, só que aí fiquei sete meses só e aí não deu certo e lá no Estadual, eu entrei pra aprender a olhar o paciente, cuidar de paciente que eu não sabia. Então, depois que eu peguei uma certa mão. Em clínica médica, eu trabalhei três anos, então eu sabia tudo de clínica médica.”

Clínica Médica é o que?

“É a internação, paciente acamado, esse tipo de coisa. Eu trabalhei três anos, então lá você aprende muito. Daí eu decidi fazer obstetrícia que é o que eu gosto.”

Ah você decidiu lá?

“Eu decidi na faculdade, na verdade, só que a pós em obstetrícia era muito cara. Então, o que eu falei, vou trabalhar e quando eu tiver minha grana, eu vou fazer uma pós e foi dito e feito. Eu fiz minha pós, trabalhei na Unimed e sai e tal. Então, hoje eu amo obstetrícia, se precisar. Eu, às vezes, pergunto, entrego currículo. Então, eu trabalhei nos dois, foi bem pesado. Até hoje se precisar, dependendo do horário, eu trabalho nos dois, porque eu amo obstetrícia. E no Estadual, eu trabalhei dois anos na Clínica Médica e eu estou a 1 ano no ambulatório, porque depois de dois anos na Clínica Médica, abriu esse remanejamento de ambulatório. E aí que eu não queria porque eu amava Clínica Médica, mas eu estava cansada, tudo era Daniella, o médico me chamava, o paciente me chamava, o acompanhante me chamava, a técnica de enfermagem me chamava só dependia muito de mim e eu estava cansada.”

Era só você?

“Era eu, mas eu ensinava as enfermeiras mais novas.”

Uhm é que você era a mais antiga, né?

“É e aí eu estava ficando exausta, só que eu não percebia, eu adorava. Quando eu fiz o remanejamento, uma amiga minha que falou Dani, uma amiga mais velha, de idade inclusive e de hospital, falou presta que é sua cara, você vai descansar final de semana e eu falei, mas eu não quero e ela, mas está na sua cara que você está exausta e aí ela me convenceu uma semana, daí eu falei está bom. Aí eu fiz o remanejamento, falei com minha supervisora que eu amava de paixão, aí eu falei olha eu estou fazendo, mas eu não quero. Aí ela falou, olha vê o que é melhor pra você, aí eu fiz.”

Você teve que fazer uma nova prova?

“Não, era só uma inscrição. Aí eu fiz a inscrição, ela assinou, sabe, com muita boa vontade, uma graça e aí a hora que eu mandei, eu não passei, dei pulos de alegria e falei graças a Deus que eu não passei, porque eu não queria. Aí continue trabalhando e eu, realmente, vi que eu estava cansada. É aí deu um mês, mais ou menos, me ligaram e falaram olha aquela vaga, não, houve um remanejamento no hospital, no organograma, houve uma mudança no organograma, melhor assim dizendo, e a supervisora que foi para o ambulatório, me conhecia e ela viu meu nome no remanejamento e aí ela me ligou falando: tem como você descer pra conversar comigo? E eu: ‘tem, eu desço’, eu estava feliz e contente. Aí desci e ela fez uma reunião com as enfermeiras de lá e disse: ó a Dani vai trabalhar com a gente e eu disse oi?”

Ela nem perguntou?

“Não, aí minha supervisora desceu junto e ela começou a rir e disse ó fica a vontade aqui. Aí eu já gostei do jeito que as meninas me acolheram, na época. Aí eu falei: ah, eu gostei de como foi. Aí ela falou: ah, pensa, você tem duas semanas pra pensar, você me dá uma resposta, uma semana pra você pensar, segunda-feira que vem você me dá uma resposta, era uma terça. Aí eu falei: ‘tá bom’, aí pensei uma semana, conversei com meus pais, com as amigas mais íntimas. Aí eu falei: eu vou. Então foi um tiro assim, no escuro,

mas eu fui e deu certo, faz um ano que eu estou lá. Então, eu não falo que eu fiz alguma...é minha área, eu considero minha área obstetrícia, mas como é um hospital que tem essa flexibilidade que dá pra você ir para os lugares, eu gosto de lá. Tem o final de semana, que não é...eu trabalhava no final de semana tranquilamente, eu trabalhava de manhã, mas no fim de semana eu precisava descansar, então juntou a fome com a vontade de comer”

E qual foi a diferença assim principal entre a clínica médica e o ambulatório, tanto no seu trabalho, quanto na sua jornada?

“Ó Clínica Médica é mais pauleira, porém são seis horas, deu seu horário tchau, passou o plantão tchau, vai embora.”

Ah Clínica Médica tem plantão?

“Clínica Médica você pega o plantão às 7 horas são 43 leitos, você tem que dar conta. É médico, você tem que discutir o caso com o médico. É você que colhe inúmeros exames, resolve dieta, resolve problema social, junto com a assistência social, você resolve problema de nutrição junto com a nutricionista, mais sozinha do que com elas, porque elas ficam lá embaixo e você meio que resolve e passa para elas, você faz visita, você evolui o paciente, eu tinha que evoluir fazer prescrição de enfermagem, fazer diagnóstico de enfermagem, tudo isso em 6 horas.”

É isso que eu ia falar, dava tempo?

“Dava tempo, nós somos ninjas, dava tempo. É, e essa dinâmica, essa loucura era gostosa, entendeu? E as técnicas de enfermagem, além disso, tem que supervisionar seis, vamos jogar alto o número, seis técnicas de enfermagem, onde você tinha que entrar toda hora no quarto para ver se elas estão fazendo certinho e tirar a dúvida delas, é providenciar material que tudo isso aí é enfermeira, é arrumar passagem de plantão, porque tem que está impecável pra você passar o plantão decente para a próxima enfermeira, não deixar rabo. Rabo que eu falo, é deixar uma sonda, por exemplo, que dava pra você ter trocado, entendeu? Tanto vesical, quanto de nasoenteral que dava pra você trocar, aí fala: ah eu estava sozinha e não deu, dava pra trocar,

entendeu? Então, não deixar coisas para o outro plantão. É, tentar fazer com que a harmonia entre as técnicas flua, que é um milagre.”

Tem muita intriga?

“Não é intriga assim, elas se amam, uma graça, pelo menos a minha equipe era assim. Só que o trabalho, você lavar uma louça é diferente de eu lavar e elas têm que trabalhar juntas, elas não podem dar um banho sozinha, entendeu? Se ela está dando banho sozinha, eu tenho que ir lá ajudar é minha obrigação. Então, se ela está dando banho de um jeito e a outra de outro, ela já pega ar. Ela quer ficar com a fulana que dá o banho igual a ela, que é amiga, que vão embora juntas e eu não posso. Eu não posso deixar dupla, cria rixa.”

Cria panelinha né?

“E não pode. E além de fazer o dimensionamento de base, eu tinha que fazer uma escala de atividade, mas é...eu esqueci o nome, uma...por grau, grau se o paciente está tranquilo, se ele está intermediário, se ele está grave, você tem que fazer essa escala. Então, a hora que você faz a escala, você tem que colocar duplas, que elas têm que trabalhar em dupla, mas você tem que mesclar as duplas. Hoje você manda ficar na semana, mas elas são amigas, então tem que deixar só hoje e amanhã tem que trocar.”

É uma escala mesmo né? Que vai rodando?

“Que vai rodando, a escala roda nos pacientes, elas não podem ficar com o mesmo paciente, aí ela fala: ah mas eu já fiquei com ele ontem, não, tudo bem então a gente troca, eu não sou, não é meu perfil ser aquela enfermeira: não, você vai ficar com ele hoje, não, eu não sou.”

Mas isso é uma política que vem de você ou é uma política que vem do hospital?

“O dimensionamento de paciente, junto com o de pessoa, é do hospital é de enfermagem é lei. Agora o jeito que você faz isso é com as enfermeiras que, por exemplo, eu poderia colocar uma técnica com um paciente por uma semana, você fica naquela quarto por uma semana, se vira, se você gosta ou não gosta. Tem três acamados lá, ferrados, o problema é seu, mas não, eu

mesclava. E elas adoravam, entendeu? Eu gosto de ser assim, com a equipe eu gostava de conversar e não de impor: o que vocês querem? Ah, a gente queria ficar cada dia com um paciente, Dani, que é mais tranquilo. Se der problema, eu vou ficar brava e a gente vai mudar, não, não vai dar problema. Aí eu fazia do jeito que elas queriam, obviamente, de um jeito que ficava confortável pra mim, dava algum problema eu já mudava tudo, que era difícil dar problema, mas dava. Aí elas conversavam entre si, Dani, a gente já conversou. Então, a equipe era bem legal, então eu gostava. Então, o que eu mais senti falta foi da equipe.”

Mas aquele vínculo assim, entre pacientes e enfermeiro que acaba sendo um pouco mais forte, pelo menos assim na minha visão, do que o construído assim entre paciente e médico, porque o enfermeiro fica mais na rotina com o paciente e tal?

“Sim, eu era de entrar no quarto e bater na mão do paciente assim oh, como o senhor tá? Já sabe o jeito que está, o paciente me chamar porque não está bem, é um vínculo, porque assim clínica médica é muito rotativo, o paciente fica, tem paciente que fica três meses e tem paciente que fica 10 dias, ah não já tem paciente que fica um ano, tem paciente que fica seis meses, então é muito rotativo. Então, você pega um vínculo, mesmo que ele fica 2 dias, entendeu? Ou seja, não adianta.”

Mas essa rotatividade que você estava falando de profissionais, não acaba meio que perdendo esse vínculo entre as enfermeiras ou as técnicas de enfermagem com o paciente, porque cada dia era uma que ficava?

“Não, porque assim oh, como era cada dia que uma ficava principalmente com os pacientes que ficavam bastante tempo, uma já sabia como era o paciente, eu justamente mesclava para que todas as técnicas soubessem de todos os pacientes, aonde era a lesão? Quantas lesões tem? Para você deixar o carrinho pronto. Então eu senti esse feedback. Então, quando eu mesclava elas, elas falavam: ai Dani, eu vou ficar com fulano? Ah então tá, eu vi que semana passava ele tinha exame hoje, então eu já vou dar banho nele primeiro, pode ser? Sim. Então, ela ficou com ele semana passada, ela já marcou na agendinha dela que ele tinha um exame para outra semana

ou pra outro dia ou daqui a dois dias e ela já deixava isso na cabeça, por exemplo.”

O mais usado?

“Isso, então todo mundo sabia de todos, por exemplo, enquanto duas estavam dando banho lá no quarto último. Eu estou precisando de ajuda aqui com esse, aí entra outra duas que o paciente não pertence a elas, mas elas já sabem como que é. Às vezes entra ah eu cuidei dela ontem, ela sabe”

Qual é o quadro dela?

“Exatamente”

E você se considera satisfeita, realizada em relação a sua profissão?

“Olha, tem 50% e 50% aí. Vamos por o primeiro 50%, eu amo o que eu faço, eu faria enfermagem de novo.”

Você nunca pensou em desistir de enfermagem?

“Desistir?”

É, desistir da profissão e fazer outra coisa?

“Já, na hora do calor, daquela exaustão, de telefone tocando e meio que enchendo o saco e você precisa parar o que você está fazendo pra você ir lá colher o exame que tem que ser agora ou você... já, já pensei em desistir sim.”

Mas a sua desistência tem haver com a relação entre os profissionais da sua área ou a relação com os pacientes ou a comida?

“Não, não é o paciente. É em relação à rotina que, às vezes, é pesada, às vezes, é a rotina, às vezes, é por conta de médico também que. às vezes, você não consegue ter uma relação decente, sabe profissional e em relação de enfermeiro pra enfermeiro também que eu nunca pensei. Eu percebi isso ano passado que foi 2013. Foi 2013 ou 2014, foi entre esses dois anos, ou melhor, foi iniciando nesses dois anos e foi aumentando com o tempo que ‘eu sou enfermeira tanto quanto você, mas você quer me destruir, então você quer saber mais que eu’. Em vez de você chegar assim e oh Dani, aquela técnica

que você fez estava errado eu aprendi assim, eu vi nesse site, você quer ver, eu vi nesse livro, não, ela ri da tua cara que você não sabe, entendeu? Aí eu me decepcionei. Isso foi o pior pra mim, foi quando eu falei nossa enfermagem é legal, mas ela machuca, entendeu? Não sei porque, os médicos são tão unidos, eu vejo quando um faz uma cagada no centro cirúrgico, por exemplo, opera outra perna, arranca outra perna, um cobre o outro, um protege o outro e acabou, eles ganham até o processo. Só que enfermeira não, ela ri da sua cara até a morte, entendeu? Ela te denuncia e isso eu não acho legal.”

E falando um pouquinho da relação com o pessoal que você já tocou no assunto entre médico e enfermeira, você tem algum exemplo prático pra dar que você já se sentiu inferiorizada?

“Já, ontem eu estava lá nos curativos e queimados e um médico, eu falei: Doutor, um paciente está com pressão baixa, só que eu já estabilizei a pressão baixa, eu tenho capacidade para esse setor. Pressão baixa se você, o paciente estava sem comer, ele estava com clínica de pressão baixa, eu ia elevar membro inferior dele, elevar a perna dele, depois que dava uma estabilizada, eu dou alguma coisa pra ele comer, se não melhorar eu descia ele para Emergência. Ele me cortou e falou: desce pra Emergência que aqui não é lugar de, como ele falou: é vai descendo pra Emergência, aí a hora que eu falei que eu consigo, ele disse: aqui não é lugar de resolver pressão baixa, pode descer ele pra Emergência. Então, para eu não discutir, ficar discutindo com ele, sabe quando você não quer, você quer terminar o seu dia bem, eu descii o paciente pra Emergência, só que nesse caso ele que sofreu, porque desceu e eles não fizeram nada por ele lá, fizeram o que eu ia fazer lá em cima. Eu passei o plantão pra enfermeira de lá, e a gente não fez nada com ele aqui, a gente deu pra ele o que comer só, inclusive ele estava morrendo de frio aqui que ele estava na sala gelada, aí eu falei: não, beleza eu estou indo aí buscar, depois eu fui buscar.”

Mesmo sendo um hospital público, você ainda sente que existe essa hierarquização, parece que seu chefe é o médico?

“Não, ali eu podia discutir com ele e bater o pé é que eu não quis. Se eu discutisse com ele e falasse assim: eu vou estabilizar o paciente aqui, se ele

não melhorar eu vou descer ele pra Emergência, só que como eu estou no ambulatório à tarde sozinha, a minha supervisora vai embora e qualquer coisinha eu tenho que chamar a supervisão geral, então não que eu não tenha respaldo, eu tenho, mas vai me dar mais trabalho. Então, eu não quis entrar em conflito, você entendeu? Mas eu tenho como, se eu quisesse eu teria como enfrentar ele e fala: escuta, eu vou estabilizar o paciente aqui e depois eu desço ele pra Emergência, se o senhor quiser espremer aí problema é seu. Aí eu ia lá estabilizar o paciente, é eu tenho certeza que eu ia conseguir, mas pra não criar probleminha ou ter, sabe, ter que chamar a supervisão de enfermagem e o paciente lá, pra não ter isso eu decidi: não, beleza eu vou descer ele, aí eu desci, mas eu já discuti com médico, já ganhei.”

Nesse sentido, o hospital te dá liberdade pra isso?

“Super, total, provavelmente a supervisão de enfermagem iria ficar do meu lado, eu ia ligar pra ela e ela ia falar: não, se dá pra estabilizar, porque esse é o lema do hospital, ou seja, acho que é o lema de qualquer hospital, se dá pra você resolver o problema, não precisa levar o paciente, imagina o mal estar dele durante o trajeto pra Emergência, eu já conseguiria deitar ele numa maca lá, a gente tem condições pra isso, uma pressão baixa sim, agora se fosse uma pressão de 22 por 14, uma coisa mais séria eu desceria ele pra Emergência como eu já fiz, mas nesse caso era fome, uma hipoglicemia, eu, eu tenho um aparelho de pressão que é o que eles ia fazer lá. Então, nós existimos justamente pra isso, pra você prever o atendimento de emergência, não precisava descer ele pra lá. Se a minha supervisora tivesse ou fosse um pouquinho mais cedo e minha supervisora tivesse lá eu ia falar: Valéria, eu estou estabilizando o paciente aqui tá? Ela ia falar: beleza entendeu?”

Você ia se reportar a ela?

“Eu ia me reportar a ela, lógico estabilizando, se eu fosse trazer o paciente aqui, eu ia estabilizar ele lá e ia deixar ela ali: você olha ele pra mim que eu vou lá enquanto isso, eu aviso ele ou eu dou uma ligadinha para Emergência, já deixo a enfermeira ciente diz que eu estou descendo ele, se precisar, sabe ia ser um pouquinho mais organizado, mas como ficou essa coisa chata e aí eu falei, ah eu não vou discutir com ele, aí falei ah tá bom,

desisti, eu não tinha respaldo e outra, eu não gosto de incomodar a supervisora, ainda mais com esse tipo de coisa, uma pressão baixa, entendeu? Aí eu falei deixa quieto, eu desço ele pra Emergência, só que eu tive que tirar uma técnica de enfermagem, eu estou com três técnicas de enfermagem a tarde, uma está de férias e a outra está de licença a maternidade. Ah, lembrei, tinha uma da manhã que graças a Deus estava indo embora e ela falou: eu vou levar, mas eu estou indo embora, daí eu falei não, leva ele pra mim, que eu estava ajudando no curativo dos queimados, sabe? Então é complicado.”

E a estrutura do hospital, você percebe que a estrutura do hospital pode valorizar o médico em relação aos outros profissionais ou você não percebe isso no lugar que você trabalha?

“Você fala em estrutura física?”

Isso ou a própria estrutura de tratamento também das pessoas. Como elas tratam vocês, os profissionais que não são médicos dos profissionais que são médicos, você sente essa diferenciação de tratamento?

“Oh, por incrível que pareça, eu acho que o Estadual é um lugar que dá bastante valor pra enfermagem. Então, além do Estadual eu não percebo que, por conta da estrutura, exista um, é a estrutura, tipo você vai ter que descer, você vai ter que levar o paciente até o elevador pra poder descer ele para Emergência, o que o médico ia fazer ou não. Uma coisa que eu acho que deveria, nesse caso, é que aqui é ambulatório entendeu? Ambulatório não tem médico ali é que esse ambulatório não tem médico 24 horas ou pelo menos as 8 horas que a gente fica, mas não sei, acho que nesse caso de estrutura, aí você está com outra situação, teve um médico semana passada que ele é uma graça, uma graça mas eu não gostei da postura dele, ele falou assim para mim acho que deveria ter um médico que atendesse esse tipo de coisa, por exemplo, um médico especializado em plástica, um cirurgião plástico, ele deveria atender esse paciente que está passando mal, não precisa ser os primeiros atendimentos, esse médico não atende, eu já vi que, eu já tive situação, por exemplo, Doutor o paciente está com hipoglicemia, mas está 70 o senhor prescreve, não, eu não sou clínico geral, eu sou plástico desce esse paciente pra Emergência, tá bom.”

Quer dizer, um dia ele foi clínico geral né?

“Mas ele já passou dessa fase. Então eu tive que descer, Graça a Deus, nessa época, eu estava com outra enfermeira e eu tive que descer com o paciente na emergência para ele ser medicado com duas ampolas de glicose, é complicado.”

Você percebe ainda muito autonomia por parte dele?

“É dava para ele prescrever. Tem médico que ainda não...o que que dá para a gente fazer, “ah Doutor prescreve aí para mim um dipirona que ele tá com dor”, beleza. Agora tem médico que já não, “não, não, desce para emergência, não quero perturbar minha cabeça, estou atendendo os pacientes do ambulatório”. E “Acompanhante não está bem”, aí eu levei a acompanhante lá. É uma mal estar, eu vou dar uma comida para ela que faz tempo que ela não come, é o que mais acontece lá, eu vou dar comida para ela porque ela não come mas tá tudo tranquilo, aí ele “Não, mas qualquer coisa desce ela para emergência”, falei “Doutor para eu descer para emergência, o senhor tem que ligar passar o caso para o médico de lá, é o que falo para todo médico”. “É mas você dá um jeitinho, não dá?”, eu falei “Não doutor, você vai ter que ligar, é uma acompanhante, é uma acompanhante, mas você vai ter que ligar e avisar que ela tá descendo”, “É mas é complicado porque já estou indo embora”, aí eu peguei e fechei a porta. Sabe, tipo, depois eu vejo o que faço, resolvo, eu me viro. Aí depois ele foi lá, “Viu Dani, eu já liguei para a emergência, desce ela lá”. “ah a pessoa tá um pouquinho mais alto”, ele falou “Não, é melhor descer, já falei até com o médico”. Aí eu desci.”

Mas toda vez que o médico pede para descer para a emergência, ele tem que ele mesmo ligar?

“Graças a Deus mudou isso, antes era a gente que se ferrava com a enfermeira de lá. “Então fulana, eu estou descendo que o paciente está passando mal, o doutor pediu”. “Ah mas aqui está cheio, tá passando mal como?”, “Ah ele está com pressão baixa”, “Tá, beleza, desce, eu passo com médico aqui”. Aí ela, coitada, via lá e passava para o médico, aí o médico esperneava com ela e eu desci o paciente. Só que hoje mudou, Graças a

Deus, agora mudou, agora eu passo com a nova enfermeira, “o médico vai ligar aí para descer o paciente”, aí o médico que pediu para eu descer, ele liga para ela, depois liga para o médico, “Fulano, ó, estou descendo um paciente que tá assim assim assado”, aí ele quer receber ou não.”

Mas aí se ele não quiser receber, o que acontece com o paciente?

“Ele não recebe o paciente, eles discutem, geralmente, o paciente, a gente estabiliza o paciente lá, já teve caso.”

Aí vocês mesmo que têm que resolver o problema

“É nunca teve caso grave, foi caso tipo, não deixa aí estabilizado que o doutor não quer atender agora. Já teve já.”

Hmm, entendi. Então você diria que dentro da área da saúde há uma supervalorização do profissional médico em relação aos profissionais, mas não só na área da enfermagem, mas você nota isso também em outros profissionais como fisioterapeuta, nutricionista ou você nota mais na sua área mesmo?

“Você fala assim, uma nutricionista valoriza um médico?”

É o médico, assim em relação a...é assim em relação ao ponto de vista de outras pessoas, elas valorizarem mais o médico do que o fisioterapeuta, o médico do que a enfermagem

“Também, já, já vi. É todo um respeito, os modos de falar, “aí eu vou conversar com ele, mas deixa ele ali que ele está ocupado, depois eu vou ali”. Agora enfermeira não, ela já vadiou, é fulano, o paciente assim assim assado. Agora o médico, “eu vou esperar ele terminar de conversar”, é eu já vi muito isso. Existe uma supervalorização para eles assim, como se eles fossem deuses, entendeu? Eu trato por igual, eu respeito como eu estou respeitando uma pessoa mais velha, eu estou respeitando uma pessoa de outra, de outro profissional, entendeu? E quando o médico é mais velho, eu respeito como se fosse meu pai, mas não porque ele ganha mais que eu ou alguma coisa assim, mas existe bastante.”

E você sente em relação a outras profissões também, fisioterapeuta, nutricionista...

“Sim, todo mundo. É, eles são...olha, eu percebi mais isso na Unimed do que no Estadual, o Estadual é uma coisa mais é... todo mundo é igual, tanto é que todos eles comem no refeitório com todo mundo, com o acompanhante, com todo mundo, mas na empresa privada é pior, mil vezes pior, mas você sente uma tensão na hora que vai falar deles, a hora que...o tratamento, “vou falar com o médico, você liga pra ele, conversa com ele, o paciente assim assim assado, sabe esse recadinho, não, ele tem que saber, não vou dar recado nenhum”, entendeu? Tipo, “ah, mas é só avisar, é pedir para ele mudar a dieta, você liga pra ele pra mim?”

Com medo de conversar com ele?

“Sim, a hoje uma oficial administrativa, ela ligou e falou “Você fala com ele pra mim, Dani”?”, falo, eu vou lá falar, “Doutor, fulano de tal”, o que o senhor quer, é que ele não escreveu direito, “não, não”, aí fui lá e era isso, mais alguma coisa? É a enfermeira sempre intermediando, assim.”

Entendi. E algumas vezes você já notou alguma mudança de comportamento de uma pessoa em relação a você, ao saber que você era enfermeira ou de maneira positiva ou de maneira negativa?

“Não, esse médico da Emergência que eu estou falando, ele já, eu liguei para ele, houve uma situação em que a paciente estava com 18 por 12, não ela estava com 20 por 12 e eu liguei para descer ela pra Emergência. Nessa época, eu passava plantão pro enfermeiro e o enfermeiro se virava com o médico, só que esse enfermeiro, acho que estava na correria da Emergência, ele passou o telefone pro médico e a gente não fazia isso, eu passava o plantão pro enfermeiro, ele que se virava, entendeu? Só que aí ele passou para o médico, aí eu falei: olha, Doutor, eu conversei com a paciente, ela estava com um problema pessoal muito grande, tinha uma pessoa da família, nora, com câncer terminal cerebral na Unimed a ponto de morrer a qualquer segundo, tipo, ela pode estar aqui conversando e receber a ligação, então ela conversava comigo a todo tempo com o celular na mão, então eu valorizo isso, a pressão dela é 20 por 12 e a hora que eu liguei, ele passou o telefone e eu

falei: Doutor, oh eu estou com uma paciente aqui 20 por 12, ela está com um problema pessoal então, eu posso descer...a hora que eu fui falar posso descer, ele falou pera um pouquinho, essas enfermeiras, dá vontade, ele fez assim “pera um pouquinho” e falou para outro médico assim, com o telefone aqui “dá vontade de mandar essas enfermeiras tomar no cú né? Vem falar que a paciente esta com problema pessoal pra mim?”, aí eu desliguei o telefone na hora, avisei minha supervisora, pra você ter uma noção, olha o bom da supervisora estando lá ou não, ela estava lá, eu fui lá na sala soltando fogo na ventas, fui lá e falei assim: eu vou descer a paciente sem critério pra Emergência agora e eu vou arregaçar com aquele médico, ela fez assim e falou: calma, aí eu sai, desci a paciente, fui com a paciente tranquilamente, desci a paciente. A hora que cheguei na paciente no, na Emergência, bati a folha, virei para o enfermeiro, acho que Deus me ajudou, me segurou ali, que eu virei assim para o enfermeiro e falei assim: olha, eu estou deixando a paciente aqui com 20 por 12, eu tentei passar o plantão e não consegui, entendeu? Eu liguei aqui pra passar e não consegui, vamos dizer que eu não consegui. Eu falei desse jeito, então, você está escutando, enfermeiro? Eu estou descendo a paciente, eu estou deixando a paciente aí com 20 por 12, qualquer coisa eu estou lá e sai O médico não falou um a e nem o enfermeiro nada. Então, isso pra mim é um absurdo, ele menosprezou a categoria, para mim, o fato dela estar nervosa, aumentou a pressão, eu desci mesmo...então, é um, ela está nervosa, não é patológico a pressão dela aumentada é por fator externo e isso pra mim, não acabou com meu dia, mas me deixou muito irritada.”

E foi recente? Ou faz um tempinho?

“Ah faz uns seis meses, foi dentro desse um ano, eu estava nesse Ambulatório já.”

E como é a rotina do Ambulatório? Quantas horas você trabalha?

“Eu trabalho oito horas por dia, eu entro as onze e saio, teoricamente, em escala as dezenove, eu tenho uma hora de almoço. É, eu chego tem consulta de enfermagem pré-operatória pra eu fazer, tem algumas lá e eu faço as consultas ao mesmo tempo da internação, ao mesmo tempo eu já converso

com as outras enfermeiras que uma já vai embora às 15 e a outra vai embora às 16. Então, vamos supor que uma, sei lá, eu chego...é, não dá nem pra supor, eu chego já pego o plantão delas, elas vão almoçar, eu fico ali, se tiver alguma internação já faço, já resolvo os problemas, eu fico sozinha quando elas vão almoçar, elas vão almoçar em duas e eu fico sozinha. Então, eu já vou resolvendo os problemas, já vou fazendo as consultas que tem que fazer, nisso já tem, se tiver alguém passando mal lá fora eu já vou lá, é uma coisa bem dinâmica o ambulatório. É de 3 ou 4 horas, começa os curativos, de segunda-feira, tem cabeça e pescoço, que são os curativos de pós-operatórios, que eu tenho que avaliar, grau 2 que já não é mais só superficial, já está aberto, eu tenho que ir lá, tenho que avaliar, eu guardo a ficha dele pra eu poder evoluir esse curativo, o curativo estava assim, estava seco, estava limpo, então, eu tenho que parar o que estou fazendo, por exemplo, se eu estou no curativo de queimados, ajudando, eu tenho que sair de lá e ir lá no curativos de cabeça e pescoço, pra avaliar, guardar a folha pra eu evoluir depois. Nisso, teve internação eu já tenho que parar as duas coisas pra fazer a internação, nisso se alguém tiver passando mal, eu tenho que parar pra fazer...nisso se eu tiver consulta, eu tenho que fazer consulta, entendeu? Então, o ambulatório é uma coisa muito dinâmica, mas eu não me preocupo muito em dimensionar as meninas, porque elas já sabem, ali é uma coisa bem já um pouco mais organizada...elas meio que se organizam sozinhas do que na clinica onde elas dependiam bastante de mim.”

Entendi e na clínica antes você trabalhava 6 horas, mas tinha plantão de final de semana?

“Isso, 6 horas ficava corrido à folga de sábado, depois você vai folgar no outro domingo e depois você vai folgar no outro sábado e domingo e no outro você folga na segunda ou você folga na sexta depois...”

Vai voltando?

“Não, você folga na sexta, “aí não quero folgar de sábado e domingo, quero folgar na semana” Você folga na quinta, depois você folga na...”

Tem uma folga por semana?

“Exatamente ou duas dependendo do mês”

Pra você, quais são as características essenciais pra ser uma enfermeira? É qualquer pessoa que pode ser enfermeira?

“Não”

O que precisa ter?

“Eu acho que primeiro, eu acho não, eu tenho certeza, a primeira coisa é você gostar de cuidar de pessoas, pra ser tanto enfermeiro, quanto técnico, precisa gostar de cuidar. Então, um banho, trocar uma frauda suja de cocô, trocar uma frauda suja de xixi, quantas vezes forem necessário, fazer medicação fora do horário, se a paciente tiver com dor, descer lá na farmácia, tem que gostar de fazer isso. Ou você tem que gostar de ir lá, é de dar explicação, por exemplo, lá no ambulatório, “ah mas o médico não está aqui”, então o médico, ele chegou tal hora, então ele está atendendo o paciente um por um, então você tem que ter essa paciência de explicar, é se tem que perder tempo com uma pessoa, não é perder é ganhar, ganhar tempo explicando uma coisa pra uma pessoa, deixando a pessoa satisfeita numa instituição, entendeu? Se está ali, entrou ali, passou o crachá “aí eu não quero explicar, aí senhora o médico já vem, é assim mesmo o esquema aqui, não, dói mesmo tem que esperar a próxima medicação, não, não é, se dá pra...se for...dependendo do que ela tiver tomado, dá pra você parar o que está fazendo, você desce na farmácia, pega uma dipirona e sai. Você discuti com a enfermeira, “fez xixi, eu acabei de trocar”, não, você vai lá e diz “fulana me ajuda a trocar ela de novo”, “aí a sonda acabou, eu vou trocar” ver toda hora o xixi, então tem que gostar de fazer isso, é uma característica. Outra é a humanização, não adianta você, “ah eu gosto de trocar a sonda, eu gosto, às vezes, irrita, mas tudo bem, eu gosto” ou então você gostar e ser aquela cara fechada, não você está ali, você é a família do paciente, isso que fala realmente é. O paciente fica todo o tempo com você, então, é...”

Acaba criando um vínculo, né?

“Acaba criando um vínculo, então aí...o paciente tem medo da enfermagem, porque se ele falar que está sentindo dor de novo, ela vai judiar

dele, ela não vai dar a medicação de dor de propósito, então é essa visão que o paciente e a acompanhante tem. Então, ou o médico vai judiar, eu já ouvi isso. Então, você tem que gostar de parar de fazer... é corrido, é corrido, você tem que ter essa dinâmica ou então de pedir “oh enfermeira, você me ajuda a trocar o paciente, é a quinta vez ou tem enfermeira que vai, tem enfermeira que não vai, é complicado. Então é “fulano de tal, você me ajuda” ou então paciente “nossa, oh mãe tem como a senhora me ajudar aqui”, porque tem acompanhante que também não ajuda, não é para o acompanhante ajudar, é para ele ajudar assim, algumas vezes para ele aprender a cuidar em casa, mas numa correria ali, acho que não cai a mão, é sua mãe ou seu pai, é sua tia, então eu acho que não custa, então, você tem que gostar, tem que ir atrás do que é, ser enfermagem não é porque é mais fácil de passar e porque dá uma grana mais ou menos, é mas você tem que ir atrás do que é pra você poder fazer outro curso técnico ou a faculdade.”

E como você falou dessa supervalorização assim, pra você o que falta para esse problema de supervalorização entre o profissional médico e o não médico ser solucionado? O que você acha que contribuiria pra melhorar isso?

“Oh, eu acho que eu brinco, mas eu acho que nessa minha brincadeira com as outras enfermeiras assim, tem um pouco de verdade, eu acho que na faculdade de medicina, eles precisavam ter uma aula de humanização, não sei se tem, mas precisava ter, de como cuidar do doente, de como ficar um pouquinho mais no quarto, fica corrido, é deve ser muito corrido para o médico, tipo ter que embora meio dia e tal, vamos supor que seja muito doloroso para ele, mas ficar um pouquinho mais, dar um pouquinho mais de atenção para o paciente, porque muita coisa eu já li no prontuário do paciente pra passar pro acompanhante, porque o médico estava com pressa e foi embora. Então isso faz com que ele fique poderoso de uma forma ruim, entendeu? Então, ninguém fala, aí aquele médico, é vai lá falar com ele, mas porque ele tem medo do estresse, o técnico ou o paciente ele não faz isso porque ele admira o profissional médico, ele tem medo do médico pegar ar com ele, entendeu? Eu acho que é 70%, não é porque ele acha bonito, ele vem de calça jeans, de jaleco, de blusa pólo, não é isso. Também não é, mas é porque é o medo, do estresse que eles têm. Então, eles precisam ter aula de oh a enfermeira faz

isso isso aquilo, valoriza, a nutricionista faz isso isso aquilo, valoriza, ela tá ali pra te ajudar, é uma equipe, sabe essa aula de humanização com outros, outros...com o paciente, com o acompanhante e com outros profissionais, porque é mais fácil você se relacionar com o médico que tem essa humanização do que com aquele infeliz que está estressadinho, entendeu? Então, eu já falei com a médica de ter face, de ter telefone, da gente dar risada, discuti caso com ela e hoje, tem médico que é, que é...tem jeito e jeito, o médico é todo estressado e ele...eu não converso muito com ele, a gente fala pouco, e ele...hoje, ontem ele entrou e falou: oh você viu a lesão aí, aí eu falei “oh, Doutor, o senhor tá passando carvão, mas pra que? Você não vai evoluir nunca, o que você acha é colagenase”, “não, pode passar”. Então, isso já quebra essa marra que eles têm, essa parede de concreto que eles têm, que não deixa a gente chegar até eles, entendeu? Já tem médico, que não, que eu não considero esse bruta monte como eu falo mais ou menos, eu já fui na...ele já me chamou vem cá “oh o paciente está assim assim assado, tem médico que me participa “oh, eu mudei antibiótico, eu coloquei isso, eu coloquei aquilo, aquilo outro, aquilo outro, qualquer coisa você me liga?”, “ligo, a gente já liga, oh tá assim assim assado” e o médico virar e falar: viu e como está a lesão, que lesão?”, “Doutor, o paciente tem uma panela de pressão na bunda, o senhor não viu?”, “ah, vamos lá comigo” é diferente do que o estresse, tem médico que você consegue abordar e conversar, eu acho que eles tiveram aula de humanização, de valorizar “oh chama a nutricionista que eu quero falar com ela pessoalmente”, “chamo, doutor, pera um pouquinho”. Agora tem médico que não.”

Mas todo mundo... esse próprio tratamento de chamar o médico de Doutor, já tem meio que...então assim, não é só o próprio médico que sente esse baque de se sentir o Deus, mas assim a própria sociedade trata eles como...

“Mas você sabe que o médico, quando o pessoal chama eles de Doutor, eles num num... ele podia falar, “olha meu nome é fulano, pode me chamar de fulano” que aí ia abrir mais ainda o leque, nossa olha...porque eu me apresento “oh sou a enfermeira, Daniela, se precisar de alguma coisa, você me chama?” “Qual seu nome?” “Daniela” Aperta a campainha ou então grita Daniela que aí

eu venho, entendeu? Só que como eles passam rápido nos quartos, eles não tem esse vínculo e o paciente como você me perguntou ele generaliza, todo médico pra ele é doutor e eles não têm, toda de branco pra eles é enfermeira. Eles não tem o conhecimento, entendeu? Residente pra eles, estudante pra eles é doutor, entendeu? Então, eles generalizam, então, eles tem medo de todos.”

Você acha que é mais medo do que respeito?

“Sim, a maior porcentagem é medo do que respeito, medo de tratar mal, medo de não conseguir pegar todas as informações que ele precisa da doença dele, é o medo.”

Entrevista 3 – Natalia Cavalheri

Por que você escolheu ser nutricionista?

“Porque assim eu sempre gostei de ver como os alimentos agiam na saúde dos indivíduos, então assim eu sempre fui bem curiosa nesse sentido. Eu assistia algumas reportagens, via algumas revistas, então eu sempre fui curiosa nesse sentido. Então por isso eu fiz nutrição, porque eu acho que assim dentro da qualidade de saúde hoje, muita das doenças são decorrentes da má alimentação das pessoas, então eu acho que eu possa fazer algo por isso, sabendo de como os alimentos interferem na vida dele e a melhora da saúde na promoção da saúde foi aí que escolhi fazer nutrição”

Mas assim nunca passou pela sua cabeça alguma outra área?

“Nunca passou pela minha cabeça outra área, eu sempre me identifiquei com nutrição, assim eu nunca procurei uma profissão, porque quando eu estava na oitava série eu comecei a ler sobre o curso de nutrição, sobre as doenças que eu já te falei, foi quando eu resolvi que queria fazer nutrição e até então, essa foi minha primeira opção. Na verdade assim, a minha mãe me forçou a fazer a prova da força área quando eu estava no colegial, aí eu fiz porque ela que queria, eu fiz pra agradar ela, mas não era algo que eu queria, tanto que eu nem estudei, porque eu não queria passar mesmo, então nem acabei passando.”

Mas ela não se decepcionou assim?

“Não, porque assim...depois né, eu expliquei pra ela, logicamente, que não era algo que eu queria, né? Era algo que ela queria. Então eu quis fazer a prova só pra não deixar...pra falar assim “não, nem vou tentar fazer a prova”, sabe? Eu fui tentar. Mas foi totalmente difícil, porque ela não deixou eu sair pra fora da cidade para tentar nutrição na UNESP- Botucatu, ela não deixou eu sair.”

Você chegou a passar?

“Não, não cheguei a prestar. Ela não deixou. Eu ia prestar, mas ela não deixou.”

Mas assim, você fez a UNIP aqui em Bauru, mas aí de qualquer forma você teve que sair da sua cidade?

“Não, porque Agudos de Bauru é 14 Km”

Ah ela não queria que você morasse fora?

“Isso, exatamente. Ela não queria que eu morasse fora sozinha, porque quando eu sai do colegial eu tinha 17 anos e ela achou que eu era muito imatura pra morar sozinha. É, realmente, eu acho que eu era mesmo.”

E há quanto tempo você atua na profissão?

“Desde que eu me formei, eu me formei...a colação de grau foi em janeiro de 2013, aí eu já comecei a trabalhar.”

Você entrou na faculdade cedo?

“Oh, depois que eu sai do colegial, eu fiz um curso técnico de nutrição, que duraram dois anos. Eu entrei na faculdade em 2009, me formei em 2012.”

E esse técnico assim, você acabou fazendo só pra ter certeza, se era isso que você queria?

“Por conta desse negócio que ela não tinha deixado eu sair é... fora da cidade. Aí só tinha faculdade na USC, né? E aí eu precisava trabalhar, porque

era bem cara na USC, então eu fiz um técnico de nutrição pra já ir trabalhando na área, porque a mensalidade era bem em conta e eu trabalhava também enquanto eu fiz o técnico na Paschoalotto. Aí eu acabei o técnico e fiz o concurso aqui e passei, entrei como técnica aqui e fazia faculdade algum tempo de nutrição. Aí nesse meio tempo, eu comecei a fazer na USC, fiz uma semana na USC e abriu o curso na UNIP a noite e eu mudei pra UNIP a noite que a mensalidade era mais barata e também dava pra eu trabalhar.”

E você gostou assim do curso?

“Gostei, eu tive professores muito bons na UNIP.”

E qual é sua especialidade aqui no hospital?

“É nutrição clínica.”

E o que você faz nessa nutrição clínica?

“A gente faz avaliação, sei lá, do paciente é... institui a terapia nutricional, né? Pra cada tipo de patologia, pra cada tipo de doença, é...a gente tem os protocolos de atendimento, né? Então aqui, a gente trabalha mesmo com a saúde do paciente, pra melhorar o estado nutricional dele, dentro da internação.”

Ae? Só dos pacientes internados?

“Aqui no hospital são...na enfermaria só tem os internados e no ambulatório, apenas os pacientes com sonda, então também a maioria dos nossos pacientes são desnutridos no ambulatório de sonda, então a gente acaba tendo que intervir. Então quando no final tem fisioterapia né? Porque normalmente são acamados que formam o que a gente chama de escara, então a gente..”

O que seriam escaras?

“Escaras é como se fosse um...como a gente fica deitada sempre na mesma posição, às vezes, acaba não tendo muita mobilidade, o acompanhante não consegue ficar virando ele pra lá e pra cá na cama, ele vai formando uma vermelhidão né? Em alguma parte do corpo, aí eles tem que ir trocando essa

lateral do bumbum e nos calcâneos, eles costumam nascer. Então a pele vai criando um atrito com a cama e aí vai havendo feridas e elas vão aumentando cada vez mais, até ficarem bem grandes. Então, a gente tem que intervir colocar um tipo de gel específico evitar a escara, porque isso pode dar sepse e levar o paciente a óbito”

Você se considera satisfeita com a profissão?

“Totalmente, aqui no hospital então, nem se fale. É a gente consegue atuar bastante mesmo.”

Você diria que na área da saúde existe uma supervalorização do profissional médico em relação a outros profissionais não médicos, no caso?

“Acho que existe”

E que modo você poderia contar essa supervalorização, no caso assim aqui do hospital? Você já presenciou alguma coisa assim?

“Em particular comigo assim nunca aconteceu, tipo, por exemplo, do médico chegar falar alguma coisa “ ah você é só uma nutricionista” Não, isso nunca aconteceu, mas assim alguns né deles demonstram certa superioridade em relação a.. aos outros profissionais não médicos e, às vezes, os próprios pacientes também se sentem meio inseguros em relação a isso. Então assim, tudo que o médico fala pra eles é em primeiro lugar. Então, se eu chegar pra eles e falar assim “ah seu Fulano, o senhor pode comer arroz e feijão” e ele falar “não, o médico falou que tem que comer arroz e farofa, eu vou comer arroz e farofa. Então assim, às vezes, eu tenho dificuldade nesse sentido. Às vezes, eles acabam tendo uma conduta errada a certos tipos de terapia, de dietas, por exemplo... Na verdade assim, quem estuda as dietas, somos nós as nutricionistas, o que eles têm que indicar para gente é somente a consistência, ou seja, geral, branda, média, pastosa e líquida e a gente que vai adequando, por exemplo, o que é para úlcera, por exemplo, eu sei o alimento que faz mal ou não e, às vezes eles acabam atrapalhando nisso, falando que o paciente não pode comer certo tipo de alimento, porque ele está com determinada doença, sendo que na verdade aquele alimento ele pode comer. Então, eu sinto dificuldade nisso.”

Já aconteceu?

“Já aconteceu do médico prescrever uma dieta na gota mesmo, e falar para o paciente que ele não podia comer alimentos ácidos, só que quando o paciente tem gota, ele não pode comer dieta rica em purinas, que não tem nada a ver com alimentos ácidos, o alimento ácido até ajuda a eliminar essa purina do sangue. Então, foi totalmente errada. Então, foi bem difícil lidar isso com o paciente, tanto que o paciente não aceitou a minha conduta.”

Mas e como você age em uma situação dessas?

“Eu explico para o paciente como que funciona no organismo tudo isso que eu expliquei, mostrando que não afeta. Mas como era um paciente já idoso, assim os idosos são um pouco mais resistentes a mudanças, então eu coloquei a dieta que ele precisava, mas também acabei restringindo alguns alimentos que o médico falou para ele não comer, por exemplo, o abacaxi, o limão, laranja, porque o paciente falou que não ia comer.”

Fora do hospital, você já trabalhou em algum outro lugar?

“Eu trabalhei em um restaurante como responsável técnica e era um trabalho totalmente diferente do que eu faço no hospital. Lá eu fiquei pouco tempo. Lá eu fiquei dois meses. E, depois, sempre trabalhei na área clínica. Então, eu não tenho muita experiência sem ser na clínica, na verdade. Quando eu trabalhei como técnica aqui no hospital, eu também tive mais atuação na clínica, eu ficava nos finais de semana na cozinha, quando tinha que dar plantão e fiquei por um tempo aqui na cozinha, por dois meses, depois eu fui para a parte clínica e fiquei lá até eu sair. Então, eu tenho mais experiência na clínica.”

Você pode apontar os ensinamentos e as diferenças que você aprendeu entre essas duas áreas?

“Assim, são áreas muito diferentes. No restaurante, você tem que ver o controle higiênico sanitário, da manipulação dos alimentos...Na clínica não, na clínica eu lido diretamente com o doente, com o paciente. Então, eu tenho que adequar uma dieta ou não, então são coisas diferentes. Eu não posso dizer

que eu aprendi mais ou menos na clínica do que na cozinha, porque são aprendizagens diferentes.”

A sua experiência na cozinha te ajudou a trabalhar na clínica?

“Com certeza, porque se a comida que vai para o paciente não for segura, eu também posso dar prejuízo para ele. Então as vezes a gente tem um índice muito bom na cozinha de nutricionistas que controlam a dieta que vai para os pacientes. Então, elas treinam os funcionários novos, que entram aqui, sempre estão renovando. No começo de janeiro, a gente fez um trabalho de humanização com os funcionários da cozinha, então, nós subimos com eles nas enfermarias, como a cozinha está passando por uma reforma, eles estão com um tempo mais folgado, então a gente aproveitou esse tempo e nós levamos eles até as enfermarias e mostramos o que nós fazemos lá, para mostrarmos a importância deles aqui para os nossos pacientes. Então eles adoraram, eles não imaginavam o quão importante eles eram aqui, para qualquer comida, segura, bem feita, para a gente certificar que o paciente que ele não vai ter uma intoxicação alimentar, nenhum problema.

Seguir essa área de tratar os pacientes sempre foi uma área que você gostou, ou no começo você pensava em outra área e por coincidência você acabou indo para área da clínica?

“Eu sempre gostei bastante da parte da doença com o alimento, tanto que quando eu comecei a me interessar por nutrição, eu fui estudando isso quando eu ainda estava no ensino fundamental, oitava série eu estava. Ai quando eu comecei a trabalhar aqui no hospital, eu por trabalhar na enfermaria, foi ai que eu me apaixonei ainda mais pela área clínica, por poder ver o quão importante era a alimentação para o paciente, que está aqui doente, o quão importante era minha atuação, para a recuperação da saúde, para a manutenção da saúde, porque assim, não adianta eu fazer um trabalho com ele aqui, e depois o paciente chegar em casa e ele voltar a comer tudo de novo. Então, tem que dar uma orientação para ele. Então, é um trabalho que é um combustível, ele nunca pode parar, foi ai que eu comecei a gostar mais ainda dessa visão clínica. Eu gosto também da parte da produção, como eu não tanto o contato, eu acabei gostando mais da clínica mesmo.

Então, assim, se você tivesse que trabalhar na parte da produção, você não veria problema nenhum?

“Não vejo problema nenhum em trabalhar na parte da produção, até porque eu me formei como nutricionista, aprendi a fazer de tudo, mas eu tenho mais afinidade pela clínica, é o que eu amo de paixão, é o que eu me sinto bem fazendo, é ajudar os pacientes, não que aqui, na parte da produção, eu não vá ajudar. Ajuda e muito, na verdade, eu acho até que o trabalho delas é até mais importante que o nosso, mas é que eu gosto mais da clínica. De ter o contato com o paciente, de poder escutar o que ele tem para falar, eu puder ajudar ele.”

Quais as vantagens e as desvantagens que você pode apontar na sua profissão?

“Vantagens: você pode fazer o bem para o próximo, ajudar as pessoas, tanto para perda de peso, quanto para a recuperação para a saúde. As desvantagens que eu vejo, por exemplo, quando a gente trabalha na cozinha, na parte da nutrição, a gente lida com pessoas que não estão doentes e essas pessoas, elas têm muita dificuldade em entender o que tem que passar, eu vejo assim o que as meninas sofrem é que o pessoal reclama da comida, sempre tem alguém que reclama, sabe. Elas dão um duro danado para fazer o cardápio e o pessoal reclama. Então, isso eu acho uma coisa muito errada e, eu não gosto da nutrição, mais por essa parte. Outra desvantagem é em relação ao salário, eu acho que nosso salário é pouco em relação ao tanto que a gente faz. Sabe, eu não ligo de ter que trabalhar, eu me formei para fazer isso mesmo, trabalhar para dar tudo de mim, eu fiz um juramento, então eu tenho que cumprir ele. É claro que se a gente trabalhar menos, talvez a gente não estaria tão cansada, porque o trabalho que a gente faz aqui é bem pesado, tanto emocionalmente, quanto fisicamente, porque a gente vê de tudo aqui né, histórias de vidas muito sofridas, casos de abandono, tanto de doença também, então é um abalo emocional e também tem risco, porque a gente tem muito paciente aqui no hospital, porque é um hospital de referência né, então você trabalha bastante. Mas eu acho que o salário é o principal, carga horária eu não ligo tanto. Eu acho que o salário podia ser maior sim.”

Você acha que a sociedade desvaloriza um pouco os nutricionistas?

“Eu acho que nem tanto, eu acho que eles acham que a gente ganha até bem sabe, pensam que a gente é rica. Já aconteceu comigo, de pessoas me falarem ah você trabalha no hospital, você deve ganhar bem. Então, assim, aqui no hospital, a gente é totalmente desvalorizada financeiramente em relação ao médico, porque já se ouviu falar em salários bem maiores que os nossos. E eu não acho que eles fazem um trabalho tão tão melhor quanto o nosso, acho que nós somos uma equipe multidisciplinar e eu acho que os salários deveriam ser melhores distribuídos.”

Você defende uma igualdade de salários?

“Eu não defendo uma igualdade de salários, porque são trabalhos bem diferentes, o médico tem uma responsabilidade muito maior para com o paciente, mas eu acho que a gente podia ganhar mais. Que eu acho que a desigualdade salarial é muito grande.”

Como é sua rotina?

“A minha rotina é assim, quando eu chego ao hospital eu vou separar os pacientes que são novos, o que eu tenho que reavaliar. Dos pacientes novos eu vejo o motivo da internação e aí, de acordo com essas doenças, eu vou dividi-los entre avaliação e acompanhamento. Então um acompanhamento, eu vou lá, conversar com o paciente, vê se ele tem alergia a algum alimento, se está conseguindo comer alguma dieta, se está bom, então eu faço uma adequação da dieta dele e se tiver que avaliar, eu vou pesar, medir, vou ver a altura, vou ver se ele teve perda de peso ou não, dependendo da doença eu vou instruir uma terapia nutricional para ele ganhar peso, se ele é desnutrido e reavaliou os outros pacientes que já estavam aqui, que eu tenho que acompanhá-los semanalmente. Depois que eu faço tudo isso, eu vou pegar o controle de carinhas, vou até os pacientes verificar qual é o motivo deles não terem comido ou terem comido pouco, adequo a dieta novamente se for por preciso, faço a alteração dessas dietas para as nossas fiscais aqui, para que elas entreguem para as coqueiras, e aí eu acompanho as coqueiras na hora de servir o almoço, tanto para auxiliar as coqueiras, quanto para acompanhar os pacientes na hora do almoço. Então, eu desço para almoçar, por volta das 13

horas da tarde até às 14. Depois eu subo, para evoluir os pacientes no prontuário eletrônico. E de quarta-feira eu atendo o ambulatório de sonda, toda quarta de manhã. Então a manhã toda eu permaneço no ambulatório e só a tarde que eu vou para a enfermaria fazer tudo isso.”

Mas você também tem que evoluir os pacientes do ambulatório?

“Sim, após eu atender todos eles, eu já evoluo os pacientes do ambulatório. Esses pacientes do ambulatório, eles passam na conclusa e voltam. Se houver a necessidade de interná-los, ai eu convoco a enfermeira ou algum médico para analisar a situação e ai a gente interna ele daqui mesmo, mas nunca aconteceu. Mas, se precisar, a gente tem essa liberdade.”

Para você, quais são as características essenciais para ser uma boa nutricionista?

“Acima de tudo a gente tem que amar o próximo, não adianta eu ser nutricionista e não levar a sério aquele compromisso com o paciente. Então, eu acho que tem que ter respeito pelo paciente. Eu acho assim, quando eu me formei, na colação de grau fiz um juramento e a gente tem que cumprir aquele juramento com amor. Então, assim, eu amo a minha profissão, eu amo o que eu faço aqui no hospital. Então para eu ser uma boa nutricionista, eu tenho que, acima de tudo, amar a minha profissão e sempre fazer o certo para o meu paciente. Se ele precisa de suplemento ou não precisa. E fazer aquilo de acordo com a nossa competência, nunca fazer nem menos nem mais , sempre o que é preciso fazer pelo paciente tem que fazer.”

Quais são as diferenças entre técnicas e nutricionistas?

“As técnicas de nutrição não podem fazer o que eu faço, que é evoluir os pacientes e dar o diagnóstico nutricional, mas assim, as técnicas de nutrição são o braço direito da nutricionista, então, por exemplo, a gente tem uma técnica na produção, então ela ajuda no atendimento do pedidos, no controle dos funcionários, se eles estão fazendo ou não, elas são os olhos da nutricionista, porque a nutricionista ela não tem perna na cozinha para fazer tudo de uma vez só. Então, as técnicas estão ali para auxiliá-las. As técnicas aqui, elas são bem profissionais, elas trabalham muito mesmo, fazem muito,

muito mesmo e, na parte da clínica, as técnicas passam conversando com os pacientes, vê o que eles comem ou não, ela conta para gente se ele precisa de suplemento ou não, ela vem discutir com a gente, ela pode falar olha tal paciente eu vi que emagreceu bastante, porque ele não tá comendo, você não acha que poderia por um suplemento para ele, aí eu vou até o paciente, converso com ele, e falo é realmente ele precisa, porque no quinto andar, por exemplo, que eu estou responsável pelos 10 leitos, a técnica me ajuda, ela passa em todos eles e ela vem falando qual está comendo, qual não está, porque as vezes a gente não consegue ir todo dia lá, por conta da nossa demanda na enfermaria, então ela fica lá para dar um apoio. Única coisa que ela não pode fazer é dar essa conduta mesmo, essa é a diferença. A técnica pode fazer bastante coisa e elas ajudam a gente bastante. Não tem uma diferença muito grande. Única coisa é que a técnica não vai ser uma responsável técnica de uma cozinha, ela não responde por aquele serviço, quem responde é a nutricionista. Se surgir algum problema, o responsável é a nutricionista e não a técnica, ela só vai dar um apoio para gente.”

Quantos pacientes você cuida ao total?

“No quarto andar eu tenho 43 leitos que, normalmente, são todos ocupados.”

E são todos só seu?

“Sim, todos só meu. O quarto andar ele é dividido em quarto direito e quarto esquerdo. Cada lado desse tem 43 leitos. Então, ao todo são 86 pacientes no quarto andar, então 43 ficam comigo e 43 ficam com a Dani, que é a outra nutricionista. E o quinto andar a gente divide entre quatro nutricionistas, porque a gente está com uma nutricionista a menos no quadro, então para não deixar esses pacientes sem serem acompanhados, a gente divide. Então, dá mais ou menos 10 leitos para cada uma. Então eu fico com os 43 leitos no quarto andar mais os 10 leitos no quinto. Ao total dá 53 pacientes.”

Por dia, quantos mais ou menos você atende?

“Por dia, em média eu faço 12 avaliações, vai depender de quantas internações eu tiver no final de semana. Mas em média são 12 avaliações, mais uma 10 ou 12 adequações e carinhas juntos. Eu atendo, em média, uns 20 pacientes por dia com certeza, fora os que pedem para conversar com a gente e a gente vai, as orientações de alta que tem que dar, isso tudo vai aparecendo no nosso dia a dia.”

Entrevista 4 – Fisioterapeuta João

Por que você escolheu ser Fisioterapeuta?

“Por que eu escolhi? Olha foi uma longa.. Eu demorei bastante pra entrar na faculdade. Entrei na faculdade com 22 ou 23 anos. Porque eu escolhi uns outros caminhos, fui um tempo ser missionário da igreja e depois trabalhando.. Lá na minha escola tinha uma confecção e eu trabalhava sentado, operando máquina e costurando e eu tive um problema de coluna e eu precisei fazer fisioterapia, né? Nunca passou pela minha cabeça o que era. E...é... Eu me encantei com a forma que a fisioterapeuta trabalhava e me tratava, entendeu? Então assim eu acabei é... ficando empolgado e interessado pelo assunto mais pelo modo da pessoa trabalhar e também que ela estava fazendo.. Porque eu melhorei e tudo mais. Aí eu comecei a pesquisar o que era Fisioterapia e passei metade de um ano pesquisando e aí eu comecei e falei "Não, que quero fazer isso.." e tanto que tem gente que entra na faculdade e não sabe o que quer e começa um curso e começa outro. Pensei que é isso o que eu quero e fui.. Então assim, eu fui porque de alguma forma eu me identifiquei. Então, é mais isso..”

A área de saúde antes disso já era algo que te encantava ou nem passava pela sua cabeça?

“Não, é que assim, eu sempre gostei.., é uma coisa muito do meu perfil de ajudar as pessoas assim de alguma forma.. teve um tempo que eu fiz um acompanhamento com Psicólogo porque eu queria fazer um teste vocacional porque eu queria saber qual que era o meu perfil. Quando eu acabei o ensino médio eu achava que eu ia ser professor de Matemática porque eu sempre fui muito bom em Matemática, mas... quando eu fiz os testes psicológicos deu uma área totalmente diferente, aí dentro da fatia de interesses assim que

acabou saindo nos testes, todas as profissões. Dentre elas estava Psicologia que foi a coisa que eu primeiro quis fazer assim, mas, é.. aí eu acabei me desinteressando, não cheguei a prestar a faculdade, foi uma coisa assim que teve um boom e depois passou. Aí depois quando eu fiquei, né, com esse probleminha de coluna e tive que fazer a "fisio" que eu conheci e já me identifiquei. "É isso que eu quero e.. Tô aqui", quando eu decidi que eu comecei a fazer o curso mesmo e vi que era realmente isso, eu não tinha dúvida nenhuma e.. Então assim, eu escolhi por paixão mesmo, por ter me identificado. Né? Porque tem gente que fala que o Fisioterapeuta é alguém que queria ser médico e não conseguiu passar na faculdade e pô, eu não quero ser médico eu não quero ser médico.. Nunca quis, nunca pensei isso."

Você acha que a escolha da profissão que a gente tem que tomar depois que a gente.. Normalmente, ne? Termina o ensino médio, é um pouco precoce?

"Não sei, eu acho vai muito de pessoa pra pessoa, porque não tem muito como você prever qual que é o grau de maturidade de cada um, entendeu? Cada um tem uma história, cada um tem uma experiência de vida. Tem pessoas que vão passar a vida inteira procurando algo e nunca vão achar.. Tem pessoas que ja nasce sabendo o que quer. Então eu acho que também é muito relativo. Tenho colegas que acabaram o ensino médio e entraram pra faculdade e.. São muito felizes na profissão e outros que, eu acho que fizeram por fazer, tem outros que fizeram uma coisa querendo outra.."

No seu caso você acha que foi importante? Esse período, que assim, de você entrar mais tarde na faculdade?

"Eu acho que foi. Porque assim, é aquilo que eu falo. Eu não associo muito a faculdade com a idade cronológica. É muito mais você saber o que você quer mesmo e isso é meio relativo em relação à idade cronológica mesmo, mas eu acho que foi uma escolha boa, saber desde o começo que eu não iria ficar rico, que eu não ia ganhar rios de dinheiro, mas eu faço o que eu gosto e eu acho que isso é o mais importante, você também ter prazer né, também sentir satisfação, quando você vê que o paciente melhora, quando você vê, né, o sorriso do paciente. Eu acho que é uma satisfação pessoal muito

grande.”

Há quanto tempo você atua na profissão?

“Cinco anos.”

Qual é sua especialidade?

“Fiz uma especialização em docência do ensino superior e especialização em Fisioterapia do trabalho. Fiz aprimoramento em Fisioterapia hospitalar geral com ênfase em cardio respiratório e neurologia.”

E quais os aspectos positivos e negativos que você pode apontar da Fisioterapia?

“Bem, aspectos positivos: Eu penso que é uma profissão que traz muita satisfação pessoal pro profissional que realmente está nela por vocação, porque a gente se sente bastante realizado em você poder ajudar as pessoas, né? Você ajudar a pessoa a ter uma qualidade de vida melhor, uma saúde melhor, a pessoa se recuperar, é...E os aspectos negativos, eu penso que.. é.. tem algumas situações, alguns casos específicos que você não pode fazer muito ou quase nada pelos pacientes. A gente gostaria de conseguir ajudar a todos e melhorar a todos e em alguns casos não é possível. Então a gente fala que a fisioterapia ajuda tanto a prevenir quanto a curar, quando a dar a melhor qualidade de vida ou sobre vida para o paciente. Eu acho que as situações onde a gente não pode fazer muito ou quase nada de acordo com o caso do paciente, que acaba sendo os aspectos mais negativos e até um pouco frustrante porque você fica as vezes em determinadas situações de mãos atadas e você não pode fazer quase nada ou nada. Eu entendo que pra mim, ao meu modo de ver, estes seriam os aspectos negativos da profissão.”

Você se considera satisfeito em ser fisioterapeuta?

“Sim, me considero satisfeito, sou uma pessoa feliz, principalmente por conta da satisfação pessoal que a profissão lhe traz. Como eu já comentei com você, o reconhecimento vem de diversas formas. Infelizmente ele não vem de todas as formas das quais a gente gostaria, mas você ver o sorriso de um paciente, você ver o paciente que antes não conseguia andar e agora

consegue, um paciente que teve que reaprender algumas coisas depois de uma determinada situação e você ver que você ajudou com o seu trabalho, aquela pessoa a ser melhor, ficar melhor, eu acho que traz uma maior satisfação pra a gente. Como eu falei, a profissão não é muito valorizada em relação a uma remuneração justa. Por aquilo que nos é exigido saber, por aquilo que nos é exigido ter habilidades e competências pra você lidar e você atuar mesmo, né? Porque são vários contextos diferentes. Por exemplo, hoje você me conheceu aqui em um contexto, em uma outra situação você vai conhecer outros, e se você falar com outros fisioterapeutas, com outros profissionais, você vai conhecer outros contextos mais diferentes. Então assim, acaba exigindo da gente ter um jogo se cintura e o conhecimento técnico, o conhecimento científico, porque você trabalha com vidas, você tem uma responsabilidade por conta disso. A única coisa que realmente fica aquém é o reconhecimento financeiro com relação a isso, porque o conhecimento pessoal nós temos tanto dos pacientes quanto dos gestores, das pessoas que trabalham com a gente, a valorização, e o espaço que nós temos tomado na área da saúde hoje em dia se dá por conta de a gente conseguir provar cientificamente que as nossas condutas realmente trazem uma melhor qualidade de vida e traz um benefício e recuperação para os pacientes.”

Esse problema da remuneração assim, já foi importante em algum momento da sua vida que fez você pensar em desistir da Fisioterapia?

“Eu penso que, desistir desistir não, até porque eu não tenho a fisioterapia como uma coisa que é o meu sustento, né? Um sustento materialmente a minha vida, mas assim, eu penso que eu não conseguiria viver sem essa satisfação pessoal que a profissão também me traz. Desistir desistir nunca nunca pensei por conta dessa parte financeira, até porque se eu fosse desistir eu também não teria assumido função de docência, supervisor de estágio, infelizmente por conta dessa baixa remuneração você é obrigado a ter vários empregos, gostaria muito de ter um emprego onde eu ganhasse o que eu ganho pelos três, mas infelizmente a realidade que eu vivo aqui, isso não é possível, mas desistir por conta da remuneração nunca pensei, nunca pensei em desistir, eu pensei em as vezes você, tem momento que você não tá muito bem com outras situações que acabam influenciando no seu emprego, mas

desistir e nunca mais querer isso pra minha vida, eu acho que isso nunca passou pela minha cabeça. Eu pensei sim, em as vezes modificar a minha forma de trabalho, trabalhar com coisas diferentes, querendo ou não o ambiente hospitalar é um ambiente pesado, tem fisioterapeutas que trabalham com coisas muito mais "lights" do que com as quais eu trabalho, coisas muito mais simples, então, às vezes já passou pela minha cabeça trabalhar com coisas diferentes, né, pra variar um pouco as coisas que eu faço.”

Seria mais para mudar um pouco a sua rotina?

“Exatamente. Porque o meu jeito de ser eu sou uma pessoa que não me adapto muito bem com rotina. Eu até me deixo levar, mas chega um momento que eu fico meio que desmotivado, sabe? Então eu preciso, às vezes, fazer algo diferente, algo que me dá um ânimo a mais porque eu sou assim. Mas aí todo ano tem as férias, eu viajo bastante, graças a Deus o que eu estou ganhando está dando pra fazer isso, mas estou satisfeito, graças a Deus.”

Em sua opinião, você diria que existe uma supervalorização do profissional médico em relação a outros profissionais? Não só da parte assim dos próprios profissionais entre si, mas da parte dos pacientes. Se eles considerarem ainda o médico mais assim importante em relação aos outros profissionais?

“Olha, a gente tem que discutir essa questão por várias perspectivas, por exemplo: Dentro de uma equipe multiprofissional, atuando, né, em prol do paciente, eu vejo que não existe uma supervalorização do médico, nem tanto entre eles, como também na visão dos profissionais. Porque nós temos essa visão de que cada um tem sua atribuição e cada um faz a sua parte e cada parte junta contribui para um melhor atendimento para o paciente. Em relação à visão que os pacientes têm dos médicos, eu penso que é uma coisa cultural e é uma coisa que também o próprio sistema de saúde ao decorrer de toda a sua história acabou centralizando na figura do médico a maior importância na assistência ao paciente. Só que o médico não é ninguém sem um enfermeiro, sem um técnico de enfermagem, um médico cirurgião não é ninguém sem um anestesista, não é ninguém sem um instrumentador cirúrgico, então assim, cada um tem a sua importância, mas infelizmente a visão que a grande maioria

da população tem, a população menos instruída tem é de que o médico sabe tudo e o médico não sabe tudo. A gente vê cada vez mais isso na prática, de que o médico não sabe tudo. Tanto o médico em si que ele não sabe tudo da área de medicina que ele tem que recorrer a outros especialistas, né, quanto em relação a outras profissões da saúde, que tem sua importância pro paciente e que o médico não domina os conhecimentos e não domina as intervenções e tudo mais. Eu penso que não existe uma supervalorização do médico dentro das equipes de saúde, mas eu penso que existe às vezes uma supervalorização do médico na visão da população em detrimento de outros profissionais. Só que eu penso que hoje em dia isso tá mudando o mundo, tá mudando bastante, porque a gente vê que a expectativa de vida das pessoas tá mudando muito, tá aumentando, cada vez mais nós vamos ver que tem mais idosos, pessoas que estão adoecendo, por conta do tratamento das doenças crônicas, né, antes se morria muito mais de determinadas doenças do que hoje em dia, então assim, o avanço da própria medicina, das pesquisas, dos medicamentos, da parte da farmacologia, tem dado às pessoas uma maior sobrevivência. E quando a pessoa sobrevive mais, vive mais, ela traz consigo algumas doenças e algumas condições físicas mesmo, que vão demandar cuidados não só dos médicos, mas de outros profissionais que dentro da sua área específica, vai proporcionar para estas pessoas uma maior qualidade de vida. Então o termo qualidade de vida hoje está muito em evidência, pois as pessoas querem viver bem, as pessoas querem ser felizes, as pessoas querem ter o mais alto grau de saúde possível para sua situação de vida, e nisso entra muito nos profissionais de saúde não médicos. Um fisioterapeuta, um terapeuta ocupacional, um nutricionista, um educador físico, um psicólogo, vários vários profissionais não médicos que contribuem com a saúde para que a pessoa tenha uma maior qualidade de vida, então eu acho que tá tendo já uma grande inversão de valor de você colocar o médico lá em cima e os outros profissionais lá em baixo. Eu penso que é uma coisa que com o passar do tempo tende a acontecer mais ainda, as posições a partir né, a partir das pesquisas de se demonstrar cientificamente os benefícios de pra população. Vão ganhar também cada vez mais espaço. Eu penso que vai chegar o momento em que a população não vai conseguir distinguir bem o que um médico faz quando eu posso ir em um médico e quando eu posso ir em outro

profissional. Só que eu vejo que isso é um processo. Não se tinha essa visão há dez anos atrás. Da mesma forma que a visão foi se modificando, daqui há dez anos, vai estar mais diferente ainda. Então eu penso que é um processo no qual nos temos passado. Uma das coisas que a gente que é funcionário público, né, a gente trabalha em uma instituição onde todo mundo tem que bater cartão, tem o seu horário a cumprir, é diferente por exemplo de hospitais particulares. Nos hospitais particulares os médicos, entre aspas, eles se acham os bons. Por exemplo, se você pega um hospital de convênio, né, por exemplo, o da Unimed, é uma cooperativa de médicos, é um serviço de médicos, onde lá eles se acham os deuses. É diferente daqui, que todo mundo tem que passar cartão, se você chegar atrasado é descontado a mesma coisa, a mesma regra que vale para mim, vale para os médicos. Aí você vê que é uma coisa, às vezes, muito mais cultural, né, e também existem pessoas e pessoas. Tem médicos que falam com você de igual pra igual e tem médicos que falam com você, às vezes, diminuindo, né, te colocando em uma situação que não precisaria e tem médico que acha que é um deus e você não. Entendeu, então assim, vai muito de pessoa pra pessoa, mas eu tenho essa visão geral.”

Aqui no Hospital, na sua experiência, você nunca passou por isso de se sentir menosprezado como profissional fisioterapeuta? Ou o próprio paciente falou assim: "A, mas o médico falou isso pra mim.."?

“Minha visão pessoal, minha experiência pessoal, nunca me senti menosprezado como fisioterapeuta aqui no hospital, nos outros hospitais onde eu trabalhei, hospitais do SUS, hospitais particulares também, que eu trabalhei, nunca me senti menosprezado, nunca me senti menos, até porque, como eu já tinha comentado com você em outro momento, quem leva a profissão a sério, vai sempre olhar para o paciente, nunca pra si próprio, quando a gente olha para o paciente, a gente tem a noção de que "Eu não sei tudo, mas o paciente precisa de tudo", entendeu? E como o paciente precisa de tudo eu preciso das pessoas que vão me auxiliar nesse processo pra prevê o máximo para o paciente. Então os profissionais quem tem essa consciência, que eu acho que posso até usar uma palavra entre aspas, que são mais "evoluídos", né, tem essa visão, de que cada um tem a sua importância no processo. E cada um tem que ser respeitado e tem que ser valorizado naquilo que é a sua atribuição.

Aqui, no hospital, não existiria esse ambulatório de tratamento para esses pacientes neuromusculares, alguns muito complicados, alguns mais simples. Não existiria este ambulatório aqui se nós não tivéssemos os médicos ortopedistas e cirurgiões, não existiria. Da mesma forma que os médicos cirurgiões não conseguiriam trabalhar se não existisse quem trabalha na reabilitação, os fisioterapeutas que fazem o tratamento pré-operatório, pós-operatório, isso tudo de um conjunto. Não só a fisioterapia que beneficiou o paciente, não foi só a cirurgia que o paciente fez que beneficiou, é tudo dentro de um processo que visa o bem do paciente. Por isso mesmo que tem essa visão, que todo mundo é respeitado, todo mundo é valorizado, dentro do seu "quadrado". Eu não sei tudo, os médicos não sabem tudo, mas a gente em conjunto trabalha pelo melhor pro paciente."

Você já teve a oportunidade de trabalhar em um hospital particular, lá também tinha essa política do multi profissionalismo?

"Sim. Como eu falei pra você, eu trabalhei em São José do Rio Preto, em um Hospital da faculdade de medicina lá, que é o Hospital de base, é um hospital de grande porte, deve dar o que, um dois ou três daqui, é um Hospital muito grande, que é uma faculdade conhecida, que tem todas as especialidades lá dentro, e esse respeito e essa valorização eu sempre vi lá dentro. Como eu falei pra você, trabalhei na parte cardio respiratória em UTI tanto lá em São Jose do Rio Preto quanto aqui em Bauru quando eu vim pra cá, e existe por parte, né, da minha relação com os médicos e a dos médicos comigo, sempre existiu respeito, sempre o meu espaço foi respeitado, da mesma forma que não ia fazer uma coisa que não era minha parte, era do médico, tá? Da mesma forma que já chegou um paciente e falou "A, mas você não pode dar uma receita?" e eu disse "Não, eu não dou receita", né, a minha atribuição profissional não é essa. Da mesma forma que se um médico, às vezes, a gente pode estar recebendo um paciente com pedido de fisioterapia que o médico coloca, que o médico receita, a gente entra "Olha, o médico colocou aqui, só que eu estou te avaliando, e eu vou fazer aquilo que eu acho que eu devo fazer." A gente não vê isso aqui como uma ordem, a gente vê como uma sugestão. Alguns colocam como uma imposição, mas a gente levou como uma sugestão. O médico, as vezes até sugeriu porque na fisioterapia faz

isso, pode fazer aquilo, aí fala "A, mas o doutor mandou fazer" e eu falei "O doutor não mandou nada. Ele comentou o que poderia ser feito. Eu te avaliei, eu vi o que você precisa, eu como profissional sei o que vai ser melhor para você neste momento". E pode chegar o momento em que eu veja que realmente eu posso adotar a mesma sugestão do médico, como pode chegar o momento que não. Então, também, se o profissional em si não tiver essa postura de se impor e demonstrar para aqueles que tem menos consciência de como acontece o processo de saúde dentro de uma equipe, nós nunca vamos conseguir tirar aquela visão da pessoa de que o médico sabe tudo, porque ele não sabe. Então também, eu, pessoalmente, quando vem paciente "A, o médico falou isso, o médico falou aquilo, não sei o que.." Eu converso, eu oriento, né, falo "Ó, é assim, assim e assim.". Pode chegar um momento em que se eu precisar fazer isso, se eu realmente precisar, eu vou fazer, mas não é porque o medico mandou, é porque eu vi que precisou, porque quem é responsável pela sua fisioterapia sou eu, não o médico. Eu não tenho porque perguntar pro médico "A, o que eu vou fazer com esse paciente?", eu sei o que eu vou fazer. O fisioterapeuta sou eu. Da mesma forma que eu não posso falar pro médico "Ó doutor passa uma prescrição par ao paciente", não, eu não sou médico. Então, às vezes, a gente também tem que fazer um trabalho de você orientar. O que eu falo pra você? É a população que é desinformada, que tem essa visão que foi sendo criada durante um tempo, e nós devemos fazer um trabalho de educação e de mostrar. E as pessoas veem e valorizam quando você dá essa informação da forma certa. E você percebe que muito mais é a visão das pessoas mais idosas, mais antigas ou nem tanto instruídas. Não instruídas da maneira mais correta e mais satisfatória, mas a meu ver essa visão tem mudado e cada dia mais a tendência é mudar."

E falando um pouquinho mais assim, de você fora do Hospital, o que você gosta de fazer, além de atuar como fisioterapeuta...

"Olha eu sou uma pessoa bastante caseira, gosto muito de fazer atividade física. Desde a minha rotina, né, que eu trabalho as vezes dez, as vezes doze horas por dia. Tem dias que eu trabalho até quatorze horas por dia, quando eu tô aqui de manha, a tarde, dando aula a noite. Mas eu gosto muito de fazer atividade física então eu tento priorizar pelo menos três ou quatro dias

por semana pra eu fazer musculação que eu gosto. Gostou muito de cinema, de vez em quando barzinho, não sou muito de balada, mas assim, mas com meus amigos, conversar, a gente conversa fora, né, sair pra comer. Gosto muito de viajar, só que viagem demanda tempo e demanda dinheiro, né, dinheiro é o que a gente menos tem e vai ter em algumas épocas do ano só, então sempre nas minhas férias eu viajo, que eu gosto bastante, sempre que tem algum feriado..”

E você consegue conciliar suas férias daqui com as férias da..

“Então, como eu tenho, né, na verdade são três empregos, na faculdade eu tenho dois emprego e aqui eu tenho um. Lá eu sou professor, sou supervisor de estagio e aqui no Hospital eu sou fisioterapeuta. Como na faculdade tem cronograma letivo, eu tento sempre conciliar as minhas férias aqui do Hospital com as minhas férias da Faculdade, se não, eu não descanso. Iria descansar de um e trabalhar no outro. Então, pra mim eu priorizo ter um tempo em que eu realmente não tenho que fazer nada dos dois para que eu possa descansar, passear, então assim, eu nunca tive a oportunidade de fazer isso, então, eu estou me organizando bastante, eu falo assim "Não dá pra sobrar dinheiro." Que o que eu gasto, eu gasto bem.”

E conta um pouquinho da sua rotina profissional de segunda a sexta, aqui no seu trabalho?

“Aqui no Hospital, eu trabalho, o ano passado o meu horário de trabalho era a tarde, né, era das treze às dezenove e eu tinha o estágio das sete e meia ao meio dia. Agora modificou, né, agora o meu horário de trabalho aqui no Hospital é das sete às treze e eu tenho o gente vai para as atividades. De segunda-feira eu dou aula, então saio daqui umas dezessete e trinta, mais estágio das treze e trinta até as sete e cinquenta e cinco, né, até as dezoito horas. Levando geralmente umas cinco e meia ou seis horas, depende do dia, sou meio ruim para levantar de manhã, mas eu saio de casa mais ou menos umas seis e meia, vinte pras sete para vir pra cá. Aí como meu estágio é aqui também eu fico aqui direto. Eu tenho uma hora de almoço, quando os alunos chegam eu já almocei, aí a gente começa a atividade. De segunda-feira eu dou aula, então eu saio daqui umas dezessete e trinta, ai eu vou para casa, tomo

um banho, como alguma coisa e vou para a faculdade. Na segunda-feira eu tenho só as duas primeiras aulas. Se eu estou com pique, estou com disposição, eu saio da faculdade e já vou para a academia. Se eu não estou, vou para casa descansar. É, isso é de segunda-feira. terça, quarta e quinta, eu não tenho aula a noite. Se eu não tenho nenhum compromisso a noite, eu saio daqui do hospital e vou para a academia. Aí depois eu volto para casa, e de sexta-feira eu tenho as quatro aulas a noite, então durante o dia aqui até umas cinco e meia, seis horas, eu vou para casa tomo um banho, me troco e vou pra aula. Essa é minha rotina de trabalho esse semestre, semestre que vem eu não sei se eu vou pegar mais um tempo de aula.”

E sua rotina dentro do hospital de segunda a segunda?

“A rotina dentro do hospital de segunda, terça, quarta e sexta eu tenho atendimento aqui no ambulatório das 7h da manhã às 13h da tarde, são seis horários de atendimento, capacidade máxima da agenda, é 14 pacientes, 14 pacientes, é o máximo e quando a gente precisa marcar algum paciente extra por algum por alguma intercorrência, mas é agendado normalmente dois pacientes por horário. Eh então o mínimo seria 12, no dia de atendimento normal, no máximo no dia que tiver extra, paciente a mais, por alguma necessidade, no limite de dois pacientes a mais, esse seria o máximo que nós podemos atender por dia. Por ter dois pacientes no horário, os casos onde a gente precisa a todo tempo da terapia junto com o paciente, é reservado 30 minutos para cada. Quando é um paciente que a gente orienta os exercícios, ele faz os exercícios sozinho, a gente fica mais tempo né, ele fica uma hora fazendo fisioterapia, se é um paciente no mesmo horário tem um que precisa ficar mais em cima e o outro mais independente, o mais independente fica mais tempo e a gente dedica o tempo que o paciente menos independente precisa mas geralmente é um tempo de meia hora mínimo que para cada paciente.”

E conta um pouquinho, é...antes de você...da história que você me contou um pouquinho como você escolheu fisioterapia e tudo, mas o processo da faculdade, das matérias se superou as suas expectativas, eh o porquê você fez fisioterapia, se algum momento você pensou em desistir do curso, porque não...o curso não foi legal.

“Olha eu tive uma única dificuldade no último ano, porque assim minha família sempre foi muito simples, é eu só sou fisioterapeuta hoje por causa dos programas do governo federal, eu estudei em faculdade particular, eu tinha bolsa pelo Prouni e os meus pais não podiam me ajudar em praticamente nada em relação a faculdade, ao contrário, eu já paguei até o terceiro ano, na minha época do curso era uma curso de quatro anos, era noturno, só que no último ano do curso era integral. Então nós tínhamos o estágio durante todo o dia e tínhamos algumas aulas a noite. Então eu viajava de Ibitinga para Araraquara para estudar, trabalhei até o final do terceiro ano, era eu quem pagava minhas contas, a faculdade não dava totalmente o transporte, era eu quem pagava o transporte até a faculdade, era eu quem comprava meus livros e alguns colegas eu via que não fazia outros investimentos, mas fiz alguns cursos né, de aperfeiçoamento, cursos diferentes durante a formação, então assim eu não tive nenhum ajuda da minha família na parte financeira por eles não terem essa possibilidade, sei que se tivessem, ele me ajudariam, como fizeram no último ano porque não tinha como eu morar lá, trabalhar, estudar porque não tinha como, só se eu não dormisse à noite e eles fizeram assim das tripa coração para me manter um ano, um ano em Araraquara sem trabalhar e eles tendo que mandar dinheiro para aluguel, mandar dinheiro para minha condução, mandar dinheiro para tudo, foi um ano assim extremamente difícil que eu apenas tentei desistir do curso, você acha na reta final, por conta da dificuldade financeira e vê que, às vezes, eles estão passando muita necessidade lá na minha casa para que eu pudesse terminar. Foi a única situação em que eu pensei em desistir por ver isso que eles estavam fazendo, minha família não deixou de forma alguma e até quando teve a minha formatura, eu lembro que até me emocionou, tanto que a gente até chorou quando fiz a colação de grau e depois né, que tem homenagem aos pais e me vi nessa situação na minha cabeça sabe que eu sei que eles passaram necessidades para que eu me formasse naquele ano. Nos outros anos foi tudo eu que levei porque eu estava trabalhando e ainda eu ajudava um pouco em casa.”

E você trabalhava com que?

“Trabalhava numa parte de confecção lá em Ibitinga, lá tem várias empresas de confecção de cama, mesa e banho e para mim era super

complicado porque eu entrava no trabalho às 7 horas da manhã e saía às 5 e meia da tarde. Às 18 horas eu entrava no ônibus e ia para Araraquara estudar.”

É pertinho?

“Uma hora de viagem. Então assim, tempo para estudar eu tinha quando eu chegava em casa da faculdade, meia noite e meia e ficava até uma, duas da manhã, quando tinha alguma prova no dia seguinte , levantava para ir trabalhar, trabalhava o dia todo, depois ia para a faculdade, às vezes, sem tomar banho, sem, às vezes, comer alguma coisa. Quando o cansaço não era tanto, eu conseguia estudar um pouco no ônibus, então era complicado.”

E de final de semana...

“De final de semana eu também, eu estudava bastante...”

Mas você não tinha que trabalhar de final de semana?

“De final de semana não, às vezes, quando tinha muita produção, aí tinha que fazer hora extra, mas não era sempre que eu fazia por conta da faculdade. Mas foi a única situação assim difícil, de ver o que os meus pais estavam fazendo que eu não queria que aquilo acontecesse, mas era por um bem maior. E hoje, graças a Deus, não ganhos rios de dinheiro, mas aquilo que eu posso eu ajudo eles. E assim... tem um tio, irmão da minha mãe, que falava super mal, me chamava de vagabundo, que eu não queria trabalhar, mas hoje ele vê aonde eu estou. As coisas para mim aconteceram rápido, mas também eu sou uma pessoa interessada, tive um objetivo e eu fui atrás. Eu acho que para conseguir as coisas na vida é resultado de um monte de coisas, é você ter oportunidade, é você agarrar, é você se dedicar e uma hora dá certo. Eu me dediquei, fui atrás e estou onde estou hoje .”

E depois que você se formou, o que você fez?

“Eu me formei, coleei grau dia 15 de janeiro, dia 2 de fevereiro eu estava em São José do Rio Preto, começando a residência lá. Fiz durante um ano o aprimoramento lá. Terminando o aprimoramento, eu comecei a trabalhar em dois hospitais lá como plantonista na parte de fisioterapia cardio respiratório, passei no concurso, mas não fui chamado e eu não estava muito satisfeito com

meu trabalho lá, estava longe da minha casa, da minha família. E aí eu vim para Bauru, a convite de um amigo meu, que não era fisioterapeuta, mas tinha contato com fisioterapeutas que trabalham como plantão e aí eu vim pra cá, comecei a trabalhar em dois hospitais, a Beneficência Portuguesa e a Unimed, e aí dois meses depois que eu estava aqui, abriu um concurso para o Hospital Estadual de Bauru, eu prestei, passei em primeiro lugar e ainda fui chamado para cobrir a licença maternidade de um profissional daqui e desde então estou aqui.”

Quais são as características fundamentais para ser um fisioterapeuta?

“Eu acho que primeiro você tem que gostar do que você faz, tem que gostar de gente, gostar de gente também não é muito fácil tem gente e gente, tem pessoas que têm uma aura um pouco melhor, tem gente que já chega tropejando, então para lidar com pessoas precisa ter jogo de cintura, tem que adquirir novos conhecimentos, porque como ninguém sabe tudo, eu também não sei tudo, não sei atender todo e qualquer caso. Na fisioterapia, tem muitas especialidades que engloba ela, então eu não sei tudo. Por exemplo, chega uma paciente de uma especialidade que eu não sei e eu tenho um amigo que eu sei que atende, com certeza eu vou encaminhar essa pessoa para ele. Tem que estudar a vida inteira, não só porque eu sou professor universitário, mas porque a gente realmente tem que estudar, tem que se aperfeiçoar, tem que ter jogo de cintura para você saber que você nunca sabe tudo e está em sempre em busca de aplicar o seu conhecimento.”

Quais são as maiores experiências que você aprendeu?

“Como valor pessoal da minha vida, eu aprendi a valorizar muito o próximo, porque eu vejo e tenho contato com pessoas que não tem a oportunidade de aproveitar as coisas simples da vida, eu acho que é a maior lição que eu trago, sabe. Aproveitar o valor da vida, porque a gente acha que temos um probleminha que é um problemão e aí, você olha para o lado e vê uma pessoa que nunca mais na vida vai levantar, que nunca mais vai se movimentar, e eu aqui reclamando da vida, eu tenho tudo, tenho saúde. Então assim, hoje eu tenho uma visão muito mais grata da vida diante da realidade que existe.”

Você também atua como psicólogo em suas consultas.

“Assim, existem pacientes que não tem um nível cognitivo que se possa conversar. Tem paciente que tem algum problema cognitivo, mental. Mas aqueles pacientes que gostam de conversa, de se comunicar, geralmente a gente conversa sobre tudo. E, às vezes, a gente tem que ter essa postura para animar e estimular, porque para que o tratamento tenha sucesso tem que se ter uma adesão com o paciente, para que ele tenha o estímulo de fazer o tratamento, porque assim o tratamento não é só ali na hora, é toda uma rotina, então a gente sempre tem que ter aquela voz que anima, aquela voz que estimula, a gente tem que ser aquela pessoa que vibra com a mínima conquista que o paciente tiver, porque isso que vai estimular ele a conquistar mais e mais. Tem determinadas coisas que você não sabe, por exemplo, que o paciente fala para você e você percebe que, às vezes, o estado emocional do paciente está prejudicando o tratamento aí é que a gente entra em contato com o pessoal da psicologia, porque somos uma equipe multiprofissional aqui, aí a gente tenta explicar o caso a gente tenta aprofundar o caso porque no que ele for me ajudar para que o estado emocional do paciente não prejudique o tratamento em si, mas se for algo mais motivacional, todos vão ter essa postura de estimular, de animar o paciente.”

É comum, você ter que adotar essa postura?

“Eu acho assim, a gente tem que jogar sempre limpo com o paciente. Se eu avaliei um paciente e depois reavaliei e percebi que do mês passado para esse ele piorou, eu vou dizer olha piorou, mês passado você estava melhor, o que aconteceu? Você percebeu alguma coisa? Alguma coisa está sendo feito incorretamente? Vamos consertar então porque pode melhorar, a gente sempre tem que apontar o erro, mas dá uma solução, uma via para que aquilo se conserte. A gente nunca pode dizer que não tem jeito e mesmo nos casos que não tem jeito, como eu falei para você, são os casos que mais frustram a gente, a gente tem que apontar uma saída para que a pessoa veja o que é benéfico ela fazer e por que ela vai fazer. Por exemplo, o paciente nunca mais vai andar, vai sempre em uma cama, por que ela vai precisa de fisioterapia? A pessoa pode perguntar, ela tem que fazer fisioterapia, porque se não se mexer

pode ocorrer outras complicações, que associado ao fato dela não andar mais, vai piorar a qualidade de vida dela. Então, assim, sempre vai ter algo para ser feito, mesmo que seja mínimo.”

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

NOME DO PARTICIPANTE: _____
DATA DE NASCIMENTO: __/__/____. IDADE: ____
DOCUMENTO DE IDENTIDADE: TIPO:___Nº_____ GÊNERO: M () F ()
ENDEREÇO: _____
BAIRRO:_____CIDADE: _____ ESTADO: _____
CEP: _____ FONE: _____.

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: **A HIERARQUIA E A DISCREPÂNCIA NAS RELAÇÕES ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO CONTEXTO HOSPITALAR BRASILEIRO**

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: A pesquisa busca levantar questionamentos importantes que podem contribuir para entender como a rotina e as relações entre profissionais da área de saúde refletem no atual contexto da saúde brasileira. Os procedimentos de coleta de dados serão por meio de pesquisa de campo, focada em ENTREVISTAS com os seguintes profissionais: médicos, enfermeiros, nutricionistas e fisioterapeutas. A partir de então, pretende-se acompanhar o dia a dia desses profissionais e assim construir seus respectivos perfis, que, posteriormente, serão reunidos em um livro-reportagem.

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS: A pesquisa não envolve quaisquer riscos à saúde, uma vez que requer tão somente a disponibilidade para as entrevistas. O benefício da pesquisa consiste na humanização e valorização dos profissionais de saúde, através da valorização e registros de suas vivências profissionais, o que vem a refletir positivamente, em última instância, na qualidade dos serviços da saúde brasileira de uma maneira geral.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Você será entrevistado pela estudante de jornalismo **Jessica Sumie Sumida** (Faac – Unesp – Bauru), que poderá, a qualquer momento, esclarecer suas dúvidas sobre a pesquisa.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO E LIBERDADE DE RECUSA:

Você é livre para recusar-se a participar ou interromper a participação durante a entrevista. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Caso prefira não participar desta pesquisa, bastará comunicar sua recusa à pesquisadora **Jessica Sumie Sumida**, antes ou durante a entrevista. Caso, por livre escolha, opte por participar desta pesquisa, ao concluir a entrevista, concede a permissão de publicação de seu nome, idade e profissão no relatório e livro-reportagem que resultará desta pesquisa. Caso prefira utilizar um pseudônimo em lugar do seu nome no livro-reportagem, preencha o campo pseudônimo na declaração abaixo. Caso não tenha restrição quanto à publicação de seu nome, preencha com a expressão "O mesmo" no campo pseudônimo.

ISENÇÃO DE CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO: A participação no estudo não acarretará custos para você e, simultaneamente, não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Caso você sofra algum dano durante a realização dessa pesquisa, não haverá qualquer tipo de compensação, uma vez que a pesquisa não conta com a presença de seguro.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE:

Eu, _____
pseudônimo: _____,

fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Em caso de dúvidas, poderei procurar a estudante **Jéssica Sumie Sumida** ou a professora orientadora, **Dra. Érika de Moraes**, no Departamento de Ciências Humanas da Faac (Unesp/Bauru) ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa da mesma universidade.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Bauru, _____ de _____ de _____.

_____.

Assinatura do participante

Assinatura: _____

Pesquisador Responsável: Profa. Dra. Érika de Moraes

RG: 26.739.690-9

Endereço: Departamento de Ciências Humanas - Faac - Avenida Engenheiro
Luiz Edmundo Carrijo Coube, 14-01

CEP: 17033-360 - Vargem Limpa - Bauru/SP

Tel: (14) 3103-6064

E-mail: erika.moraes@faac.unesp.br

Assinatura: _____

Pesquisador Participante: Jéssica Sumie Sumida

RG: 34.986.205-9

Endereço: Rua Irmã Arminda, 10-71, Ap 15

CEP: 17011-160 – Bauru/SP

Tel: (14) 98182-6230

E-mail: jessicasumida@hotmail.com