

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE ARQUITETURA, ARTES E COMUNICAÇÃO  
CAMPUS DE BAURU  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO**

**MARISA ROMANGNOLLI**

**O DIÁLOGO ENTRE TRABALHADORES EM SAÚDE E USUÁRIOS:  
ANÁLISE DO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO PRATICADO EM UM  
HOSPITAL PÚBLICO SOB A ÓTICA DAS TENSÕES SOCIAIS**

Bauru - SP

2010

**MARISA ROMANGNOLLI**

**O DIÁLOGO ENTRE TRABALHADORES EM SAÚDE E USUÁRIOS:  
ANÁLISE DO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO PRATICADO EM UM  
HOSPITAL PÚBLICO SOB A ÓTICA DAS TENSÕES SOCIAIS**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Comunicação do Programa de Pós-Graduação em Comunicação da Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação, da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP, campus de Bauru, área de concentração em Comunicação Midiática

Orientadora: Profa. Dra. Maria Teresa Miceli Kerbauy

Bauru - SP

2010

Romangnolli, Marisa.

O diálogo entre trabalhadores em saúde e usuários: análise do processo de comunicação praticado em um hospital público sob a ótica das tensões sociais / Marisa Romangnolli, 2010.

207 f.

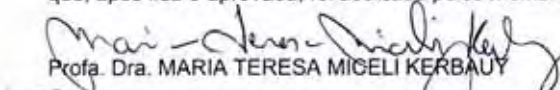
Orientador: Maria Teresa Miceli Kerbauy

Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação, Bauru, 2010

1. Gestão em comunicação. 2. Informação e controle social. 3. Comunicação interna. 4. Comunicação em saúde. 5. Comunicação e cultura organizacional. I. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação. II. Título.

**ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE MARISA ROMANGNOLLI, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO, DO(A) FACULDADE DE ARQUITETURA, ARTES E COMUNICACAO DE BAURU.**

Aos 13 dias do mês de dezembro do ano de 2010, às 08:30 horas, no(a) Salas dos Órgãos Colegiados da Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. MARIA TERESA MICELI KERBAUY do(a) Departamento de Antropologia, Política e Filosofia / Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara, Profa. Dra. MARIA APARECIDA FERRARI do(a) Departamento de Ciências Da Comunicação / Universidade de Sao Paulo, Profa. Dra. REGINA CELIA BAPTISTA BELLUZZO do(a) Departamento de Ciências Da Informacao / Faculdade de Filosofia e Ciências de Marília, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de MARISA ROMANGNOLLI, intitulada "O diálogo entre trabalhadores em saúde e usuário: análise do processo de comunicação praticado em um hospital público sob a ótica das tensões sociais". Após a exposição, a discente foi argüida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: aprovada. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

  
Profa. Dra. MARIA TERESA MICELI KERBAUY

  
Profa. Dra. MARIA APARECIDA FERRARI

  
Profa. Dra. REGINA CELIA BAPTISTA BELLUZZO

**MARISA ROMANGNOLLI**

**O DIÁLOGO ENTRE TRABALHADORES EM SAÚDE E USUÁRIOS: ANÁLISE DO  
PROCESSO DE COMUNICAÇÃO PRATICADO EM UM HOSPITAL PÚBLICO SOB  
A ÓTICA DAS TENSÕES SOCIAIS**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Comunicação do Programa de Pós-Graduação em Comunicação da Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação, da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP, campus de Bauru, área de concentração em Comunicação Midiática

Orientadora: Profa. Dra. Maria Teresa Miceli Kerbauy

Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, campus de Bauru (SP)

Profa. Dra. Maria Aparecida Ferrari

Escola de Comunicação e Artes da Universidade de São Paulo, campus de São Paulo (SP)

Profa. Dra. Regina Célia Baptista Beluzzo

Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, campus de Bauru (SP)

Bauru  
2010

Como cada mínimo pedaço de minha vida, os esforços representados por este trabalho são dedicados a razão de meu viver, com quem divido o fruto das infindáveis horas de dedicação: *Raul Romagnolli Balieiro*, meu filho.

## AGRADECIMENTOS

Para viver com intensidade essa etapa de minha vida, pessoas se fizeram preciosas e indispensáveis, pela compreensão, amizade e aprendizado. A essas, meu sincero agradecimento...

*Professora Maria Teresa Miceli Kerbauy*, sábia, paciente e generosa, mais que uma orientadora, uma formadora de caráter. Sem sua firme e preciosa orientação, compreensão e preciosos conhecimentos, esse trabalho não existiria

*Professora Regina Célia Baptista Beluzzo*, sempre disposta a dividir seus conhecimentos e experiência no campo científico e da pesquisa

*Professor José Alberto de Souza Freitas, o Tio Gastão*, entusiasta de minhas idéias e sempre disposto a concretizá-las, um exemplo de dedicação e estímulo

*Kátia, Clelia e Rosely Romangnolli*, irmãs e amigas, por apostarem em minhas idéias e atitudes incondicionalmente

*Elaine de Sousa*, jornalista ímpar, amiga e cúmplice nos sonhos, profissionais e pessoais

*Marcos Paulo da Silva*, Doutor jornalista, companheiro e solidário nas angústias científicas

*Márcio Henrique Andrade*, muito mais que amigo, um porto seguro

*André Luiz Lourenço, Diego Meneguetti, Leo Vitor Redondo, Luiz Augusto Seguin e Paula Brait*, companheiros nessa caminhada da Pós-Graduação

*Ana Lúcia Assis, Ana Lúcia Mello, Camila Alvarez, Caroline Thomazelli, Elaine Moraes, Élcio Cassiola, Fernando Tamarozzi, Lucas Aguiar e Tiago Rodella*, pacientes e compreensivos companheiros de trabalho

*Ana Balieiro Werneck, Sandra Mara Crusco, Saula Balieiro e Sueli Sassahara*, amigas sempre dispostas a oferecer apoio e estímulo

*Ana Regina Carvalho e toda a equipe da Seção de Apoio à Pesquisa do HRAC-USP*, eficientes fontes de auxílio na busca de livros, artigos e periódicos

*Silvio Carlos Decimone e Helder Gelonezi*, pacientes amigos da Pós-Graduação da FAAC-UNESP

*Maristela Brichi Cintra*, sempre atenciosa e prestativa, “engraxando” as rodas da criatividade da Biblioteca da UNESP - Bauru, com muito bom humor

*Usuários e profissionais do HRAC-USP*, generosos com seu tempo e seus sentimentos, fizeram desse trabalho uma descoberta preciosa

... e a *toda a turma de 2008 / 2010 do Curso de Mestrado em Comunicação da FAAC-UNESP*, meu profundo agradecimento pela paciência e amizade que fizeram desse período um dos mais memoráveis de minha vida!

*“A mente, uma vez expandida até a dimensão das idéias maiores, nunca volta ao seu tamanho original.”*

(Oliver Wendell Holmes)

ROMANGNOLLI, M. *O diálogo entre trabalhadores em saúde e usuários: análise do processo de comunicação praticado em um hospital público sob a ótica das tensões sociais*. 2010. 207p. Dissertação (Mestrado em Comunicação). Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP). Bauru, SP.

## RESUMO

Analisa a dinâmica do relacionamento entre cidadãos usuários do sistema público de saúde e um hospital universitário público, pelo viés da comunicação. O foco estabelecido é o diálogo praticado no âmbito hospitalar na prestação de serviços de saúde, as estratégias utilizadas nesse processo e os fatores que influenciam essa prática. A organização pesquisada, o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP), situado em Bauru (SP), atende a pacientes de todas as regiões do país, estabelecendo um relacionamento com os usuários por um tempo variável entre 18 a 20 anos devido à característica de sua atuação, a reabilitação das anomalias craniofaciais e deficiências auditivas. Considerou preceitos teóricos nas áreas de origens e panorama dos sistemas de atenção à saúde, o poder representado pela detenção da informação nesse contexto, comunicação em saúde, práticas comunicativas em ambiente hospitalar, cultura e comunicação organizacional, e vínculos sociais e organizacionais, em contraponto com a realidade instalada no campo de observação. Na pesquisa de campo foram entrevistados 80 indivíduos, sendo 40 usuários e 40 trabalhadores em saúde. De suas percepções, foi possível identificar como ocorre o diálogo no HRAC-USP no contexto do relacionamento entre ambos os atores sociais, suas consequências tanto na prática profissional dos trabalhadores como na reabilitação dos usuários, e também na construção da autoimagem dos usuários enquanto cidadãos. Ao mesmo tempo, o trabalho se preocupou em identificar as ações de comunicação nesse panorama e as percepções dos grupos amostrais sobre o papel da gestão da comunicação nesse contexto.

**Palavras-chave:** Comunicação em saúde, Informação e controle social, Comunicação interna, Comunicação e cultura organizacional, Gestão em comunicação.

ROMANGNOLLI, M. *The dialog between health professionals and users: analysis of the communication process practiced in a public hospital under the view of social tensions*. 2010. 207p. Master degree essay (Master degree on Communication). Faculty of Architecture, Arts and Communication of the São Paulo State University “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP). Bauru, SP.

## ABSTRACT

The present study analyses the relationship dynamics between users citizens of the public health care and a public teaching hospital through the angle of communication. The established focus is the dialog practiced in a hospital environment on healthcare services, the strategies used in this process and the factors that influence this practice. The organization researched, the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies of the University of São Paulo (HRAC-USP), located in Bauru (state of São Paulo), treats patients of all regions of the country, establishing a relationship with the users for a variable time of 18 through 20 years due to its acting characteristics, the rehabilitation of craniofacial anomalies and hearing disorders. This work considered theoretical precepts on the scenario of healthcare systems and its origins, the power represented by information retaining on this context, communications in health, communicative practices on hospital environment, culture and organizational communications, and social and organizational bonds, in opposite to the reality of installed on the observation field. 80 individuals were interviewed on the research field, being 40 users and 40 health professionals. From their perceptions, it was possible to identify how the dialog occurs in the HRAC-USP on the context of relationship between both social actors, its consequences on the professional's practice as much as user's rehabilitation, and also on the construction of the user's self-image construction as citizens. At the same time, this work tried to identify the communication actions on this scenario and the perceptions of sample groups about the role of communication management on this context.

**Keywords:** Communication on health, Information and social control, Internal communication, Communication and organizational culture, Communication management.

## LISTA DE FIGURAS

Quadro 1 - Os elementos constitutivos dos vínculos organizacionais e seus componentes .....	64
Quadro 2 - O campo da comunicação pública .....	74
Quadro 3 - Relação entre organização e público .....	76
Figura 1 - Fachada do Hospital Centrinho-USP. Esta unidade atende a pacientes com anomalias craniofaciais, fissuras labiopalatinas e síndromes .....	80
Figura 2 - Usuários aguardam atendimento na recepção do ambulatório de anomalias craniofaciais do Centrinho-USP .....	82
Figura 3 - Parte da sequência de tratamento da fissura labiopalatina .....	87
Figura 4 – Organograma do HRAC-USP.....	95
Figura 5 - Jornal Nosso Mural, ano 6, nº 251, 19/9 a 2/10/2010 .....	98
Figura 6 - Jornal Em Foco - Informativo do Hospital Centrinho/USP e Funcraf, Ano 10, nº 50, Bauru, jun./jul. 2010 - versão impressa. Versão <i>on-line</i> (www.centrinho.usp.br/emfoco) .....	99
Figura 7 - Informe SerCom, nº 2.083, ano 8, dia 28/9/2010, 11h05 .....	100
Figura 8 - <i>Blog</i> do Centrinho-USP ( <a href="http://centrinhousp.wordpress.com">http://centrinhousp.wordpress.com</a> ) .....	101
Figura 9 - Perfil do Centrinho-USP no <i>Twitter</i> ( <a href="http://twitter.com/centrinhousp">http://twitter.com/centrinhousp</a> ) .....	102
Figura 10 - Centrinho na mídia - envio de clipagem eletrônica a público interno .....	103
Figura 11 - Folder criado para o Programa Gespública do Centrinho-USP (agosto 2009) .....	103
Figura 12 - Cartaz criado para campanha interna “Por uma letra melhor” , cujo público alvo são os profissionais de saúde. Aborda a necessidade de legibilidade das anotações e prescrições em prontuário. Desenvolvido a pedido da Ouvidoria, Comissão de Ética Médica, Comissão de Ética em Enfermagem e Diretoria Clínica do HRAC-USP (abril 2010) .....	104
Figura 13 - <i>Home page</i> atual do <i>site</i> institucional (www.centrinho.usp.br) .....	105
Figura 14 - Ferramentas criadas para o Programa Gespública do Centrinho-USP, inseridos no contexto do ambulatório de anomalias craniofaciais .....	107
Figura 15 - Grupo TO na Arte apresenta esquete teatral com o tema “Turma do Centrinho” (março 2010) .....	108
Figura 16 - Manual “Imprensa: amiga ou inimiga?”, utilizado em mídia <i>training</i> .....	109

Quadro 4 - Desempenho da área de Eventos do HRAC-USP, ano 2009 .....	109
Figura 17 - <i>Press release</i> padrão, enviado eletronicamente à veículos de mídia previamente selecionados de acordo com a pauta. No canto inferior direito, observa-se janela do MSN aberta, em contato com jornalista de mídia impressa .....	110
Figura 18 - Repercussão do mesmo <i>press release</i> enviado, com publicação em mídia impressa e <i>on-line</i> pelo Jornal da Cidade de Bauru (versão <i>on-line</i> : <a href="http://www.jcnet.com.br">http://www.jcnet.com.br</a> ) .....	111
Figura 19 - Matéria veiculada no “Caderno de Cidadania” da Imprensa Oficial do Estado, encartado no Diário Oficial do Estado de São Paulo (25/05/2006, p.2-3) .....	113
Gráfico 1 - Usuários da amostra, segundo o tipo .....	119
Gráfico 2 - Perfil dos usuários entrevistados quanto à região de origem e nível de ocupação profissional .....	119
Gráfico 3 - Tempo de vínculo com o HRAC-USP dos usuários entrevistados .....	121
Gráfico 4 - Relato dos usuários da amostra sobre mudanças em sua vida com o tratamento recebido, por natureza e grau de mudança .....	124
Gráfico 5 - Presença de expressão espontânea e emotiva de gratidão dos usuários da amostra .....	125
Gráfico 6 - Percepções dos usuários da amostra quanto ao seu nível de informação sobre o tratamento e o diálogo com os profissionais .....	128
Gráfico 7 - Presença de menção espontânea dos usuários da amostra sobre qualidade e/ou humanização no atendimento .....	128
Gráfico 8 - Co-relação entre percepções dos usuários da amostra sobre seu nível de informação sobre o tratamento, carências no atendimento e sugestão de temas para maior divulgação .....	134
Gráfico 9 - Natureza das queixas dos usuários da amostra .....	134
Gráfico 10 - Natureza dos temas sugeridos pelos usuários para maior divulgação, segundo áreas de interesse .....	136
Gráfico 11 - Sugestões de melhorias apresentadas pelos usuários da amostra, segundo índice de manifestação e natureza das sugestões .....	140
Gráfico 12 - Perfil dos trabalhadores em saúde da amostra, segundo profissão e característica da atividade .....	147

Gráfico 13 - Natureza do contato com os usuários dos trabalhadores em saúde da amostra, segundo o tipo, momento e frequência que ocorre .....	148
Gráfico 14 - Tempo de casa dos trabalhadores em saúde da amostra .....	149
Gráfico 15 - Percepções dos trabalhadores em saúde da amostra sobre a cultura interna e o relacionamento com os usuários, segundo a natureza .....	156
Gráfico 16 - Dificuldades relatadas pelos trabalhadores em saúde da amostra no atendimento ao usuário, por natureza e tipo .....	161
Gráfico 17 - Percepções dos trabalhadores em saúde da amostra sobre a qualidade do diálogo com os usuários e o impacto no tratamento, segundo a classificação e intensidade .....	172
Gráfico 18 - Sugestões apresentadas pelos trabalhadores em saúde da amostra visando melhorias no diálogo praticado no âmbito do HRAC-USP, segundo a natureza .....	180

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil dos usuários entrevistados quanto ao tipo, cidade de origem, profissão e tempo que frequenta o HRAC-USP .....	117
Tabela 2 - Mudanças relatadas na sua vida com o tratamento recebido, segundo grau e natureza da mudança, e manifestações espontâneas e emotivas de gratidão dos usuários .....	122
Tabela 3 - Percepção dos usuários da amostra sobre o diálogo com os profissionais do HRAC-USP, quanto ao seu próprio nível de informação sobre o tratamento, dificuldades de compreensão das informações, participação no diálogo, receptividade dos profissionais, e manifestação espontânea sobre boa qualidade e/ou humanização no atendimento .....	126
Tabela 4 - Co-relação da percepção dos usuários da amostra sobre seu nível de informação sobre o tratamento, carências no atendimento e sugestões de tems para maior divulgação .....	130
Tabela 5 - Sugestões de melhorias apresentadas pelos usuários da amostra, segundo a natureza .....	137
Tabela 6 - Perfil dos trabalhadores em saúde da amostra, quanto à atividade exercida e em que momento mantêm contato com o paciente .....	143
Tabela 7 - Percepções dos trabalhadores em saúde da amostra sobre a cultura organizacional do HRAC-USP e o relacionamento com os usuários .....	150
Tabela 8 - Dificuldades relatadas pelos trabalhadores em saúde da amostra no atendimento ao usuário, por esfera de atuação .....	158
Tabela 9 - Percepções dos trabalhadores em saúde da amostra sobre o diálogo praticado com os usuários e o reflexo no tratamento, por classificação e intensidade .....	163
Tabela 10 - Sugestões apresentadas pelos trabalhadores em saúde da amostra para melhoria do diálogo no âmbito do HRAC-USP, segundo a natureza .....	174

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS UTILIZADAS NO TRABALHO**

HRAC-USP: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo

SERCOM: Serviço de Comunicação do HRAC-USP

MS: Ministério da Saúde do Governo Federal do Brasil

SUS: Sistema Único de Saúde do Governo Federal do Brasil

PUCAMP-SP: Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Estado de São Paulo

UNIFESP: Universidade Federal de São Paulo

DST-AIDS: Doenças Sexualmente Transmissíveis - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

PACS-PSF: Programa de Agentes Comunitários de Saúde - Programa de Saúde da Família, ambos do Ministério da Saúde do Governo Federal brasileiro

OMS: Organização Mundial de Saúde

RUSP: Reitoria da Universidade de São Paulo

DOE: Diário Oficial do Estado de São Paulo

DOU: Diário Oficial da União

SES-SP: Secretaria de Estado da Saúde do Governo do Estado de São Paulo

TFD: Auxílio de Tratamento Fora de Domicílio - recurso financeiro concedido por órgãos de saúde do governo brasileiro para tratamento em outras localidades que não a de origem do cidadão

RBS: Rede Básica de Saúde - refere-se a recursos locais de saúde em cada município ou microrregião

CAPES: Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

FUNCRAF: Fundação para o Estudo e Tratamento das Deformidades Crânio-Faciais

AASI: Aparelho de Amplificação Sonora Individual - dispositivo eletrônico que amplifica os sons e devolve a sensação auditiva aos cidadãos com deficiência auditiva. Adaptado no ouvido do usuário, acoplado a um molde auricular

HU-USP: Hospital Universitário da Universidade de São Paulo

CNRM: Conselho Nacional de Residência Médica

FUNDAP: Fundação do Desenvolvimento Administrativo do Estado de São Paulo

UNICAMP: Universidade Estadual de Campinas

UNESP: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

ICMS: Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

FOB-USP: Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo

SUPE: Superintendência do HRAC-USP

DRH-USP: Departamento de Recursos Humanos da Universidade de São Paulo

PDF: *Portable Document Format (PDF)* - formato de arquivo desenvolvido pela *Adobe Systems* para representar documentos de maneira independente do aplicativo, *hardware*, e sistema operacional usados para criá-los. PDF pode ser traduzido em português como Formato de Documento Portátil (fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Pdf>).

SETO: Serviço de Educação e Terapia Ocupacional do HRAC-USP

HEB: Hospital Estadual de Bauru

CCS-USP: Coordenadoria de Comunicação Social da Universidade de São Paulo

DRS-VI: Departamento Regional de Saúde VI - Bauru

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>Introdução</b>	17
<b>2</b>	<b>Referencial teórico</b>	28
2.1	<i>As origens dos serviços de atenção à saúde</i>	28
2.2	<i>Informação e controle social</i>	33
2.3	<i>Das variáveis da prática comunicativa e da percepção da doença</i>	41
2.4	<i>Como entender a comunicação na saúde</i>	50
2.5	<i>Os hospitais e as práticas comunicativas no seu âmbito</i>	56
2.6	<i>Cultura organizacional</i>	61
2.7	<i>Comunicação organizacional e planejamento em comunicação</i>	69
<b>3</b>	<b>Contextualização da organização objeto de estudo</b>	79
3.1	<i>Perfil institucional do HRAC-USP</i>	79
3.2	<i>Contexto micro: o HRAC-USP, sua trajetória, missão e políticas</i>	87
3.3	<i>Indicadores da cultura organizacional do HRAC-USP</i>	89
3.4	<i>As políticas de comunicação no HRAC-USP</i>	93
3.5	<i>A clientela do HRAC-USP, interna e externa</i>	114
<b>4</b>	<b>Percepções dos usuários e dos trabalhadores em saúde do HRAC-USP</b>	116
4.1	<i>Usuários do HRAC-USP</i>	116
4.2	<i>Trabalhadores em saúde do HRAC-USP</i>	141
4.3	<i>Como se articulam as percepções dos usuários e dos trabalhadores em saúde do HRAC-USP</i>	181
<b>5</b>	<b>Considerações finais</b>	187
	<b>Referências</b>	195
	<b>ANEXOS</b>	
Anexo 1	<i>Roteiro para entrevista - usuários do HRAC-USP</i>	201
Anexo 2	<i>Roteiro para entrevista - trabalhador em saúde do HRAC-USP</i>	202
Anexo 3	<i>Índice de entrevistas - usuários do HRAC-USP</i>	203
Anexo 4	<i>Índice de entrevistas - trabalhadores em saúde do HRAC-USP</i>	205
	<b>APÊNDICE</b>	
Apêndice 1	<i>Íntegra das transcrições de entrevistas com usuários e com trabalhadores em saúde do HRAC-USP (CD-ROM apenso à dissertação)</i>	

## 1 Introdução

O presente trabalho tem por objetivo investigar a dinâmica do processo comunicativo entre dois componentes integrantes do mesmo: um hospital universitário público e os usuários de seu serviço, considerado nesse estudo uma parcela de seu público-alvo interno. Tal investigação utiliza-se de estudos teóricos sobre os temas correlatos à proposta e pesquisa realizada com trabalhadores em saúde e cidadãos usuários de um serviço público de saúde.

Em face das alterações na dinâmica de relacionamentos na sociedade moderna, provocadas pela velocidade do desenvolvimento tecnológico e da lógica de mercado, pode-se aferir as mesmas angústias dos sociólogos também aos profissionais de saúde, que enfrentam hoje dificuldades no desempenho de suas funções devido às pressões de produtividade e crescente demanda, que refletem no relacionamento com os pacientes. Meyer (2002, p.14), médico francês, relata o esgarçamento de tais relações, destacando a falta de diálogo e até mesmo de contato pessoal entre ambos, numa situação em que, inegavelmente, pratica-se o jogo de poder pela detenção do conhecimento.

Assim, há dois aspectos a serem considerados na relação serviços públicos de saúde *versus* usuários: por um lado, os profissionais de saúde, detentores de informações técnicas sobre o contexto saúde e premidos por circunstâncias administrativas de produtividade no atendimento, encontram dificuldades para estabelecer um diálogo satisfatório com seu paciente; de outro lado, os cidadãos comuns, usuários dos serviços públicos de saúde, sujeitos à dominação social representada pela diferença de repertório técnico, acentuada pela fragilidade física e emocional presente no momento em que procura tais serviços, podem não se considerar informados o suficiente sobre seu estado de saúde e os tratamentos oferecidos. Sela-se assim uma situação de relacionamento unilateral onde o profissional de saúde determina condutas de tratamento e o paciente simplesmente as aceita, acreditando ser o melhor para si. Essa relação de dominância retratada por Singer *et al* (1978, p.17), é histórica, tendo sua origem na criação dos serviços públicos de saúde em tempos da Revolução Industrial européia.

Pretendendo-se à reflexão sobre as relações de poder inerentes ao relacionamento entre serviço de saúde *versus* usuário do sistema público de saúde pela ótica da comunicação, no âmbito de um hospital universitário público, a pesquisa foi estruturada sobre a análise da dinâmica de comunicação praticada entre esses dois atores sociais e as tensões presentes nessa

relação, no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP), localizado na cidade de Bauru (SP).

Diferente da realidade de um hospital geral, onde os contatos se restringem a momentos de crise, o hospital em questão é especializado e o tempo de relacionamento com o usuário é longo, chegando a duas décadas. Assim, a pesquisa realizada traz elementos que incluem dados que permite aferir qual a maior expectativa do cidadão quando procura atendimento nos serviços públicos de saúde que se vê em situação “de doença”, bem como a avaliação desses usuários quanto à qualidade de mais de um atendimento recebido, e o reflexo da cultura organizacional da instituição nessa percepção.

Do ponto de vista do profissional, é possível aferir dados como o tipo de vínculo com o usuário ao qual se permite o trabalhador em saúde, o reflexo desse vínculo na sua prática profissional, a dimensão que assume o diálogo num tratamento prolongado e as angústias do profissional em relação ao seu cotidiano, nesse contexto.

Há que se acrescentar que a instituição pesquisada é um hospital universitário público, sobre os quais pairam expectativas dos cidadãos diferentes daquelas relacionadas a um hospital não universitário público. Amorim; Freitas; Gois (2006, p.1-4), em estudo sobre a qualidade nas organizações públicas, relatam que as universidades ainda são consideradas pela sociedade como organizações distantes da realidade que as cerca, sendo taxadas de “torre de marfim”, onde muitos pesquisadores preocupam-se apenas com a produção do saber. Sendo assim, a população em geral não é consciente daquilo que ocorre dentro de seus muros, exceto no que se refere aos hospitais universitários, de quem se sabe para quem e a que serve.

Nesse contexto, essas organizações são a face mais conhecida da universidade pela população brasileira, pois são a base do sistema público e gratuito de saúde no Brasil, oferecendo atendimento e pesquisas de qualidade que contribuem para o desenvolvimento da assistência em saúde para a população. Os autores apontam tal situação em confronto com a falência do sistema público de saúde não universitário do país, pontuando que se tratam, essas organizações, de verdadeiras tábuas de salvação para os graves problemas de saúde da população. Duplica-se, assim, a responsabilidade dessas organizações em estabelecer um fluxo informativo com seu público, somando-se as responsabilidades como unidade universitária às de recurso para atendimento às necessidades de saúde da população.

No caso da organização onde se propõe o estudo, um hospital especializado em anomalias craniofaciais e deficiências auditivas, é possível medir o impacto dessa relação de forma mais profunda pelo fato de que o tratamento oferecido na área de anomalias craniofaciais é de longa duração, variando entre 18 a 20 anos, criando-se um vínculo entre a

organização e os pacientes que, por sua vez, também são afetados pela cultura organizacional dado o tempo de convivência com a organização. É comum que pacientes recém-nascidos sejam matriculados e iniciem seu tratamento, retornando duas a três vezes por ano para cumprimento de suas etapas terapêuticas, e recebam alta somente após completado o tratamento, na idade adulta. Já na área de deficiência auditiva, considerando que essa patologia é crônica, não há momento de alta hospitalar por cura, sendo que o paciente retorna periodicamente para avaliações, atendimentos e troca de dispositivos auditivos<sup>1</sup> (aparelhos auditivos e implantes cocleares) até o momento em que há rompimento dessa relação, seja por opção do paciente, pelo encaminhamento a outros recursos de saúde ou falecimento do paciente.

O Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP), mais conhecido pela sociedade em geral como Centrinho-USP de Bauru é especializado no tratamento de malformações congênitas do crânio e da face - em especial as fissuras labiopalatinas -, síndromes relacionadas a essas e deficiências auditivas, e atua desde 1967 nesse segmento, apontando para um número registrado de aproximadamente 80 mil pacientes já atendidos, muitos ainda em fase de tratamento. A principal característica da fissura labiopalatina é a necessidade de intervenção multidisciplinar e o tempo necessário para sua plena reabilitação. Portanto, o tratamento oferecido pelo HRAC-USP não é pontual, respondendo somente a uma situação de crise na saúde do cidadão, mas assume características de processo de reabilitação.

Segundo o Ministério da Saúde, um serviço de reabilitação:

[...] “é um conjunto de ações de atenção à saúde e, portanto, um componente imprescindível da promoção, prevenção e assistência às pessoas, na manifestação de sua saúde e bem-estar, bem como de sua família e comunidade” (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, 1993). Por isso, entendemos que a reabilitação tem como objetivo não só capacitar as pessoas com deficiência para sua integração na sociedade, mas propiciar sua inclusão social. [...] A reabilitação pressupõe, portanto, a cooperação entre os profissionais e os serviços no desenvolvimento integral da pessoa com deficiência, bem como a participação da sociedade e dos próprios reabilitandos (GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007, p.323).

---

<sup>1</sup> *Dispositivos auditivos*: Aparelhos auditivos são dispositivos eletrônicos de amplificação sonora utilizado para compensar as perdas auditivas do paciente, adaptado(s) externamente no(s) ouvido(s). Implantes cocleares são igualmente dispositivos eletrônicos utilizados com a mesma finalidade, porém é um sistema complexo em que parte dele é implantado cirurgicamente na cóclea do paciente e conectado aos demais componentes externos.

Assim, torna-se evidente que a total compreensão de todos os aspectos e a participação do cidadão em seu processo de reabilitação é determinante para o êxito desse, assim como a influência dessa relação na construção de sua autoimagem como cidadão. Leva-se em consideração, também, os princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), instituição a que está vinculado o hospital em questão, que estabelece em sua *Carta de Direitos do Cidadão do SUS*, que todo cidadão tem direito a compreender todo e qualquer tratamento a que é submetido, lhe sendo ainda facultado o direito de saber quem o está atendendo e ter esclarecidas todas as alternativas terapêuticas, para poder tomar decisão sobre o seu tratamento.

Determinante também para o estudo proposto é o fato de que os usuários desse serviço são cidadãos de todas as regiões do país, compondo um repertório cultural diversificado; alia-se também a tal fator a diversidade socioeconômica destes, que influencia diretamente esse processo de comunicação, considerado o repertório de cada um. Esses pacientes vêm à Bauru de vários estados do Brasil, já que não encontram em seu estado serviços que possam auxiliá-los no tratamento completo e na reabilitação integral de suas patologias, ou ainda pela opção em realizar esse tratamento no HRAC-USP.

Nesse universo de 80 mil cidadãos, 5,2% são da região Norte do país, 5,1% da região Nordeste, 11,4% da região Centro Oeste, 16,2% da região Sul e 62,1% da região Sudeste, fato explicado pela própria localização do Hospital. Do total de municípios do país, 3.114 (66% do total) têm pessoas com malformações craniofaciais matriculados no Centrinho-USP. No que se refere a níveis socioeconômicos<sup>2</sup>, segundo estudos do Serviço Social do Hospital, a população de pacientes é extratificada em baixa inferior (18,3%), baixa superior (38,7%), média inferior (23,0%), média (8,7%), superior (1,6%) e alta (0,1%).

Quanto aos benefícios de um diálogo eficiente entre reabilitadores e pacientes, há que se registrar que conforme relato da equipe de profissionais do HRAC-USP, o êxito do tratamento depende do envolvimento do paciente e seus familiares e o conhecimento de exercícios, terapias e cuidados a serem praticados diariamente, em casa, contribui positivamente para o progresso do tratamento e favorece as intervenções da equipe de reabilitação. Por outro lado, o exercício da cidadania e a construção da imagem do indivíduo enquanto cidadão sofre influência direta do meio social em que se insere e, no caso da pesquisa, os anos de relacionamento contínuo entre o Hospital e o paciente têm papel fundamental nesse processo.

---

<sup>2</sup> Estudo socioeconômico realizado rotineiramente na conduta terapêutica e acompanhamento de assistência social na rotina do HRAC-USP. Fonte: Serviço Social do HRAC-USP.

Considera-se que o objetivo maior do tratamento oferecido é a reabilitação física do cidadão e sua completa inserção social.

Este estudo se propõe a considerar os elementos que compõem tal quadro, a percepção dos atores sociais sobre a situação instalada, as estratégias usadas por ambas as partes para superação das dificuldades nesse diálogo, analisando criticamente todos os aspectos aqui relatados.

Em fase exploratória, para delinear o propósito do trabalho e definição da metodologia utilizada, referimo-nos aos estudos de Minayo (2007, p.14), para quem “[...] a metodologia inclui, simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade)”.

No caso deste estudo, há que se ressaltar que seu autor vivencia, diariamente, o cotidiano do HRAC-USP por vínculo empregatício<sup>3</sup>; portanto, o conhecimento da estrutura e da rotina diária de sua prática profissional permitem identificar problemas no processo de comunicação praticado internamente. Porém, esse repertório é somente o ponto de partida, uma vez que:

“[...] nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática. As questões de investigação estão, portanto, relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente condicionadas. São frutos de determinada inserção na vida real, nela encontrando suas razões e objetivos (MINAYO, 2007, p.16).

Estudos realizados em junho de 2006 pelo Serviço de Comunicação do Centrinho-USP (SERCOM), tendo como foco os funcionários e que obteve um índice de 29,29% de respostas de um universo de mais de 740 pesquisados, apontam para dificuldades no processo de comunicação entre a equipe de reabilitadores e os pacientes, refletindo no tratamento desses, dificuldades estas relatadas pela própria equipe do Hospital.

Há que se considerar que, para que a prática científica apresente eficácia, é necessário que se proceda a recortes da realidade em que se articulam observação e co-relação entre o contexto teórico e a realidade identificada através de técnicas de pesquisa. O conceito teórico que permeia o trabalho é o de observação direta, que define o desenvolvimento do pesquisa a partir do trabalho de campo ou análise documental (MINAYO, 2007. p.17-20).

Para definir o campo de observação, Deslandes (2007, p. 47) afirma que:

---

<sup>3</sup> A autora do trabalho é Analista de Comunicação do HRAC-USP, respondendo pela Diretoria Técnica do Serviço de Comunicação (SERCOM). É funcionária do Hospital desde 1989.

[...] o campo de observação precisa ser definido, entendendo-o como os locais e sujeitos que serão incluídos, o porquê destas inclusões (critérios de seleção) e em qual proporção serão feitas.

Se a pesquisa for realizada em serviços de saúde, ou qualquer outra instituição, é preciso descrever o motivo de ser sido feita esta opção e por que foi incluída a unidade de saúde deste ou daquele bairro, desde ou daquele nível de complexidade. [...] Vale ainda distinguir se a escolha da instituição ou comunidade é apenas o lugar onde se encontrarão os sujeitos de estudo ou se estas serão, por si mesmas, o foco da análise, visando um estudo de caso (de modelos de atendimento, de gestão, etc.)

Diante de tais preceitos teóricos, foi definido um estudo de caso em um hospital universitário público especializado. O HRAC-USP atende a cidadãos de todas as regiões do país, numa dinâmica que determina uma relação duradoura entre usuários e serviço de saúde. O campo de observação foi definido como o cotidiano entre os trabalhadores de saúde e os usuários do HRAC-USP, com foco na percepção dos dois grupos sobre o diálogo praticado como parte integrante do atendimento, expectativa em comum das partes. O objetivo é identificar a maneira com que se desenvolve esse processo comunicativo na perspectiva de ambos os interlocutores, quais os fatores determinantes para a adoção desse modelo de diálogo e o reflexo de tal prática no tratamento dos pacientes.

O recorte da pesquisa se presta a uma análise mais aprofundada da relação cotidiana entre serviços públicos de saúde / usuários, dado as características do relacionamento que se desenvolve entre os usuários do HRAC-USP e sua equipe, já que o tratamento oferecido por esse Hospital é longo, consumindo uma média de 18 a 20 anos de contatos periódicos, não inferior a duas ou três vezes ao ano.

A presente pesquisa volta-se a um estudo de caso previamente delimitado com o objetivo de favorecer o seu êxito: uma análise, por meio de pesquisa documental e qualitativa, das relações presentes no processo de comunicação entre um hospital público e seus usuários. Optou-se pelo estudo de caso devido a característica dos dados a serem analisados, ou seja, o modelo de diálogo adotado pelo HRAC-USP no relacionamento com seus usuários, ao mesmo tempo em que se procura observar os fatores determinantes para esse diálogo, incluindo a cultural organizacional, e como a gestão de comunicação pode auxiliar nesse processo.

A abordagem selecionada é a pesquisa qualitativa por apresentar maior adequação aos propósitos da pesquisa, uma vez que:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. [...] ela trabalha com um universo de significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2007, p.21).

Assim, o campo de pesquisa adotado é o contexto diário do HRAC-USP, considerando que entre seus pacientes está presente a diversidade cultural, determinada pela região de origem dos pacientes, e a diversidade socioeconômica, identificada nos estudos de extratos sociais dos pacientes realizado pelo Serviço Social da organização.

Partindo da contextualização organizacional e das tensões próprias do relacionamento entre grupos sociais distintos, procedeu-se ao estudo da forma com que ocorre o processo de comunicação entre o prestador de serviços - o Hospital - e seus usuários, considerando o longo tempo necessário para o tratamento e que, por isso mesmo, estabelece-se um vínculo duradouro entre ambas as partes. Os reflexos desse vínculo no comportamento dos atores sociais envolvidos nesse processo foram analisados à luz da cultura organizacional instalada e da relação de poder / dependência historicamente presente na área de saúde pública.

Optou-se, como técnica de pesquisa, pela coleta de dados estruturada em duas etapas principais: a pesquisa bibliográfica e o trabalho de campo. Na construção do arcabouço teórico para o desenvolvimento da pesquisa, procedeu-se a pesquisa bibliográfica em publicações científica como livros, periódicos científicos e anais de eventos científicos da área de comunicação, com foco em comunicação e saúde, na área de pesquisa social, como arcabouço para definição de metodologia, e na área da saúde, como base teórica para a definição de conceitos que permeiam o momento do diálogo.

Na pesquisa bibliográfica específica, foram estudados conceitos que permeiam as tensões sociais de poder pelo domínio das informações, conceitos entrelaçados de saúde e comunicação, e elementos de cultura organizacional como fator determinante de ações e comportamentos no âmbito de uma organização pública de saúde, respeitando as áreas do conhecimento mas buscando um elo entre elas, permitindo assim a organização e a análise das informações. Tal estudo foi realizado com a leitura dos temas afetos à proposta, com as devidas citações normalizadas. A metodologia utilizada foi a leitura crítica do material selecionado, e a seleção dos aspectos relevantes para a pesquisa se encontram descritas nos capítulos 2 e 4 da dissertação.

No trabalho de campo, foi realizada pesquisa documental indireta com o objetivo de detectar as estratégias adotadas pela organização na comunicação com o usuário. Todos os dados apresentados na fase de levantamento do perfil institucional da organização são baseados em informações colhidas em documentos disponíveis na *internet* e no arquivo do Hospital. São portarias, normativas de órgãos públicos com quem se relaciona a organização, portal da Universidade de São Paulo, projetos internos e relatórios técnicos diversos do HRAC-USP. Foram pesquisadas também fontes como o Sistema Único de Saúde (SUS) e banco de dados do Serviço de Informática Hospitalar, do Serviço Administrativo e do Serviço de Comunicação (SERCOM), todos do HRAC-USP. Tal etapa torna-se indispensável para descrever o contexto da organização, traçando um perfil do Hospital, pontuada por suas políticas e carências no que se refere ao processo de comunicação. Dos documentos consultados, foi realizada uma leitura crítica, destacando-se os aspectos pertinentes à presente pesquisa. Os resultados estão pontuados no capítulo 3 da dissertação.

Para abordagem direta tanto de trabalhadores em saúde como de usuários, a técnica escolhida é a da entrevista com ambas as partes envolvidas no estudo. Optou-se pela entrevista por ser a técnica que apresenta maior eficiência para obtenção de informações e opiniões sobre determinado assunto, conforme preceitos de pesquisa social:

A entrevista é, do ponto de vista sociológico, uma interação entre dois indivíduos (sujeito observador e informante), em que o primeiro tenta obter do segundo, por meio de estímulos verbais parciais, respostas verbais que, uma vez sistematizadas, poderão reconstituir: a) um fenômeno observado pelo informante; b) um fenômeno do qual o informante participa ou participou; c) o fenômeno-informante (ABRAMO, 1979, p.81).

Foram definidos dois roteiros de entrevistas, distintos em sua formulação mas com elementos que permite uma análise comparativa de ambas as respostas dos dois diferentes grupos (Anexos 1 e 2). Na definição da amostra, considerou-se a importância de levantar as percepções de dois grupos distintos: funcionários do HRAC-USP que atendem diariamente aos pacientes e cidadãos comuns usuários do Hospital. Na definição do tamanho da amostra para uma pesquisa qualitativa, há que se considerar:

[...] o “universo” em questão não são os sujeitos em si, mas as suas representações, conhecimentos, práticas, comportamentos e atitudes. Como se vê, seria impossível demarcar o número total dessas variáveis, muito menos o tamanho da amostra que seria representativa desta totalidade. Diante disso, costumeiramente se opta por definir o número de sujeitos por inclusão progressiva (sem demarcar a *priori* o número de participantes) que

é interrompida pelo critério de saturação, ou seja, quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos começam a ter uma regularidade de apresentação (DESLANDES, 2007, p.48).

Para fixar o tamanho dos dois grupos da amostra, utilizou-se dos seguintes critérios:

- **no que se refere aos trabalhadores em saúde:** o universo total de funcionários do HRAC-USP é de 766 elementos, sendo que 425 atendem diretamente o usuário. Nessa parcela foram selecionados trabalhadores de nível técnico de apoio ao tratamento (técnicos de apoio operacional<sup>4</sup> e técnicos de apoio em saúde<sup>5</sup>) e profissionais de saúde<sup>6</sup>. Com o objetivo de abranger todas essas áreas, devido à diversidade de frequência com que se estabelece o contato e em que momento psicológico do paciente esse contato ocorre, o número de sujeitos incluídos na amostra foi fixado em **40 trabalhadores em saúde**, observando também o critério de saturação.
- **no que se refere a usuários:** o total de pacientes já atendidos pelo HRAC-USP aproxima-se de 80 mil. Diariamente, circulam pelo Hospital cerca de 300 pacientes com fissura labiopalatina, deficiência auditiva e outras malformações do crânio e/ou da face. O estudo considera usuário tanto o paciente como seus acompanhantes<sup>7</sup>, uma vez que é frequente que o paciente inicie seu tratamento logo ao nascimento e, portanto, dificilmente vêm sozinho ao Hospital para atendimento; além disso, ao cidadão deficiente auditivo é solicitado que compareça ao agendamento com um acompanhante, devido a dificuldades próprias da patologia. Portanto, a média projetada de circulação diária de usuários é de 600 cidadãos. A abordagem a esses usuários foi aleatória, em ambiente de circulação livre (ambulatórios e entorno do HRAC-USP) e em situações de não-atendimento. Buscando uma uniformização numérica, a amostra foi igualmente fixada em **40 usuários**, observando-se o critério de saturação.

---

<sup>4</sup> *Técnicos de apoio operacional:* desempenham atividades como recepção, atendimento telefônico, agendamento de atendimento, procedimentos de internação, circulação de prontuários e encaminhamento dos pacientes para atendimento. São recepcionistas, auxiliares administrativos e técnico administrativo.

<sup>5</sup> *Técnicos de apoio em saúde:* desempenham atividades como orientação de dinâmicas de grupo, atividades de terapia ocupacional e lúdicas, assistência ao paciente na internação, confecção e ajuste de moldes para aparelhos auditivos. São técnicos de apoio educacional, técnicos de enfermagem e técnico de laboratório.

<sup>6</sup> *Profissionais de saúde:* abrange todas as especialidades envolvidas no tratamento do paciente do HRAC-USP e que realizam consultas ambulatoriais e pós-cirúrgicas, tratamentos ambulatoriais e cirurgias. São médicos pediatras, médicos cirurgiões plásticos, cirurgiões dentistas de quatro diferentes especialidades (Ortodontia, Odontopediatria, Prótese e Cirurgia Bucomaxilofacial), enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, biólogos, biólogo geneticista e biomédico.

<sup>7</sup> *Acompanhantes:* nesse universo se inclui pessoas do núcleo familiar direto (pais, esposos e filhos) e do núcleo indireto (tios, avós, tios-avós, sobrinhos, etc.).

Para cumprir tal objetivo e buscando o máximo de fidedignidade às respostas, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, sendo que os sujeitos incluídos na amostra foram esclarecidos de que se tratava de entrevista não identificada nominalmente. As transcrições foram organizadas por grupo amostral, sendo elaborado um índice das entrevistas para facilitar consultas à íntegra das mesmas (Anexos 3 e 4). Finalmente, devido ao volume de respostas, a íntegra de todas as entrevistas foi transformada em arquivos PDF e organizadas em CD-ROM interativo, que se encontra apenso à dissertação (Apêndice 1).

A partir de tais dados, procedeu-se à análise dos resultados, organizado-os de forma a permitir ao procedimento metodológico de interpretação de sentidos, numa tentativa de aprofundar os resultados obtidos, “caminhando além dos conteúdos de textos na direção de seus contextos e revelando as lógicas e as explicações mais abrangentes presentes numa determinada cultura acerca de um determinado tema” (GOMES, 2007, p.105). As etapas observadas na análise foram:

- em cada grupo amostral, foi realizado um agrupamento de respostas correlacionadas, permitindo o confronto das percepções relatadas em tabelas;
- dos dados constantes nas tabelas, foi realizado uma análise estatística da incidência de conceitos predominantes;
- a seguir, procedeu-se a um estudo comparativo das respostas conceitualmente semelhantes.

Isso posto, procedeu-se a elaboração da síntese interpretativa, considerando todos os dados obtidos em todas as fases do estudo. O autor procedeu a análise crítica do cenário local, desenhada pela pesquisa de campo - pesquisa documental sobre a organização e abordagem direta dos grupos amostrais por entrevista -, articulando tais dados com as bases teóricas, selecionadas na fase de fundamentação teórica.

A análise de todos os elementos levantados no transcorrer da pesquisa pautou-se por:

- reflexão crítica das políticas de comunicação traçadas pela organização estudada, levantada em fase de pesquisa documental, observando as estratégias adotadas pela gestão em comunicação e se essas atingem seus objetivos, a partir das percepções presentes nos relatos dos entrevistados;
- identificação da percepção dos trabalhadores em saúde sobre a cultura organizacional, as dificuldades encontradas no relacionamento com os usuários, a prática diária no diálogo com esses, a opinião sobre esse diálogo, as percepções sobre seu o nível de influência no tratamento oferecido, todos elementos obtidos a partir das entrevistas;

- identificação das percepções dos usuários sobre a qualidade e o nível de informações e orientações recebidas, como se dá o diálogo com os profissionais de saúde, as maiores carências sentidas no atendimento, e os assuntos sobre os quais desejam maior divulgação, igualmente identificados na etapa de entrevista.

Objetiva-se, a partir dos resultados, traçar uma panorama do diálogo desenvolvido no âmbito do HRAC-USP tendo como referencial as percepções de usuários e de trabalhadores em saúde, pontuando como se desenvolve esse diálogo, as dificuldades encontradas por ambas as partes, as percepções sobre sua influência no tratamento do paciente e no fazer profissional da equipe do Hospital e, finalmente, as carências observadas nesse relacionamento que podem determinar ações na área de gestão de comunicação. Os resultados de tais análises estão detalhados nos capítulos 4 e 5 da dissertação.

## 2 Referencial teórico

### 2.1 As origens dos serviços de atenção à saúde

A experiência da doença é um tema polêmico, visto pela Antropologia como “tanto a mais individual quanto a mais social das coisas” (AUGÉ *apud* HERZLICH, 2004, p.384), tornando difícil o estabelecimento de fronteiras entre o domínio público e o privado, posto que os laços entre ambos são sujeitos à mudanças constantes. Embora o corpo pertença ao domínio privado, não se pode falar de corpos, doenças e saúde sem estabelecer relações com o domínio público, pois a história da saúde está associada à história das sociedades, das cidades, do trabalho, das guerras e das expansões de fronteiras dos povos. Tanto é fato que a análise das instituições assistenciais e políticas de saúde tem sido realizada por sociólogos e historiadores como variante das formações sociais, econômicas e políticas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde é “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doenças” (HANSEN, 2004, p.7). Esse estado é indispensável para que o indivíduo possa interagir com a sociedade através dos grupamentos sociais em que se insere como família e trabalho, onde busca satisfazer suas necessidades físicas e espirituais. Portanto, alcançar tais condições é o anseio tanto dos indivíduos como da sociedade que, numa escala maior, se vê beneficiada com a condição produtiva e participante de um cidadão dito sadio.

Os serviços de atenção à saúde nasceram na sociedade ocidental como fruto da evolução das relações humanas e da relação do homem com a natureza, que se caracterizam por sua constante transformação. No relacionamento com a natureza, o homem se apropria de elementos da mesma, conjugando-os com o saber e a produção, resultando no desenvolvimento das técnicas produtivas. No caso da saúde, segundo Singer *et al* (1978, p.16) essa evolução registra-se nos avanços dos métodos de prevenir e curar.

Do ponto de vista de produção, os serviços de saúde encaixam-se na definição, segundo os mesmos autores, de serviços de controle. A finalidade desses serviços na sociedade é evitar que contradições nos planos econômicos, social ou natural intervenham na produção e consumo de bens dentro da ordem instituída. Assim, atuam nessas contradições de forma preventiva alterando o meio natural hostil ao homem e ajustando o indivíduo às normas do grupo, ou de forma corretiva curando, punindo ou reprimindo. São considerados serviços de controle aqueles ligados ao Estado como segurança, previdência, educação, saúde, serviços financeiros, de fiscalização e tribunais.

Uma importante função dos serviços de controle em sociedade organizadas a partir da divisão social do trabalho, é compatibilizar e conciliar as atividades e interesses dos indivíduos enquanto integrantes da cadeia de produção e de consumo. A característica marcante dos serviços de controle é que esses são acionados na medida em que surgem “problemas” do ponto de vista consensual dos grupos dominantes na sociedade. Nesse caso, os serviços de controle são chamados a prevenir, suprimir, curar ou manipular casos como, por exemplo, consumo de drogas ou epidemias de saúde (SINGER *et al*, 1978, p.12-5).

A atual configuração dos serviços de saúde no Brasil, assistencialista e dominada pelo poder público, resulta de uma evolução histórica cujo marco se dá em tempos da Segunda Revolução Industrial europeia, com a aplicação dos conhecimentos gerados pelas ciências naturais à produção. Com o surgimento de epidemias tipicamente urbanas, fez-se necessário a intervenção do Estado instituindo o atendimento à população e o controle de doenças, com o objetivo de reestabelecer a nova força produtiva econômica.

Na sociedade medieval, os cuidados de saúde se confundiam com o cuidados dos desvalidos (órfãos, viúvas, doentes, loucos, desocupados) e estavam a cargo da Igreja. Os hospitais, nesse contexto, funcionavam como hospedarias para essa população, em que os cuidados científicos médicos eram raros. Com a reforma da Igreja, esse panorama mudou, passando o Estado a se responsabilizar pela assistência a essa faixa da população. A partir do século XVI, com as mudanças da sociedade de rural para urbana, surgiu uma demanda por cuidados de assistência social para imigrantes e pessoas que viviam em condições sub-humanas e desassistidas, formada por uma parcela marginalizada que viera dos campos para trabalhar na indústria manufatureira e comercial.

Para Singer *et al* (1978, p.17) os serviços de saúde, como hoje os conhecemos, tem origem nessa transformação social ocorrida, apresentando como marcos fundamentais a “*Poor Law*” (Lei dos Pobres) instituída por Elizabeth I em 1601 e a criação, no século XVIII, de hospitais gerais na França.

Há que se ressaltar que os problemas de saúde surgidos em tempos da Revolução Industrial, ou seja, grandes epidemias e problemas sanitários decorrentes de condições de moradia e higiene precários, não somente acometiam o proletariado, cerne da situação, mas também as classes dominantes. Seja pelo descontrole na proliferação de doenças, pela redução de produtividade em função dessas ou pelo fomento a levantes sociais que tal situação representava, as classes dominantes se viram obrigadas a agir para que a classe operária tivesse condições mais humanas de trabalho e acesso à atendimentos em saúde. Assim, surge

na Europa os serviços de saúde capitaneados pelo Estado, com o papel de garantir a continuidade de fornecimento da força de trabalho dos operários.

Um dos papéis dos serviços de saúde, enquanto dispositivo de controle do Estado, é o de conferir ao cidadão sua chancela enquanto membro da força de trabalho, reconhecendo-o como apto ou inapto para o trabalho e, neste último caso, decidindo se ele faz jus a auxílio doença, indenização ou aposentadoria. Trata-se, em última instância, de mecanismo de preservação da ordem social, pois ao proporcionar saúde o que esses serviços fazem é produzir condições materiais e psicológicas indispensáveis ao desenrolar da vida política, social e econômica em determinados moldes (SINGER *et al*, 1978, p.21-37).

De forma análoga, a história da saúde pública no Brasil também é marcada pelo reconhecimento do cidadão como força produtiva numa sociedade capitalista. Segundo Bertolli (1996, p.11-12), com a proclamação da República Federativa do Brasil, em 1889, o país busca a inserção e equiparação ao mundo moderno capitalista, quando o trabalhador brasileiro passa da condição escrava à de capital humano de trabalho. Nesse contexto, a medicina atua de forma a garantir a melhoria da saúde pública brasileira e, por conseguinte, passa a ser peça fundamental no processo de modernização econômica do Brasil.

Assim como no curso da história européia, o marco da saúde pública no Brasil é a participação integral do Estado nos diversos setores da sociedade, com ações e planos de enfrentamento às enfermidades e epidemias que reduziam o potencial produtivo dos cidadãos e sua vida útil enquanto elemento integrante do sistema de produção mercantilista. Mesmo com tal preocupação, não se observa no Estado brasileiro, em tempos do surgimento da República, uma preocupação efetiva com políticas sociais, mas somente ações estanques em áreas da educação, saúde e trabalho. A contradição presente entre o não investimento em políticas sociais e o reconhecimento da força de trabalho dos cidadãos, como força motriz de geração da riqueza nacional, é fruto da cultura colonizadora e das relações sociais presentes no país (BERTOLLI, 1996, p.14-5).

O atual sistema de saúde no Brasil, segundo Nassar (2003, p.10-2), segue um modelo segmentado, marcado pela transição de um modelo sanitarista dos anos de 1960, época de campanhas nesse sentido, para um modelo assistencial e privatista nos anos de 1980. Traz como herança a luta de interesses políticos, ideológicos e tecnológicos de diversos setores cuja motivação são as desigualdades sociais e econômicas das diversas regiões do país. Em 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal com as seguintes diretrizes: “descentralização, autonomia em cada esfera de governo, atendimento integral e participação comunitária” (NASSAR, 2003, p.12).

A mesma Constituição prevê, em seu artigo 196, a obrigatoriedade do Estado pelo zelo à saúde dos cidadãos, devendo ser observados os princípios da equidade (oferecimento de cuidados a todos, de acordo com as necessidades individuais de cada um); universalidade (todo cidadão tem direito à saúde, cujo dever de provimento é do Estado); e da integralidade (o cidadão deve ser atendido plenamente em todos os seus níveis de necessidade). Segundo Nassar (2003, p.14), o SUS deveria ser capaz de oferecer todos os diagnósticos e tratamentos de que a população necessita, de forma igualitária; mas ainda há parcelas da população brasileira sem acesso a qualquer serviço de saúde.

Bezerra; Araújo (2007, p.196-201) atribuem essa situação à desfragmentação do sistema, já que o SUS é composto por serviços públicos de saúde municipal, estadual e federal (centros e postos de saúde, hospitais universitários e não universitários) e por prestadores de serviços privados de saúde (filantrópicos, lucrativos, beneficentes). Há também uma parcela de serviços terceirizados como laboratórios e serviços de diagnóstico por imagem. E a questão do financiamento e gerenciamento de recursos, também fragmentado às esferas municipal, estadual e federal. Citando Elias:

[...] os problemas relativos à estruturação e funcionamento do SUS são muitos e variados: a descentralização ocorre de modo limitado e limitante; o financiamento continua pendente em termos quantitativos (o montante de recursos disponíveis) e qualitativos (estabilidade e tipo de fontes de recursos) [...] Em consequência, a menção ao sistema de saúde, no caso brasileiro, implica muito mais o enunciado de um discurso sobre o que deveria ser ou sobre aquilo que se pretende estruturar, portanto, no domínio do campo das idéias, do que propriamente sobre aquilo que realmente é, dado que a forma atual de organização dos serviços não fornece qualquer base empírica para configurá-los sequer como partes articuladas de um conjunto, objetivando atender às necessidades socialmente demandadas em relação à saúde, sendo que desta situação não escapam sequer os serviços de saúde governamentais, que em seu conjunto ainda carecem de articulação e organização (ELIAS *apud* BEZERRA; ARAÚJO, 2007, p.200-1).

O sistema de atenção à saúde divide-se em três setores. O setor popular, espaço leigo onde a maior influência é do grupo social e da família, local em que a doença começa a ser definida. O setor paraprofissional<sup>8</sup>, caracterizado por heranças culturais e crenças, dominado por erveiros, benzedores, práticas religiosas e outras formas alternativas de cura. E o setor profissional, organizado formalmente sob as bases da biomedicina e que se caracteriza pelo

---

<sup>8</sup> Considera-se setor paraprofissional aquele dominado pelas práticas ditadas por heranças culturais e outras origens ainda não reconhecidas pelo modelo biomédico científico e, portanto, sem relação com as ciências. Camargo Jr (1995, p.16) menciona a homeopatia e a medicina ortomolecular como áreas que já foram consideradas paraprofissionais e hoje são reconhecidas pelo modelo biomédico.

processo de medicalização da sociedade, baseado num modelo científico e biológico (CAMARGO JR, 1995, p. 13-4). No Brasil, a preponderância é do setor profissional, mas o entendimento da existência dos demais é determinante para a prática clínica no país, rico em diversidades sociais e culturais.

O que se observa no sistema de atenção à saúde no Brasil, em especial na área pública, é o equícentrismo, um tipo de etnocentrismo onde a prática é que as equipes de saúde julguem os usuários do serviço a partir de sua própria visão, estabelecendo um relacionamento unilateral dos profissionais de saúde com os pacientes. Nesse contexto, os primeiros decidem o que considera adequado ou inadequado para o problema de saúde apresentado, não havendo uma efetiva preocupação com a participação do paciente no processo.

Porém, Oliveira (2002, p.70) destaca que é ao cidadão, parte leiga desse processo, que cabe a decisão sobre qual recurso de saúde procurar, e mesmo após a consumação do atendimento, se vai ou não seguir as determinações médicas ou se buscará outras alternativas. Nesse cenário, um processo comunicativo que apresente eficácia representa um determinante para essa decisão.

Estudos realizados por Masetti (2003, p.84-6) em hospitais paulistas traz a visão dos profissionais de saúde sobre o hospital, resultando em duas descrições básicas: o hospital técnico e o hospital mãe. Os pesquisados descrevem o hospital técnico como pragmático, onde a variável predominante é o negócio; um local de trabalho onde as relações são massificadas, a medicina é mais uma profissão, o funcionário é mecanizado e a pessoa hospitalizada, reduzida à sua doença. Decorrente disso, o conceito de bom atendimento está relacionado exclusivamente às ações terapêuticas onde sucesso é sinônimo do fato do paciente sair vivo da instituição, segundo uma visão de saúde que privilegia o aspecto fisiológico do indivíduo. A relação médico-paciente é meramente técnica.

A outra descrição, o hospital mãe, é referido como o espaço onde a medicina é considerada uma arte, o funcionário um ser humano e o indivíduo hospitalizado, um cliente. Nesse ambiente, o bom atendimento se traduz em relação individualizada em que o diagnóstico dos males é entendido como um processo onde a escuta e a dedicação do tempo ao paciente são fundamentais. A visão de saúde nesses ambientes, relatada pelos pesquisados, é ampla e privilegia o desenvolvimento da saúde. E a relação médico-paciente, uma relação humana.

Meyer (2002, p.79) relata que o benefício do tratamento terapêutico é construído com a soma de dois componentes, um orgânico e outro funcional. O componente orgânico refere-

se à reparação dos danos no organismo do indivíduo; o funcional refere-se à redução da representação mental da doença por parte do paciente. O primeiro é químico; o segundo, psicológico e, conseqüentemente, fruto de fatores numerosos e heterogêneos, muitas vezes herdados da educação, histórias e comportamentos sociais do paciente.

Nesse panorama a percepção das diferenças sociais e, por conseguinte, da cultura do indivíduo, são fundamentais para o sucesso do tratamento médico. A sensibilização dos profissionais de saúde para perceber essas diferenças culturais é, hoje, uma tendência em sociedades marcadas por diversidades culturais e sociais. Faz-se necessário reconhecer e aceitar essas diferenças como elementos indissociáveis do indivíduo, eliminando hierarquias e conceitos pré-estabelecidos. Com tal atitude “inevitavelmente estaremos resgatando a tão falada e desejada cidadania e a democracia nos serviços de saúde [...]” (OLIVEIRA, 2002, p.72).

Ainda segundo o mesmo autor, quando o cidadão procura um serviço público de saúde como alívio para seus problemas, está presente o encontro de duas culturas diversas: a do próprio cidadão, com sua percepção sobre o seu estado de saúde segundo seu repertório cultural, e a do profissional de saúde, com seus conhecimentos técnicos e sua condição cultural, como pertencente à uma faixa privilegiada da sociedade brasileira que têm acesso ao ensino superior.

Essa situação deve servir como instrumento para os profissionais de saúde. Nesse encontro, os pacientes estão envolvidos por sua cultura, uma vez que é impossível ser desconectado da mesma; e, de forma análoga, os profissionais de saúde estão conectados ao seu conhecimento técnico, pois o modelo biomédico também se assemelha a um sistema cultural. Assim, perceber o que está por trás de cada indivíduo é valorizar essa relação e trabalhar de forma efetiva para a busca da restauração da condição de saúde do mesmo.

## **2.2 Informação e controle social**

Para entendimento dos conceitos de poder e informação na área da saúde, são fundamentais os estudos de Foucault sobre o discurso especializado e o surgimento da medicina social, onde o autor fala da medicina moderna como uma prática social que valoriza, entre outros aspectos, a relação médico-paciente. Destaca, ainda, que “o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo” (FOUCAULT, 1989, p.80). Seus estudos trazem, ainda, uma cronologia de formação da medicina social, que compreende três etapas: medicina do Estado

(começo do século XVIII, na Alemanha), medicina urbana (fins do século XVIII, na França), e medicina da força do trabalho (segundo terço do século XIX, na Inglaterra).

Foucault relata o início da normalização do ensino médico, compreendendo a prática e o saber médico sob controle do Estado através das universidades, na Alemanha. Aponta como primeiro objeto de normalização não o paciente, mas o médico, e a subordinação da prática médica a um poder administrativo superior.

Com a organização de um saber médico estatal, a normalização da profissão médica, a subordinação dos médicos a uma administração central e, finalmente, a integração de vários médicos em uma organização médica estatal, tem-se uma série de fenômenos inteiramente novos que caracterizam o que pode ser chamada a medicina do Estado (FOUCAULT, 1989, p.84).

A medicina urbana traz como características principais o controle de circulação das coisas e dos elementos, como a água e o ar, potenciais transmissores de doenças; análise das regiões de caos no espaço urbano; e a organização dos recursos como água e esgoto. Este processo favoreceu à medicalização da saúde das cidades, colocando em contato a prática médica e as ciências extramédicas, em especial a química, e dando origem à medicina científica.

A inserção da medicina no funcionamento geral do discurso do saber científico se fez através da socialização da medicina, devido ao estabelecimento de uma medicina coletiva, social, urbana. A isso se deve a importância da medicina urbana (FOUCAULT, 1989, p.92).

Finalmente, a medicina da força do trabalho surgiu na Inglaterra, no século XIX, com a *Poor Law*, que trazia em seu bojo um controle médico do pobre, considerada uma ameaça à ordem burguesa estabelecida. Em sua essência, uma medicina que se propõe ao controle da saúde e do corpo dessa classe pobre, com a finalidade de garantir a força produtiva de trabalho e minimizar levantes sociais.

Com a Lei dos Pobres aparece, de maneira ambígua, algo importante na história da medicina social: a idéia de uma assistência controlada, de uma intervenção médica que é tanto uma maneira de ajudar os mais pobres a satisfazer suas necessidades de saúde [...] quanto um controle pelo qual as classes ricas ou seus representantes no governo asseguram a saúde das classes pobres e, por conseguinte, a proteção das classes ricas (FOUCAULT, 1989, p.95).

Mas, como esse controle passa a ser incorporado pela classe médica e, posteriormente,

pelos serviços de saúde? Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente destinado à assistência aos pobres, devido à sua origem religiosa. O paciente, nesse contexto, era o pobre que estava morrendo, e não o doente que buscava cura. O médico era figura ausente nos hospitais, já que a medicina na época era individualista, restrita ao próprio círculo médico que primava pela transmissão do conhecimento entre seus pares. O hospital era visto como um “morredouro, um lugar onde morrer. E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente. Era um pessoal caritativo - religioso ou leigo - que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna” (FOUCAULT, 1989, p.102).

Os hospitais eram, essencialmente, lugar de caos e desordem social, e a sua reorganização foi processada, inicialmente, nos hospitais marítimos e militares, utilizando a disciplina, vista por Foucault como uma tecnologia política: “A disciplina, é uma técnica de exercício do poder que foi, não inteiramente inventada, mas elaborada em seus princípios fundamentais durante o século XVIII” (FOUCAULT, 1989, p.105).

A disciplinarização do hospital implicou numa mudança do sistema de poder em seu interior, passando das mãos do pessoal religioso para as do médico. Antes ausente nas instituições hospitalares, a partir do momento em que o hospital se torna um lugar de cura todas as decisões cruciais, inclusive administrativas, passa à classe médica. Aos médicos cabe decidir a organização espacial do hospital, o regime alimentar dos doentes, o ritmo de visitas a esses, e até mesmo o funcionamento econômico da instituição. Surgem os registros individuais dos atendimentos a cada pacientes, os processos de identificação do progresso do tratamento, enfim, um rol de procedimentos que permitem a vigilância e o acompanhamento do paciente, das doenças e a troca de experiências entre os profissionais médicos.

Constitui-se, assim, um campo documental no interior do hospital que não é somente um lugar de cura, mas também de registro, acúmulo e formação do saber. É então que o saber médico que, até o início do século XVIII estava localizado nos livros, em uma espécie de jurisprudência médica encontrada nos grandes tratados clássicos da medicina, começa a ter lugar, não mais no livro, mas no hospital; não mais no que foi escrito e impresso, mas no que é cotidianamente registrado na tradição viva, ativa e atual que é o hospital. É assim que, naturalmente se chega, entre 1780/1790, a afirmar que a formação normativa de um médico deve passar pelo hospital. Além de ser um lugar de cura, este é também lugar de formação de médicos. A clínica aparece como dimensão essencial do hospital (FOUCAULT, 1989, p.110-1).

O registro histórico do poder médico encontra-se nos regulamentos dos hospitais do século XVIII e, ainda segundo o autor, marca o advento do poder médico: a ritualização

normatizada da visita médica. Esta é considerada um ritual estabelecido pela ordem de localização de cada pessoa, onde o médico precede o desfile seguido de toda a hierarquia do hospital - assistentes, alunos, enfermeiros -, e “que o médico deve ser anunciado por uma sineta, que a enfermeira deve estar na porta com um caderno na mão e deve acompanhar o médico quando ele entrar, etc” (FOUCAULT, 1989, p.110).

A atual configuração dos hospitais ainda guardam traços dessa herança histórica, como retrata pesquisa realizada por Morgana Masetti:

Entre os profissionais hospitalares, o médico é visto como personagem revestido de muito poder, crítica e racionalidade. Seu poder - consolidado ao longo da história e de difícil revisão - emana justamente das decisões cruciais que toma” (MASETTI, 2003, p.65).

Moraes (2007, p.17-27), ao discutir as políticas de informação nos espaços públicos representados pelos serviços de saúde, ressalta que a construção da cidadania se dá no espaço de relações solidárias: relações de poder e produção de saberes que acontecem em um novo patamar, um novo pacto ético. Reconhecer e praticar a ação solidária, nesse contexto, é caminhar no sentido de atingir o ideal de uma sociedade democrática, respeitando os direitos entre indivíduos livres e igual entre si. É trabalhar para superar as desigualdades na área da saúde impostas por condições sociais.

Essa disputa de interesses inclui “o poder” e “o saber”, representados pelo conhecimento e pela informação. Na sociedade moderna, informatizada, o acúmulo de força política está relacionado à capacidade de apropriação de conhecimentos e informação, que amplia a capacidade argumentativa em espaços conquistados de participação, aqui entendida como o “espaço público” teorizado por Jürgen Habermas em sua obra *Teoria da ação comunicativa*, publicada em 1981. Portanto, trata-se de mais do que ter acesso a informações. É apropriar-se de todo o potencial informativo intrínseco a uma determinada informação, de seu significado, da pertinência e relevância de um determinado argumento, embasado em conhecimento e informação, para o exercício completo da cidadania.

Assim, a questão da informação em saúde ganha relevância e torna-se estratégica ao próprio processo de luta pela democratização e acesso à saúde. O exercício do controle social amplia a capacidade de intervenção na mesma proporção em que se apropria das informações sobre as condições de vida e o processo de saúde / doença / ações de saúde implementadas pelos governos.

Uma visão tecnicista e tecnocrática circunscreve “os saberes” aos “especialistas”,

reforçando a dominação social presente nessa relação, pioneiramente citado nos estudos de Foucault sobre o discurso especializado em que inscreve a medicina no campo de poder na sociedade (CAMARGO JR, 1995, p.13-4). Por isso, a apropriação de informações e saberes por parte do cidadão representa questionar e superar a imagem falsa de que só os técnicos sabem e podem decidir sobre a informação em saúde e as tecnologias a ela associadas, ou seja, o tratamento a ser aplicado ao cidadão.

Um exemplo de participação cidadã pela apropriação da informação, na área da saúde, é o fenômeno social observado quando do surgimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), relatada por Herzlich (2002, p.391). De fenômeno individual relacionado aos males orgânicos, tornou-se um fenômeno público e coletivo devido à sua característica epidêmica. Nesse contexto, as narrativas dos indivíduos soropositivos, amplamente divulgada pelo aparato midiático de comunicação a partir de 1985, teve papel decisivo na disseminação da doença e nas políticas públicas de enfrentamento dessa, inclusive sob o aspecto da estigmatização social. Surge, assim, um outro tipo de paciente capaz de interferir no espaço público da saúde:

Assumimos que estávamos observando uma “mudança de paradigma”: o surgimento do poder dos pacientes e a transformação radical da relação de nossa sociedade com a saúde, a medicina e a ciência. A saúde estava se tornando uma questão essencial, um tema nos noticiários (HERZLICH; PIERRET, 1988), chamando a atenção da mídia e dos políticos. Através dos ativistas organizados, a “sociedade civil” impôs sua presença nos hospitais e nos laboratórios. As relações que esses ativistas estabeleceram com a medicina e a ciência são tanto de crítica como de participação. O “ponto de vista do paciente” foi usado para criar novos direitos civis (HERZLICH, 2002, p.392).

Devidamente informados e fortalecidos pela organização em torno de um tema comum, baseado nas experiências individuais, os cidadãos passam a interferir nas políticas públicas de saúde sob a forma de pressão social, queixas formais, processos judiciais e interpelação do poder público, trazendo a temática da saúde para o espaço público da sociedade. Destaca o autor que tais mecanismos são muito mais do que relatos de experiências pessoais. São ações de ativismo coletivo e espontâneo, possibilitado pelo acesso à informações no campo da saúde, e se constitui num exemplo de mobilização social em busca de participação democrática em uma área dominada pelo chamado conhecimento científico.

No processo comunicacional presente na relação dos profissionais de saúde com os usuários do serviço, a bibliografia especializada utilizada para o presente trabalho aponta para uma relação incompleta, pautada pela comunicação verbal e não relacional, assimétrica, pelo

domínio técnico e o poder expresso pela detenção do saber, a principal característica da ação clínica. Essa relação é classificada por Hansen (2004, p.58-62) como “hermética (um monólogo quase que repetitivo). O tom do encontro sempre é determinado pelo profissional. O usuário quase sempre permanece calado, embora expressando tudo, pela postura emudecida que o sistema lhe impõe”. E esse exercício claro do poder, pelo interlocutor que detém os conhecimentos técnicos, acaba por conferir ineficácia ao processo comunicacional nos atendimentos em saúde.

Estudos recentes sobre os temas comunicação e saúde desenvolvidos por Hansen (2004), Maestri; Carissimi (2006), Masseti (2003), Michel (2008), Moraes (2007), Nassar (2003; 2005; 2006), Rondelli (1995) e Webber (1995), trazem relatos de esforços para um redesenho desse panorama de domínio social. Por um lado, os serviços de saúde estão investindo em ações de humanização que objetivam alterar a percepção dos trabalhadores em saúde em relação ao paciente. Esses são estimulados a perceber que, do outro lado de seu balcão ou de sua mesa há um indivíduo com carências físicas que interferem em seu estado de saúde, e carências emocionais, pelo ineditismo de reações de seu organismo e a sensação de ignorância perante situações como exames e terapêuticas que não fazem parte de seu repertório cotidiano. Agrava-se a carência emocional pelo entendimento de que enfrenta, em maior ou menor proporção, risco de vida ou abalo sério em seu estado físico geral.

Por sua vez, os usuários encontram cada vez mais acesso facilitado a fontes diversas de informação que determina uma mudança em seu comportamento. Não mais se sente absolutamente à parte do mundo técnico médico, pois é capaz de apreender um mínimo de informações que lhe permite questionar ou mesmo debater com quem lhe atende. Esse fenômeno social é pontuado por José Marques de Melo em sua obra *Teoria da comunicação: paradigmas latino-americanos* (1998):

Nos dias de hoje, as barreiras entre a cultura da elite e a cultura do povo começam a ser demolidas, em consequência do fenômeno da socialização produzida pelos meios de comunicação coletiva. O impacto do rádio, da televisão, do cinema e da imprensa, utilizando todos os recursos da tecnologia moderna, realmente desencadeia uma revolução no panorama cultural (MELO *apud* HANSEN, 2004, p.60).

Hansen (2004, p.60-1) citando Melo, afirma que esse fenômeno de socialização da comunicação tem produzido um usuário cada vez mais consciente e exigente de explicações sobre aquilo que tem influência direta em sua vida, incluindo-se aí o atendimento médico e hospitalar e de saúde. Um dos meios de comunicação que tem mais favorecido essa mudança

de comportamento, por parte do paciente, é a *internet*. Em comparação com outros veículos de massa, como o rádio e a tevê, a *internet* proporciona ao cidadão selecionar a informação que necessita no exato momento que a deseja. As ferramentas de busca permitem que o usuário, mesmo utilizando expressões não técnicas, tenha à sua disposição uma enorme variedade de informações sobre um determinado tema.

Mesmo admitindo o risco de que os conteúdos disponíveis na *internet* não são totalmente confiáveis, há que se admitir que tal fato constrói, cada vez mais, um sujeito capacitado para uma decisão informada, ou consentimento informado, sobre como saber quando procurar um profissional de saúde, quando vacinar os filhos, adotar hábitos saudáveis e abandonar outros prejudiciais à saúde - como o fumo -, ou até mesmo concordar ou discordar com o tratamento médico que lhe é proposto. Assim, pode-se dizer que:

A *internet* chegou para revolucionar profundamente esse quadro. Primeiro porque a informação disponível é simplesmente gigantesca. Existem mais de 25 mil *sites* médicos e de saúde no mundo, o que equivale a uma biblioteca de 400 ou 500 mil páginas. Segundo porque achar informação sobre qualquer coisa na *internet* é muito fácil e rápido, graças aos catálogos *on-line* e aos famosos “mecanismos de busca”, que permitem localizar documentos relevantes em questão de segundos, apenas digitando-se algumas palavras que descrevam o problema até de forma coloquial, permitindo que todos possam entender a linguagem utilizada (HANSEN, 2004, p.68).

No contexto hospitalar, o termo “humanização” é associado a ações cuja essência é a qualidade das relações entre os profissionais de saúde e pacientes. Essa qualidade compreende o diálogo e o envolvimento entre ambos os atores sociais, que suplantam a mera consulta técnica. Porém, embora a tônica na área de saúde tenha sido, nos últimos tempos, a humanização, Masetti (2003, p.28) destaca que a prática tem se mostrado diversa, reforçando a divisão mente-corpo presente no discurso médico e que reflete na segmentação de funções dentro do hospital: “É muito visível essa atitude quando está implícito que psicólogos e assistentes sociais cuidam do choro, da morte, da tristeza, enquanto o médico dedica-se a tratar do corpo”.

Masetti (2003, p.28-30) considera que o diálogo médico-paciente é, prioritariamente, marcado pela identidade do profissional médico que, em sua formação molda um discurso próprio, técnico, particular à sua categoria profissional, utilizando-se amplamente do recurso de etiquetagem médica. O processo de etiquetagem é próprio da identidade médica e, através dela, esse profissional exerce sua relação com o saber e, por conseguinte, com o poder. Esse

comportamento afeta a relação médico-paciente, hoje mais calcada na doença, reforçando o unilateralismo e o exercício do poder pelo saber médico.

A chamada disciplinarização do espaço médico descrita por Foucault (1989) na origem do hospital moderno, é um dos principais componentes desse cenário onde, como dito anteriormente, o processo comunicacional entre profissionais de saúde e pacientes é marcado pelo diálogo fragmentado. Essa atitude reforça, no cidadão, a compreensão de que o estado de doença é culpa do próprio doente, herança da origem religiosa dos serviços de saúde. O mundo do doente é pautado pela disciplina médica, que adquire funções terapêuticas.

O hospital não possui identidade própria, se materializando por meio dos indivíduos que fazem parte de seu todo. Portanto, a humanização de um hospital depende da mentalidade, valores e formação de seus profissionais, e da disposição desses à mudanças no sistema já estabelecido. Essas mudanças implicam, invariavelmente, no confronto com o poder médico, devido ao seu conhecimento.

Uma das maiores dificuldades relatadas por Masetti (2003, p.65) é que esse profissional “fala outro idioma, o mediquês”, uma das maiores barreiras à comunicação. Além disso, a postura de distanciamento subjetivo para com as aflições dos pacientes, ocultando seus sentimentos, faz parte do processo de valorização profissional herdado do ensino nas escolas de medicina. O desenvolvimento da identidade profissional do médico se pauta, portanto, pela predominância das necessidades do saber médico sobre o seu lado humanizado.

Nassar (2003, p.19), referindo-se ao ideal de relação do médico com o paciente e seus familiares, registra a existência de um capítulo no Código de Ética Médica (1988) que discute essa relação e, cita Christian Gauderer no que acredita ser o ideal dessa relação:

A informação na cultura democrática é a base do poder. Quanto mais e melhor informado, o indivíduo mais valorizado será, pois pode tomar decisões mais adequadas ao ser escolhido para o exercício do poder. [...] A ignorância permite o abuso, a subjugação, o domínio, a exploração e a estagnação. A informação e o conhecimento criam, permitem e perpetuam relações democráticas, abertas e flexíveis; já a ignorância permite a exploração e o aprisionamento. [...] Se quisermos administrar bem o nosso corpo, a nossa saúde, temos a obrigação de obtermos informações em todo os sentidos, é essa a atual proposta do médico e da medicina brasileira: o paciente brasileiro tem o direito de saber tudo sobre a sua saúde e seu corpo. (GAUDERER *apud* NASSAR, 2003, p.19).

A autora conclui sua argumentação afirmando que é necessário uma mudança de postura dos médicos e das instituições de saúde no sentido de divulgar claramente para os usuários os objetivos, missão e filosofia de sua atuação, conferindo maior qualidade ao

atendimento. Para tanto, deve ser considerado que o perfil dos pacientes mudou, surgindo um novo consumidor de serviços de saúde, mais consciente de seus direitos, mais informado e que, assim, tem condições de alterar a dinâmica desse relacionamento histórico.

### **2.3 Das variáveis da prática comunicativa e da percepção da doença**

Quando se fala de comunicação como ciência, o maior embate se dá em torno da definição de seu campo teórico, este diretamente ligado ao seu objeto de estudo. Trata-se, de fato, de uma questão polêmica que mobiliza estudiosos das ciências sociais aplicadas e das ciências humanas, inegavelmente fundamental para a afirmação da comunicação como ciência.

Com base na literatura especializada, pode-se apontar dois objetos de estudo da comunicação: os meios de comunicação, com ênfase nas mídias, e o processo comunicativo. As mídias possibilitaram o desenvolvimento das tecnologias de comunicação e permeiam diversas dimensões da sociedade como o consumo, a vida urbana, as práticas sociais, a política, a sociabilidade entre outras. A comunicação midiática, entendida como aquela que se pratica utilizando-se de um meio tecnológico, está presente nas relações sociais contemporâneas.

Porém, há práticas comunicativas que não se utilizam de suportes tecnológicos e que marcam a vida social, como o relacionamento interpessoal com vizinhos e pessoas próximas, o rumor e as encenações urbanas. Tal aspecto refere-se aos processos sociais de produção e circulação de sentidos, utilizando-se dos referenciais simbólicos e da linguagem presente em determinado círculo social, e que não se utiliza de suporte midiático para tal. Do campo teórico da comunicação, resgata-se os estudos da Escola de Chicago e do interacionismo simbólico, tendências americanas da primeira metade do século XX que recentemente vêm sendo incorporadas aos estudos de práticas midiáticas. Tais tendências são pontuadas, principalmente, pelas relações e pelas formas comunicativas interpessoais, situadas no campo da sociologia e da psicologia social.

Em suma, a comunicação compreende um processo de produção e compartilhamento de sentidos entre sujeitos interlocutores, realizado por meio de uma materialidade simbólica (da produção de discursos) e inserido em determinado contexto sobre o qual atua e do qual recebe os reflexos. [...] Trata-se, portanto, o processo comunicativo de algo vivo, dinâmico, instituidor - instituidor de sentidos e de relações; lugar não apenas onde os

sujeitos dizem, mas também assumem papéis e se constroem socialmente; espaço de realização e renovação da cultura (FRANÇA, 2002, p.27).

Construídos sob bases sólidas e articulando-se com outras áreas do conhecimento humano, os conceitos de comunicação e de processo comunicativo permitem a análise de situações diversas no contexto social que implicam na geração de sentidos, como as estratégias de um político para se eleger, a política interna de comunicação de uma empresa, a comunicação entre médico e paciente, entre outras.

No encontro entre os pacientes e os serviços de saúde estão presentes elementos de comunicação determinantes para o êxito dessa relação, caracterizado pelas marcas culturais de cada grupo social envolvido, como as políticas locais de saúde, a forma de tratamento e as concepções do indivíduo sobre doença. Segundo Oliveira (2002, p.64) “A doença é uma experiência que não se limita à alteração biológica pura, mas esta lhe serve como substrato para uma construção cultural, num processo que lhe é concomitante”.

Lembra o autor que o termo da língua portuguesa “doença” traz em seu bojo os significados de *illness* e *disease*, presentes na língua inglesa. Por *illness*, traduzido livremente como “perturbação”, entende-se a resposta do indivíduo aos sintomas que sente, experimentando e atribuindo significados a esses sintomas de acordo com suas experiências individuais, sociais e culturais. *Disease* é a forma com que a chamada experiência da doença (*illness*) é reinterpretada pelo profissional de saúde, calcada nos referenciais teóricos, em sua essência biomédicos, e que determina a prática clínica. A prática clínica envolve a “tradução” do discurso do indivíduo, decodificando *illness* em *disease* para chegar ao diagnóstico. Nesse processo, a devolutiva ao paciente é fundamental para que esse continue a participar do processo de intervenção em seu organismo, colocando em prática um processo ideal de comunicação com duas vias de fluxo.

Oliveira (2002, p.66) entende por comunicação, nesse contexto, todo o processo disparado na busca de um recurso em saúde e que produz significados, por parte de ambos os atores sociais envolvidos, uma vez que estão presentes traços culturais distintos, frutos do universo cultural e simbólico de cada um. São mecanismos presentes nesse diálogo a percepção dos sintomas, o linguajar a ser utilizado na descrição desses para o profissional de saúde, o comportamento a ser adotado no atendimento, a interpretação por parte do médico diante da exposição do paciente, a resposta do médico ao indivíduo.

Esse encontro entre duas realidades distintas está presente não somente nas consultas, mas também na realização de exames, prescrição e administração de medicamentos, e na

frequência a um serviço de saúde. No contexto dos serviços de saúde, é perceptível uma cultura cotidiana que obedece a normas e regras consolidadas em processo histórico, pautadas por critérios administrativos e técnicos. Essa cultura é reforçada pela visão sistêmica do processo saúde / doença, onde a doença é considerada como um desvio social, o que consolida a forma organizacional desses serviços que privilegiam a consulta médica e a medicação do paciente, em detrimento das relações humanas.

As ações desenvolvidas dirigem-se a tratar dos doentes. Não se consideram as emoções, as crenças, os valores e a cultura dos indivíduos; enfim, o dia-a-dia não conta na relação. Os dados revelam que há uma cultura cotidiana no processo de trabalho nos centros de saúde, hospitais, clínicas em geral respondendo, basicamente, aos códigos simbólicos administrativos, fragmentando não só os corpos dos indivíduos, mas também as relações individuais, base para a negação das relações sociais (HANSEN, 2004, p. 58).

Mesmo concentrados em tratar as doenças, a ausência de interação com o paciente muitas vezes leva o profissional de saúde a um diagnóstico incompleto ou errôneo, com reflexos no estabelecimento de terapêuticas. Masetti (2003, p.18-9) refere-se a uma pesquisa de David L. Rosenham, pesquisador norte-americano, desenvolvida em ambiente psiquiátrico, onde o comportamento do paciente tem igual ou maior significado que sinais clínicos e que revela que a visão centrada somente nos fenômenos físicos pode induzir ao erro médico.

A citada pesquisa foi realizada com oito indivíduos mentalmente saudáveis que foram internados em diversos hospitais psiquiátricos americanos com a mesma queixa fictícia de ouvir vozes, tendo sido diagnosticados como esquizofrênicos. Após um período de tensão inicial da internação, todos voltaram ao seu padrão de comportamento cotidiano e, mesmo assim, os profissionais não perceberam o equívoco, concedendo alta aos indivíduos, considerando a esquizofrenia em remissão. Apenas os demais pacientes perceberam que se tratavam de indivíduos saudáveis.

Para Roseham, que participou pessoalmente do estudo, a classificação do esquizofrênico foi poderosa a ponto de levar à desconsideração de muitas características comportamentais. Por mais sadias que fossem, o que se procurava era fazer com que correspondessem à realidade construída pelo diagnóstico. [...] Trata-se da tendência de os médicos considerarem doente alguém sadio, mais frequente do que diagnosticar sadio alguém doente. As razões desse fenômeno estão ligadas à prudência e ao risco de não detectar uma doença. O profissional tende a se concentrar na origem do distúrbio, raramente atento à multiplicidade dos estímulos que rodeiam o paciente (MASETTI, 2003, p.18-9).

Segundo Hansen (2004, p.58-62), o modelo de comportamento médico com seus pacientes apóia-se, fortemente, no verbal e em etapas alternadas de dedução e indução. Dedução diante de suas percepções sobre o estado geral do paciente, e indução a uma conclusão pela análise do conjunto de informações a seu dispor, considerando esse conjunto tanto as informações colhidas do paciente como aquelas que constituem o repertório técnico de sua profissão. Este processo está fortemente baseado no processo comunicativo desenvolvido entre médicos e pacientes. A comunicação interpessoal e individual está presente, principalmente, no ato da consulta médica, onde o paciente e o médico tem seu contato principal. Os seres humanos se comunicam por meio de linguagem verbal e não verbal que, associadas, permitem a transmissão de conteúdo e expectativa de ambas as partes. Para que esse processo seja realmente comunicativo e produza significados, há que se considerar a real interação entre receptor e emissor, do ponto de vista das necessidades e ansiedades de ambos.

A situação mais comum encontrada, porém, é a de um diálogo unilateral, centrada no profissional de saúde, que conduz esse momento de interação de forma técnica, de acordo com seus objetivos de proceder ao diagnóstico, restando ao paciente um reduzido espaço de interação. Permite-se duas leituras diferentes deste processo. O trabalhador em saúde entende que essa prática, a do discurso técnico e objetivo, atende às necessidades imediatas do paciente. Premido por outras situações, como o tempo reduzido para os atendimentos, pressões administrativas e o excesso de agendamento, este trabalhador (e não somente o médico, mas os atendentes, enfermeiros e outros) pauta seus atos pelas normas e rotinas estabelecidas que não contemplam atos subjetivos, fazendo com que o saber suplante a intersubjetividade.

Por sua vez, o paciente se vê reduzido a mero ouvinte do trabalhador em saúde, sem condições de se envolver num real debate sobre seu estado de doença devido à ausência de repertório técnico que lhe possibilite questionar ou levantar outras hipóteses sobre o diagnóstico e a terapêutica sugerida pelo médico. Entende, porém, que a formação profissional e a experiência confere ao seu interlocutor essa condição de saber e aceita suas decisões pensando num benefício maior: seu bem estar físico, relegando o emocional a plano secundário.

A intitulada “situação de comunicação” é vista por Charaudeau (2006, p.67) como “um palco, com suas restrições de espaço, de tempo, de relações, de palavras, no qual se encenam as trocas sociais e aquilo que constitui o seu valor simbólico”. Tais restrições referem-se a regulação presente num grupamento social, fruto dos esforços dos indivíduos para conviver

que, por essa razão, constroem um conjunto de regras e convenções aceitas nesse meio, tanto para justificar como valorizar as práticas discursivas do grupo. Do reconhecimento dessas restrições surge o contrato de comunicação, que efetiva as condições para o que o autor chama de troca languageira.

No contrato de comunicação há que se considerar os dados externos e os dados internos. Os dados internos não são necessariamente somente aqueles relacionados à linguagem; tratam-se de índices do comportamento social que apresentam uma convergência entre si e são agrupados em quatro categorias que correspondem à “condição de enunciação da produção languageira: condição de identidade, condição de finalidade, condição de propósito e condição de dispositivo” (CHARAUDEAU, 2006, p.68).

A condição de identidade determina que todo ato de linguagem depende diretamente dos sujeitos envolvidos. Responde às perguntas “quem troca com quem” ou “quem fala a quem” ou “quem se dirige a quem”, analisadas sob a ótica do *status* social, econômico e cultural. À ordenação do ato de linguagem em torno de um objetivo classifica-se como condição de finalidade e, portanto, responde à questão “estamos aqui para dizer o quê”. Por condição de propósito entende-se que todo ato de comunicação refere-se a um domínio de saber, respondendo a pergunta “do que se trata”. Finalmente, o dispositivo é a condição de que todo ato de comunicação seja construído de forma particular segundo as condições materiais em que ocorre, em resposta às perguntas “em que ambiente se inscreve o ato de comunicação, que lugares físicos são ocupados pelos parceiros, que canal de transmissão é utilizado”.

Os dados internos referem-se ao conjunto de restrições no discurso que determinam o comportamento das partes envolvidas no processo comunicativo, a maneira de falar, os papéis que cada parte deve assumir, as formas verbais utilizadas. Dividem-se em três espaços de comportamento da linguagem: espaço de locução, espaço de relação e espaço de tematização.

No espaço de locução o sujeito falante deve justificar o por quê tomou a palavra, conquistando o direito de se comunicar ao mesmo tempo em que identifica o interlocutor a que se dirige. Por espaço de relação entende-se o estabelecimento de relações de força ou aliança, inclusão ou exclusão, agressão ou convivência, por parte do locutor - ou sujeito falante - em relação ao interlocutor, e deriva da construção da identidade do primeiro como condutor dessa relação. O espaço de tematização se refere à organização do processo comunicativo em torno de um saber ou tema, podendo o locutor aceitar, rejeitar ou propor outro tema diferente do foco do contrato de comunicação. Cabe ao locutor, ainda, optar pelo modo de intervenção -

diretivo, de retomada, de continuidade - e pelo modo de organização do discurso particular, considerando sempre as restrições situacionais presentes no contrato.

Charaudeau (2006, p.71), em sua discussão sobre contrato de comunicação, ressalta que mesmo limitado pelas condições de socialidade do ato linguageiro e de construção de sentido presentes no contrato de comunicação, não significa necessariamente que todo e qualquer ato de comunicação é pré-determinado, hermético. Há que se considerar o espaço de escolha dos modos de expressão por parte do sujeito falante, e que impõe suas características individuais ao ato de comunicação. Em suma, o contrato de comunicação, com suas restrições discursivas e situacionais, se completa com o espaço estratégico do projeto de fala.

Rondelli (1995, p.38) lembra que numa perspectiva antropológica, os conceitos de saúde, doença e corpo são construções sociais ou representações sociais criadas e partilhadas por indivíduos através dos mais diversos meios e níveis de discurso. Tais construções resultam da interação de discursos distintos com seus universos de significação, igualmente diferentes, como o imaginário popular e o religioso.

O nível de complexidade das elaborações discursivas sobre o corpo depende do “repertório” que se tem para descrevê-lo, algo estreitamente ligado à cultura, e que não deixa, por isso, de pertencer a uma visão holística sobre o mundo e os homens. Tais elaborações sustentam-se em padrões de linguagem que são recrutados para descrever esta coisa, a mais próxima do indivíduo, o seu corpo e o corpo do outro (RONDELLI, 1995, p.39).

Na análise da prática comunicativa de um determinado espaço e para o estabelecimento de um contrato de comunicação que possibilite uma troca efetiva de informações, há que se considerar todas as variáveis envolvidas. As diferenças sociais e culturais são, em sua essência, determinantes para o êxito desse processo. O entendimento sobre o que é cultura e identidade cultural é fundamental para a análise dos processos de comunicação desenvolvidos em determinados ambientes.

O relacionamento entre pacientes e médicos se pauta pela diferença entre modelos explanatórios ou discursivos. Segundo Kleinman *et al*; Kleinman *apud* Oliveira (2002, p.66) “a experiência da doença é moldada culturalmente, o que determina a maneira como percebemos e como buscamos superá-la”. Isso significa que a percepção de “estar doente” é fruto do meio social de cada um, que determina a forma com a doença é sentida, como expressar seus sintomas e quais os recursos que se busca na solução do problema. Esse modelo de resposta à males do organismo difere daquele utilizado pelos profissionais médicos, baseado em teorias biomédicas.

Quando, então, esses diferentes modelos se encontram no momento da consulta ou do contato com o serviço de saúde, a saída possível para que o processo clínico tenha sucesso é uma “negociação entre as partes”, nem sempre totalmente consciente, cada uma usando os seus argumentos para que se chegue a um consenso possível para aquele momento. [...] E para que o sucesso desejado seja atingido, além dos modelos explanatórios tornarem-se ao menos parcialmente manifestos, também deve haver uma postura receptiva à negociação, de parte a parte (OLIVEIRA, 2002, p.67).

Embora a doença ainda seja predominantemente encarada como um processo biomédico, a antropologia médica tem contribuído para o avanço na compreensão de que todas as atividades relacionadas ao cuidado com a saúde estão interrelacionadas, construindo assim um sistema cultural próprio em busca do enfrentamento da doença, a que se denomina sistema de atenção à saúde. Nesse sistema regido por padrões de comportamento culturais, o paciente e o profissional médico são a base, que abarca ainda “as crenças sobre a origem das doenças, as formas de busca e avaliação do tratamento, os papéis desempenhados e as relações de poder entre todos os envolvidos” (CALNAN; FOUCAULT; BOLTANSKI *apud* OLIVEIRA, 2002, p.67).

Esses padrões de comportamento cultural, muitas vezes fruto de crenças, derivam de regras culturais presentes em cada grupo social, o que traz para a presente discussão o conceito de cultura, do ponto de vista de sistema simbólico. O conceito de cultura tem sido descrito com variações teóricas, interessando-nos o recorte da abordagem antropológica de Kluckhohn *apud* Geertz (1978, p.14) que define cultura como:

1. o modo de vista global de um povo;
2. o legado social que o indivíduo adquire de seu grupo;
3. uma forma de pensar, sentir e acreditar;
4. uma abstração do comportamento;
5. uma teoria, elaborada pelo antropólogo, sobre a forma pela qual um grupo de pessoas se comporta realmente;
6. um celeiro de aprendizagem em comum;
7. um conjunto de orientações padronizadas para os problemas recorrentes;
8. comportamento aprendido;
9. um mecanismo para a regulamentação normativa do comportamento;
10. um conjunto de técnicas para se ajustar tanto ao ambiente externo como em relação aos outros homens;
11. um precipitado da história, e [...] voltando-se para as comparações, como um mapa, como uma peneira e como uma matriz.

Geertz (1978, p.15) aborda o conceito de cultura utilizando-se dos estudos de Max Weber, que define o homem como um animal envolvido pelas teias de significados tecidas por ele próprio, chegando à definição de que cultura se trata dessas teias e das análises das

mesmas, tomando tal tarefa como uma ciência interpretativa em busca de significados para essas construções.

A cultura é pública porque o significado assim o é, não estando presente na cabeça de ninguém e portanto, embora não-física, não se trata de uma identidade oculta. A etnociência afirma que a cultura de uma sociedade é um conjunto de estruturas psicológicas que guiam o comportamento de um determinado grupo, ou seja, todas as informações que esse grupo necessita saber ou acreditar para que suas ações os tornem aceitos pelos outros membros dessa sociedade. Prossegue Geertz em sua leitura do conceito:

Como sistemas entrelaçados de signos interpretáveis, [...] a cultura não é um poder, algo ao qual podem ser atribuídos casualmente os acontecimentos sociais, os comportamentos, as instituições ou os processos; ela é um contexto, algo dentro do qual eles podem ser descritos de forma inteligível - isto é, descritos com densidade (GEERTZ, 1978, p.24).

O autor se detém, ainda, sobre a etnociência, considerando-a como um método interpretativo para desvendar a cultura e seus significados. O método analisa os fatos decifrando não somente o que está explícito, mas também aquilo que se apresenta aparentemente incoerente e deslocado e que traz significados presentes na realidade simbólica dos indivíduos.

De tal perspectiva, o sistema de atenção à saúde é, portanto, um sistema social e cultural em sua origem, estrutura, função e significado.

[...] a prática clínica (tradicional e moderna) ocorre em e cria mundos sociais particulares. Crenças sobre doenças, os comportamentos exibidos pelas pessoas doentes - inclusive as suas expectativas frente ao tratamento - e o modo como as pessoas doentes reagem em relação à família e aos profissionais de saúde são todos aspectos da realidade social. Elas, como o próprio sistema de saúde, são construções culturais, moldadas distintamente em diferentes sociedades e nos diferentes contextos sociais dentro dessas mesmas sociedades (KLEINMAN *apud* OLIVEIRA, 2002, p.68-9 - tradução).

Frequentemente associada ao conceito de cultura, a questão da identidade tem ocupado espaços cada vez maiores nas discussões sobre o assunto. Embora os dois conceitos observem uma relação, não se pode confundi-los pois a cultura resulta de processos inconscientes e a identidade, de vinculações simbólicas, necessariamente conscientes. Segundo Cuché (1998, p.177) essas vinculações se dão a classes sociais, sexuais, etárias, de nacionalidade, permitindo “que o indivíduo se localize em um sistema social e seja localizado socialmente”.

O conceito de identidade possui diversas abordagens, interessando para o presente estudo a abordagem subjetivista, que define a identidade etno-cultural como o sentimento de vínculo ou identificação com um grupamento imaginário, calcados nas representações da realidade social e suas divisões. A identidade se constrói nas relações interativas dos grupos sociais, sendo resultado das diferenciações de cada grupo nesse relacionamento. Uma identidade só existe em relação a uma outra diferente e, portanto, é o fator mais importante nas lutas sociais.

O conjunto das definições de identidade funciona como um sistema de classificação que fixa as respectivas posições de cada grupo. A autoridade legítima tem o poder simbólico de fazer reconhecer como fundamentadas suas categorias de representação da realidade social e seus próprios princípios de divisão do mundo social (CUCHE, 1998, p.186).

Como resultado de uma construção social, a identidade não deve ser considerada como um conceito fechado, unidimensional, posto que está inserida no contexto social. Sujeita à diversas interferências, essencialmente do grupo ao qual o indivíduo se relaciona e referencia, ela resulta da identificação que o sujeito faz de si mesmo ou por uma identificação imposta por outros indivíduos ou grupos.

Cuché (1998, p.202) afirma que no processo de análise científica, e admitindo-se que a identidade é uma construção social, importa saber “[...] como, por que e por quem, em que momento e em que contexto é produzida, mantida ou questionada certa identidade particular?”. Considera-se que, segundo Barth *apud* Cuché (1998, p.200), o que move o processo de identificação é o desejo de demarcação de limites entre o “eles” e o “nós”, estabelecendo uma fronteira social, não física e portanto simbólica, calcada na diferenciação.

Desde a década de 1980, a Sociologia tem se debruçado em estudos sobre a experiência da doença do ponto de vista leigo, ou seja, do indivíduo que se percebe acometido por males orgânicos. Herzlich (2004, p.386-7) refere-se à retomada de pesquisas baseadas em relatos individuais, tendo como marco estudos sobre doenças crônicas e degenerativas na sociedade moderna, e como esse estado de doença influencia a identidade do cidadão. Na situação de doença crônica, fica mais evidenciado para os sociólogos a desestabilização do indivíduo perante à doença e como tal estado afeta sua existência individual e social, no relacionamento com a família e com a questão do trabalho, alterando a ordem social do cotidiano. Afirma o autor:

Nesse sentido os “fatos corporais”, por tanto tempo esquecidos, encontraram lugar nas ciências sociais. A análise dos sentidos atribuídos à experiência da doença pelas pessoas que têm de se haver com elas mostrou o quanto o corpo é importante para uma percepção da identidade. Os pesquisadores listaram as mudanças na auto-estima ocasionadas pelas doenças crônicas: sentimento de vergonha relativo ao estado de deterioração do corpo, o “estigma” sentido ao se encontrar com os outros e a sensação do paciente de uma “perda do eu (*self*)”. Para Michael Bury (1982), uma doença duradoura leva a “uma fundamental reconsideração da biografia da pessoa e de seu conceito de si”. Devido a seu conceito de “ruptura biográfica”, a ênfase se deslocou na direção da dimensão temporal da experiência da doença e do trabalho “reflexivo” realizado pelos pacientes que buscam, nem sempre com sucesso, recuperar o controle de suas vidas (HERZLICH, 2004, p.387).

A relação desenvolvida entre os prestadores de serviço em saúde e seus usuários é de cumplicidade, onde os primeiros devem ser socialmente aceitos por aqueles que o procuram. E essa aceitação se dá no âmbito cultural dos usuários, em confronto com seus hábitos, crenças e repertório, que passa a referenciá-lo - ou não - em situações de crises em sua saúde. Embora o sistema de atenção à saúde seja resultado de uma construção coletiva, o uso do mesmo sofre influências diretas das variantes sociais do paciente, como grau de instrução, religiosidade, profissão e das redes sociais em que está inserido. Tal argumentação deixa claro que as relações entre os cidadãos e os serviços de saúde são complexas, envolvendo aspectos culturais de ambas as partes: o conhecimento técnico “medicalizado” dos serviços de saúde e as variantes socioculturais dos pacientes. No confronto de ambas, na negociação das partes para que haja efetiva troca de informações e daí o processo de cura e resgate da saúde por parte do cidadão, é que se concentra um dos aspectos fundamentais do processo comunicativo em ambientes de saúde, em especial o hospitalar.

Essa dinâmica de interação, calcada na comunicação, é fundamental para a sobrevivência dos serviços de saúde no que se refere à sua legitimização frente às necessidades dos pacientes, e da prática democrática que possibilite aos cidadãos a participação efetiva nas intervenções biomédicas e tecnológicas em seu organismo.

## **2.4 Como entender a comunicação na saúde**

Para entender como os campos da comunicação e da saúde se articulam, Hansen (2004, p.9-17) considera indispensável o entendimento de que a comunicação é um fenômeno que, como atividade humana, está presente desde os primeiros registros deixados pelo homem pré-histórico nas paredes das cavernas. Destaca o autor que o estudo da comunicação não pode ser dissociado dos processos culturais e do desenvolvimento da humanidade.

De tal ponto de vista, considera como fenômeno da comunicação toda e qualquer expressão simbólica cultural, exemplificando essa interrelação da comunicação e da saúde com os registros médicos em papiros, feito pelos egípcios. O mais famoso papiro egípcio data, aproximadamente, do ano 1550 a.C., refere-se à 18ª Dinastia e foi estudado em 1875 por George Ebers. No estudo desses documentos, fica evidenciada a importância dos registros na área da saúde, sua evolução, técnicas e etiologias - mesmo que creditadas às crenças culturais - através do meio de comunicação mais utilizado na época: a escrita.

Há duas perspectivas a se considerar nos estudos da comunicação na saúde: a comunicação interpessoal (individual ou coletiva) e a comunicação de massa midiaticizada. A principal diferença entre a comunicação interpessoal e a comunicação de massa é que, na primeira situação, ambos os atores - transmissor e receptor - devem obrigatoriamente estar em contato direto para que essa ocorra. Na comunicação de massa, a interação se dá pela mensagem visual, impressa, sonora ou por uma combinação das mesmas, sendo que a mensagem emitida não é produzida instantaneamente, o que reduz drasticamente o potencial de interatividade e reação.

No Brasil, a presença da comunicação de massa na saúde adquire importância no início do século XX, a partir da necessidade de campanhas sanitárias defendidas por pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz, situado em Manguinhos (RJ). O objetivo desses pesquisadores era promover a urgência de ações de saneamento básico num país em que o idealismo romântico mascarava a realidade da diversidade econômica e cultural. À época, os pesquisadores do Instituto ganham um importante aliado: José Bento Monteiro Lobato. O escritor, através de obras literárias como *Jeca Tatu* e *Urupês* e de artigos publicados em jornais de grande circulação como o *Estado de S. Paulo*, desmistifica as condições sanitárias do país, apresentando o personagem brasileiro típico da época, o caboclo, não como um indivíduo preguiçoso mas sim doente, acometido de doenças tipicamente parasitárias, fazendo inclusive um *mea culpa* sobre Jeca Tatu, no prefácio da quarta edição de *Urupês*, em 1918:

Eu ignorava que eras assim, meu caro Jeca, por motivo de doenças tremendas. Está provado que tens no sangue e nas tripas todo um jardim zoológico da pior espécie. É essa bicharia cruel que te faz papudo, feio, molenga, inerte (LOBATO *apud* HANSEN, 2004, p.20).

Utilizando amplamente seu acesso aos meios de comunicação, Lobato torna-se um crítico feroz de políticos, bacharéis e falsos patriotas, denunciando fraudes nos produtos consumidos pela população, divulgando dados estatísticos dos pesquisadores de Manguinhos,

atacando o mau uso de recursos públicos e o abandono da saúde pública. Sua campanha, através dos jornais, faz com que o governo brasileiro remodele o código sanitário brasileiro, transformando-o em lei.

Um outro episódio que simboliza a importância da comunicação no campo da saúde é o atual panorama no controle da AIDS no Brasil, reconhecidamente um dos mais eficazes em nível mundial. Pode-se creditar o êxito de todos os esforços sobre o assunto, tanto de governo como dos profissionais da saúde, ao amplo uso dos meios de comunicação para atingir o maior número possível de cidadãos, das mais diversas classes sociais, culturais e econômicas. Cartazes, cartilhas, fôlderes, *outdoors*, *spots* publicitários em rádios e tevês, debates em programas televisivos e radiofônicos, espaço em mídia impressa, todo esse *mix* comunicacional contribuiu para que os sintomas, os cuidados e, principalmente, a importância da prevenção fossem amplamente disseminados no Brasil. Hansen (2004, p.38), resume o papel da comunicação na luta brasileira pelo controle da AIDS:

A propaganda tem como tarefa divulgar e planejar ações e informações, com o objetivo de dar início ao processo de mobilização social. A comunicação prepara o terreno para as ações educativas e de intervenção na saúde, favorecendo, principalmente, a população mais carente do país.

Hansen (2004, p.41) acredita que o mesmo benefício que o grande potencial de penetração dos meios de comunicação pode trazer para a educação da sociedade em temas de saúde pode, paradoxalmente, se transformar em desserviço quando utilizado visando meramente interesses comerciais, como de indústrias farmacêuticas, por exemplo. O público, entendido como potencial paciente, se vê bombardeado de informações que podem transformá-lo em eventual consumidor de medicamentos que, na realidade, ele não necessita e estimula a falsa impressão de que está ampla e corretamente informado, induzindo-o a auto medicação. Pode-se aferir o mesmo problema à *internet*, onde a profusão de informações é imensa e nem todas de fonte confiável; porém, utilizada de maneira consciente pelo produtor da informação, é a ferramenta mais ágil e ampla para disseminação de um tema.

Esse sujeito, classificado por Hansen (2004, p.40-1) de paciente-telespectador-ouvinte-leitor, é alimentado com informações constituída de fatos ao acaso proveniente de fontes diversas, idôneas ou não, de forma que quando se vê em situação de doença tende a se auto-medicar com base nessas mesmas informações, muitas vezes de caráter meramente mercadológico e inexata do ponto de vista científico. O autor afirma: “A maioria acaba automedicando-se [...] Lembrará exatamente de propagandas em que alguém espirra, tem

coriza, febre e demais sintomas parecidos com o seu e que tal produto irá curá-lo em ‘dois tempos’”(HANSEN, 2004, p.40).

Cada veículo de massa possui características próprias que o fazem mais adequado para este ou aquele público-alvo, ou finalidade. Desses, o rádio é que apresenta a maior possibilidade de abrangência de público, por ser altamente difundido em todos os níveis culturais, é de fácil acesso e, principalmente, não requer outra condição do público que não a audição. Já a imprensa escrita, *internet* e peças publicitárias, como cartazes e panfletos, requerem que o indivíduo seja alfabetizado para apreender a informação. O meio audiovisual, por associar imagens estáticas e em movimento, sons e muitas vezes texto, reúne grande potencial e diversidade de público, se considerado níveis culturais e socioeconômicos.

No processo de educação na rotina de um serviço de saúde, observa-se a ampla utilização da comunicação interpessoal apoiada por outros materiais como impressos, visuais e audiovisuais que reforçam a comunicação oral entre educador e público-alvo. A situação “grupar cara a cara” é típica de reuniões de orientação a pacientes e pais, conduzidas por um profissional de saúde, habitualmente desenvolvidas em serviços de saúde. Para escolha dos meios e de materiais de suporte para ações de comunicação para a saúde, Hansen (2004, p.46-7) propõe os seguintes critérios: custo, compreendendo o uso do meio, compra e produção de material; acessibilidade do público-alvo ao meio proposto; facilidade de uso do meio, se ele requer conhecimentos técnicos específicos; credibilidade do meio perante o público-alvo; potencial de estímulo à participação; capacidade de difusão da mensagem a longo prazo; e a adequação do meio aos objetivos da ação.

Nassar (2005, p.6) procedeu a um amplo estudo sobre a relação médico-paciente, e refere-se à interface entre comunicação e saúde como primordialmente interdisciplinar, com foco nas técnicas comunicacionais visando a melhoria dessa relação e, por conseguinte, dos serviços prestados pelo profissional de saúde. Salientando a deficiência na formação acadêmica dos médicos na área de comunicação, e por conseguinte o sub-aproveitamento dos benefícios de comunicação nessa relação, cita:

A boa comunicação pode aumentar a eficácia dos serviços de saúde. Ao nível da comunicação interpessoal isto começa a ser reconhecido oficialmente. Os problemas da adequação da comunicação médico-paciente que sempre existiram como questões periféricas começam a ser reconhecidos oficialmente, inclusive como temas dos currículos de nossas escolas de medicina (EPSTEIN *apud* NASSAR, 2005, p.6).

Nesse sentido ressalta a autora que, sendo os profissionais médicos preparados para “olhar a doença” utilizando de recursos tecnológicos, o distanciamento com o paciente se evidencia nas consultas, quando se perde a oportunidade do diálogo, já que o profissional de saúde se coloca como interlocutor principal e solitário, cercado do aparato tecnológico e linguagem tecnicista, sem estabelecer uma relação dialógica com o doente. O ruído nesse processo se dá pela quebra de expectativa do paciente diante da comunicação unilateral, pois quando um cidadão procura um serviço de saúde em busca de orientação, tratamento e esclarecimento, está em busca de uma relação que “pressupõe uma comunicação com duas vias de fluxo, permitindo, no momento em que o indivíduo busca atendimento de saúde, o encontro de duas visões de mundo diferentes [...]” (OLIVEIRA *apud* NASSAR, 2005, p.6).

Maestri; Carissimi (2006, p.2-7), em estudo desenvolvido sobre o relacionamento profissional de saúde-paciente detectaram que os pacientes, ao procurar um profissional de saúde, tem como maior expectativa serem tratados com diferencial, caracterizando esse desejo como o de sentir que há um real envolvimento e preocupação, por parte do profissional, com seu estado de saúde. Citando Epstein, apontam os seis maiores obstáculos nesse processo de comunicação:

- *Envolvimento emocional*: O estado do paciente ao tomar conhecimento da sua realidade e a crença do distanciamento do profissional por estar em uma posição de autoridade;
- *Diferença de status*: A distância social (educação, renda, posição) como barreira para compreensão pois o vocabulário difere, causando interpretações divergentes;
- *Tempo*: Não a duração da consulta, mas a compreensão da linguagem e atitude amigável do profissional, que somam para a credibilidade;
- *Diferença de conhecimento*: Situação incômoda de dependência do paciente para com o profissional, por desconhecer o tema;
- *Comunicação unilateral*: Só o profissional explana, não deixando o paciente interagir, o que pode distorcer o sentido;
- *Dificuldades lingüísticas*: Linguagem técnica se torna incompreensível para a maioria das pessoas (EPSTEIN *apud* MAESTRI; CARISSIMI, 2006, p.7).

Em estudo anterior, Nassar (2005, p.7) destaca a importância da postura do médico em relação a promover mudanças no relacionamento com o paciente, citando as deficiências de comunicação geradas no atual formato do contato médico-paciente, representado pelas consultas. Cada vez mais, essas são balizadas por critérios administrativos do fazer em medicina e se caracterizam por pressões de conjunturas econômicas que influenciam na prática médica, determinando consultas rápidas em resposta à dicotomia maior produtividade

*versus* baixa remuneração, resultando no “fazer mais e mais em cada unidade de tempo” (FERREIRA; RIBEIRO; FREITAS *apud* NASSAR, 2005, p.7).

Nesse cenário alucinante, a relação profissional de saúde / paciente torna-se insatisfatória, sendo necessário que os profissionais sejam preparados e se disponham a inverter tal eixo, através de uma comunicação eficiente que obtenha maiores e melhores informações sobre o estado de saúde do paciente, escutando-o adequadamente e, assim, estimulando a participação do paciente em seu tratamento. Nesse ideal de relacionamento, reverte-se o *status* de desvalorização da consulta, que hoje determina um cenário sombrio caracterizado por um momento onde se perde

[...] a oportunidade terapêutica que ela encerra. Aspectos vitais, como a confiança, a aderência ao tratamento, formação de vínculo que possibilita a continuidade, a negociação e participação nas tomadas de decisão são prejudicadas (FERREIRA; RIBEIRO; FREITAS *apud* NASSAR, 2005. p.7).

Carvalho (2006, p.7) em estudo realizado com profissionais de saúde matriculados no curso Curso Seqüencial Específico de Educação e Comunicação em Saúde da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) - Campus Baixada Santista, demonstra a importância do despertar dos profissionais de saúde para as técnicas e benefícios de uma comunicação eficaz com seu público-alvo. O objetivo do curso é capacitar tecnicamente os alunos nas áreas de educação e comunicação como estratégia para a promoção da saúde individual e coletiva, em efeito cascata. Assim, o aluno conclui o curso como elemento capacitado para planejar, implementar e avaliar ações em mídia-educação na área da saúde, pelo conhecimento das práticas em educação e comunicação no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Em seu estudo, os pesquisadores trazem depoimentos não identificados de profissionais de saúde que, em contato com as teorias da comunicação, promoveram mudanças no relacionamento com seu público-alvo. São profissionais que atuam diretamente no atendimento à população, tanto em ações terapêuticas como educacionais, na prevenção em saúde:

Precisamos estimular as pessoas a se comunicarem mais. Sou fonoaudióloga da Prefeitura de Santos e procuro ressaltar aos familiares e crianças o quanto é importante a comunicação. [...] A escola e a família devem aceitar a maneira como a criança se comunica para só depois poder cobrar comunicação. Prevenção e divulgação também são [...] objetivos de promover a saúde da comunicação. Como consequência no meu trabalho, o fato é que o paciente não é mais aquele indivíduo desinformado de tudo. Ele sabe qual o seu problema, a sua doença e os seus direitos. Isso obriga o profissional a se preocupar mais com a comunicação e atualização.

A atividade educativa que desenvolvo hoje como psicóloga no Programa de DST/AIDS é com treinamentos (adolescentes multiplicadores, agentes PACS/PSF e outros). A ênfase é dada no relacionamento com o outro e não, na questão DST em si. Claro que seja de suma importância para a sociedade atual, para as práticas profissionais, o desenvolvimento do profissional humanístico, pois além de conhecer técnicas, é imprescindível a persuasão. [...] Quando iniciei no curso Educação e Comunicação em Saúde, buscava melhorar minhas habilidades comunicativas na realização de palestras e no relacionamento com os pacientes e/ou usuários da seção onde trabalho e pensava apenas nas técnicas e otimização dos meios de comunicação dispensáveis. Com a disciplina Introdução à Comunicação entendi que a comunicação está presente em todas as nossas atividades e que ela é muito mais do que técnicas e recursos instrumentais, são uma ciência com estudos em áreas diversas (CARVALHO, 2006, p.7-8).

Diante de tal perspectiva, é possível concluir que o processo de comunicação num ambiente hospitalar é de suma importância, principalmente quando se analisa aspectos da comunicação interna. Nassar (2006, p.9) em seu estudo sobre essa faceta da comunicação em saúde, conclui seu estudo reafirmando a necessidade de que um projeto de comunicação num ambiente hospitalar deve ser estruturado de forma a atuar positivamente no ambiente interno e refletir no desempenho de seus públicos - profissionais, colaboradores e usuários. Somente estruturado dessa maneira é possível esperar, como resultado, que novos modelos de relacionamentos envolvendo esses diferentes públicos sejam fomentados por ações de comunicação, cujo papel é o de fomentar e atuar na mediação e facilitação das relações internas e externas.

## **2.5 Os hospitais e as práticas comunicativas no seu âmbito**

Há que se reconhecer a importância social dos serviços de saúde, cujos maiores baluartes são os hospitais. Turner *apud* Carapinheiro (1993, p.45) afirma que o hospital “não é só uma instituição crucial nos sistemas de saúde modernos, mas simboliza também o poder social da profissão médica, representando a institucionalização dos conhecimentos médicos especializados”. Em estudo realizado sobre hospitais gerais e hospitais universitários de Portugal e as relações de poderes e saberes no âmbito de tais instituições, a autora destaca a importância social destas instituições, como

[...] lugar de confronto da diversidade dos quadros de referência cultural dos doentes face a um modelo cultural reconhecido e consagrado, que inclui um modelo de regulação social do que é viver a doença no hospital, concretizado nas ideologias e nas práticas dos diversos grupos profissionais. Neste modelo, a medicina apresenta-se simultaneamente como ideologia

social, dada a posição de influência que detém na imposição da versão oficial das idéias sobre saúde e doença [...] e como instituição de controle social, considerando as formas que o poder médico assume na definição da condição de doente (CARAPINHEIRO, 1993, p.45).

Nesse ambiente e considerando a relação médico-paciente, o principal vetor da situação, ambos os atores sociais se valem de estratégias que se adequam aos propósitos de cada um deles. Dentro de um ambiente hospitalar, a vida cotidiana dos pacientes é marcada pelo comportamento médico, que reforça a ideologia do conformismo e da colaboração, resultando na renúncia do paciente à responsabilidade sobre seu próprio corpo, entregue aos saberes médicos. Assim, o processo comunicativo que se desenvolve entre ambos se pauta pela unilateralidade técnica e pela ausência de diálogo efetivo.

Os doentes aprendem a conhecer o “lugar do doente” no sistema de tratamento médico e, exatamente pelo reconhecimento do seu lugar nos cenários de atuação médica, desenvolvem, através de formas oficiais e clandestinas, múltiplos recursos estratégicos com o pessoal médico e não médico, na obtenção das informações sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico de sua doença (CARAPINHEIRO, 1993, p.209).

A tal quadro soma-se o cenário atual de uma sociedade com alto desenvolvimento tecnológico onde impera a lógica de mercado que afeta também os médicos. Esses profissionais enfrentam hoje dificuldades no desempenho de suas funções devido às pressões de produtividade e crescente demanda, o que reflete no relacionamento com os pacientes. Meyer (2002, p.14), médico francês, refere-se ao esgarçamento de tais relações, destacando a falta de diálogo e até mesmo de contato pessoal entre ambos, numa situação em que, inegavelmente, pratica-se o jogo de poder pela detenção do conhecimento.

Assim, há dois aspectos a serem considerados na relação hospital *versus* usuários: por um lado, os profissionais de saúde, detentores de informações técnicas sobre o contexto saúde, premidos por circunstâncias administrativas de produtividade no atendimento, não estabelecem um real diálogo com seu paciente; de outro lado, os cidadãos comuns, usuários dos serviços públicos de saúde, sujeitos à dominação social representada pela diferença de repertório técnico, acentuada pela fragilidade física e emocional presente no momento em que procura tais serviços, não se consideram informados o suficiente sobre seu estado de saúde e os tratamentos oferecidos.

Sela-se, assim, uma situação de relacionamento unilateral onde o profissional de saúde determina condutas de tratamento e o paciente simplesmente as aceita, acreditando ser o melhor para si. Essa relação de dominância retratada por Singer *et al* (1978, p.17), é histórica,

tendo sua origem na criação dos serviços públicos de saúde em tempos da Revolução Industrial européia.

Mesmo enfrentando ainda a reação histórica de quem o atende, que deixa claro que não deve questionar o tratamento recebido, o cidadão exige cada vez mais participar de sua terapêutica. Nos processos de internação, a relação de poder exercida pelos trabalhadores em saúde fica mais evidenciada quando o paciente questiona alguma coisa e recebe, como resposta, a contrariedade no rosto do atendente, que reforça a compreensão de que “ele é culpado por ter ficado doente e portanto deve obedecer e aguentar tudo, preferencialmente calado” (HANSEN, 2004, p.61). Assim, pode-se dizer que:

Já estão presentes nesse cenário os componentes para a construção da realidade moderna, em que o paciente tem um papel passivo, de simplesmente responder às condutas normativas de higiene, organização de espaço e regras de controle sobre o meio ambiente que asseguram sua recuperação. São influências do legado religioso, em que a doença carrega o sentido da culpa a ser expiada pela dor e a prestação de serviços garante o reino dos céus. Esses fatores tiram do paciente a possibilidade de relações simétricas, apoiadas na sua potência. Colaboram na instituição de relações baseadas em submissão, medo e piedade. Reforçam o foco do atendimento na solução de sintomas e não do desenvolvimento de saúde (MASETTI, 2003, p. 34).

A relação de comunicação entre médicos e pacientes sofre influência direta nesse cenário. Para Carapinheiro (1993, p.214-15), há duas configurações desse processo, análise essa diretamente relacionada às representações médicas dos doentes, utilizadas por Herzlich (2004): o “doente do hospital” e o “doente do médico”. O “doente do hospital” é aquele paciente que procura esse tipo de serviço em momento de descontrole de sua saúde, como uma emergência ou dores das quais não sabe a causa e portanto sem ter estabelecido contato prévio com o médico. Nesse caso, o processo de comunicação é unilateral, hermético, centrado no exame clínico e na prescrição terapêutica por um lado e no comportamento passivo, receoso e ansioso por parte do paciente, que deseja somente uma solução para suas dores. Para o “doente do médico”, aquele indivíduo que procura o profissional de medicina e não uma instituição, num ato deliberado de escolha, o processo comunicativo se dá de maneira mais uniforme, porque o paciente é mais ciente de seus direitos por ser mais informado e deixa a passividade de lado; quando hospitalizado, submete-se às regras sem deixar de exercer sua identidade social.

Esse panorama traçado por Carapinheiro (1993, p.215-6) é fruto das heranças sociais na constituição dos serviços de saúde, que teve sua origem no assistencialismo e na tutela dos

desvalidos, características essas ainda presentes de forma atávica nos hospitais gerais e serviços públicos de saúde.

Pode-se observar que fatores sociais estão presentes nessa relação, e a dominação se torna evidente. Na tentativa de romper esse distanciamento, atitudes paternalistas podem, ao invés de contribuir para o impasse, reforçar a exclusão do cidadão num processo em que ele é o ator principal, já que nesse contexto intervenções em seu organismo são determinantes e, assim, as conseqüências são sofridas diretamente por ele, cidadão.

Tudo que está a serviço da opressão, sustenta Espinosa, alimenta as paixões tristes. [...] Nietzsche investe contra outra paixão, que ele acredita ser a maior produtora de doenças: a piedade, porque na sua concepção ajuda a preservar os valores negativos do homem, sua vida reativa, prisioneira da conservação e, sobretudo, da culpa. As paixões tristes estão retratadas na relação com o paciente, já que não encontra espaço na medicina [...] (MASETTI, 2003, p.32).

No atendimento em saúde, a confiança é fator vital no processo terapêutico. Estudo realizado por Masetti (2003) cita que a qualidade da relação médico-paciente determina o surgimento de doenças decorrentes não de sintomas biológicos pré-existentes mas do tratamento recebido, provocadas pela suspeita do médico em fase de confirmação de diagnóstico. Cita também a eficiência de placebos, que se mostram 60% tão eficazes quanto medicamentos quimicamente ativos: “Inúmeros fatos demonstram que formas de intermediação na relação médico-paciente podem atuar sobre o corpo, seja provocando um sintoma ou ajudando no processo de cura” (MASETTI, 2003, p.29).

Essa situação de confiança irremediável está diretamente relacionada ao processo comunicativo unilateral do cotidiano hospitalar, onde cirurgias são levadas a cabo sem que o paciente saiba quem é seu médico, procedimentos são realizados sem que este seja informado, em detalhes, sobre sua finalidade e implicações, e medicações são ministradas sem uma explicação prévia sobre o que o paciente está tomando e quais seus efeitos no organismo. Esse espaço de confiança, mesmo que implícito e não negociado, torna a qualidade do contato com o paciente tão vital como qualquer procedimento médico.

Weber (1995, p.152) afirma que nas organizações de saúde faz-se necessário um cuidado maior no planejamento de comunicação, pois estas trabalham com questões cruciais ao homem, como qualidade de vida, com a doença e até mesmo com o conceito de morte. Nassar (2006, p.2), em estudo realizado no Hospital e Maternidade Celso Pierro, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP-SP), afirma que a comunicação é uma

estratégia das mais importantes na construção do relacionamento com os pacientes. Citando Teixeira, a autora afirma que:

O hospital moderno é uma organização completa. Ele incorpora o avanço constante dos conhecimentos, das aptidões, da tecnologia médica e dos aspectos finais desta tecnologia representados pelas instalações e equipamentos. [...] O hospital emprega grande número de profissionais especializados, oferecendo serviços com alto grau de especialização. Existe no hospital uma grande divisão de trabalho exigindo habilidades técnicas diversificadas. Em decorrência desses fatos, o hospital tem grande necessidade de coordenação de suas atividades e os sistemas administrativos estão em evolução constante. [...] O hospital moderno exibe um conjunto de finalidades: a assistência ao doente, o ensino e a pesquisa. Desempenha ao mesmo tempo o papel de hotel, centro de tratamento, laboratório e universidade, onde, além de se aplicar os conhecimentos existentes para a cura dos enfermos, se transmite a experiência passada a novos elementos e se olha o futuro através da experimentação ativa ou da observação passiva, contribuindo para o progresso das ciências médicas (TEIXEIRA *apud* NASSAR, 2006, p.2).

Discorre a mesma autora sobre as especificidades de comunicação em um ambiente hospitalar, ressaltando a necessidade de que ações integradas de comunicação sejam determinadas pela organização, de forma que as informações cheguem ao público-alvo de modo claro, objetivo e específico. Conclui sua argumentação, afirmando:

Assim, não se trata apenas de criar espaços para que as informações circulem, mas que sejam recepcionadas eficientemente pelos distintos públicos. Comunicar-se sempre é um processo e se essa idéia for desconsiderada, tende-se ao insucesso, à frustração, ansiedade, inseguranças e à ineficiência nos relacionamentos internos e externos. Desse modo, a comunicação remete para a concepção de um projeto, de ações envolventes e simultâneas, integradoras, focadas nos diversos públicos, com utilização de instrumentos e linguagens apropriadas (NASSAR, 2006, p.3).

No mesmo estudo, a autora apresenta dados do plano estratégico de comunicação formulado para o Hospital Maternidade, que contempla profissionais de saúde, funcionários e usuários do sistema público e privado de saúde:

[...] a definição de estratégia de comunicação para a área da saúde deve contemplar princípios essenciais como: transparência; ética; responsabilidade social; humanização na prestação do serviço; qualidade no atendimento e no pós-atendimento ao paciente; credibilidade e utilização adequada das ferramentas para divulgação dos serviços. Os hospitais devem ser transparentes em suas ações, em sua missão e seus objetivos, devem promover a aproximação com seus públicos e com a comunidade e seu entorno (NASSAR, 2006, p.5).

No contexto da organização estudada pela pesquisadora citada, as manifestações dos profissionais envolvidos no cotidiano hospitalar na fase diagnóstica que antecedeu a proposta aqui relatada apontaram, dentre outras questões, as dificuldades em fazer com que a informação chegasse de modo eficiente e direto ao público, dado que pode ser aferido para todas as organizações similares. Assim, um plano estratégico de comunicação foi formulado para o Hospital Maternidade, contemplando os seguintes públicos: médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde, além de funcionários e usuários do sistema público e privado de saúde.

Dentre as várias ferramentas contempladas no plano destacam-se as seguintes, pela atuação direta na relação hospital-paciente: painel de usuários, onde esses se manifestam livremente sobre assuntos de seu interesse; e ouvidoria para público interno e externo (NASSAR, 2006, p.7-8). As propostas destacadas encontram respaldo nas atuais tendências de administração hospitalar, que apontam para a busca da qualidade e a humanização como resposta aos anseios dos usuários dos serviços de saúde, hoje uma população consciente de seus direitos e, por isso mesmo, mais exigente.

Tal fato traz a comunicação para o foco de gestão em hospitais, como fator de construção das relações entre seus diferentes públicos, agregando ações comunicativas às de humanização na saúde. Ainda segundo a autora, “A humanização na saúde é um processo que vai se formando no dia-a-dia com ações, gestos e atitudes, transformando o ambiente hospitalar e a convivência dos profissionais”.

Assim, projetar ações comunicativas nesse contexto requer, incondicionalmente, que seja considerado o fato de que o ambiente hospitalar é marcado pela fragilidade física e emocional do cidadão, marcado pelo medo do desconhecido, representado pela situação de “doença”. Diante de tal situação, a necessidade de um diálogo efetivo deve ser considerada a prioridade na gestão dos processos comunicacionais.

## **2.6 Cultura organizacional**

A cultura organizacional é um dos componentes que determina a identidade e as ações de uma organização. Segundo Leite-da-Silva *et al* (2006, p.360) o termo cultura, associado ao contexto organizacional, foi utilizado pela primeira vez no início da década de 1950 por Jacques (1951) com a expressão “cultura da empresa”, que a definiu como “um conjunto de idéias e ações mais ou menos compartilhadas a serem aprendidas e assumidas pelos novos membros da empresa, para que sejam aceitos.”

Essencial para a estruturação das organizações, cultura se trata do conjunto de características que diferencia uma organização de outra e que legitima os valores - rituais, mitos, hábitos e crenças - através de normas de comportamento aceito por todos os membros da organização (PIRES; MACÊDO, 2006, p.88). Esse conjunto de ações, saberes, práticas e repertório histórico determina o modo como os seus membros se relacionam e formam vínculos entre si. Muitas vezes, essa cultura organizacional extrapola o contexto interno e se reflete no relacionamento da organização com seu público externo.

Essa situação é característica da cultura organizacional no setor público, pois esta transcende os círculos internos e atinge toda a comunidade, uma vez que, dada a natureza de suas atividades, o funcionário ao mesmo tempo em que é prestador de serviço também é cliente, pois usufrui do sistema público em momentos distintos.

Assim como é possível falar em cultura do poder público, considerado o sistema como um todo, pode-se, também, falar na cultura de cada uma das organizações públicas que compõem o sistema maior. De acordo com a natureza de sua atividades e com os fins a que se destina, cada organização apresentará particularidades que se abrigarão, em escalas menores, nos núcleos de trabalho correspondentes. Nesse contexto, funcionários e clientes se confundem, pois são todos usuários dos mesmos serviços e formadores de uma sociedade comum (WELS, 2008, p.12).

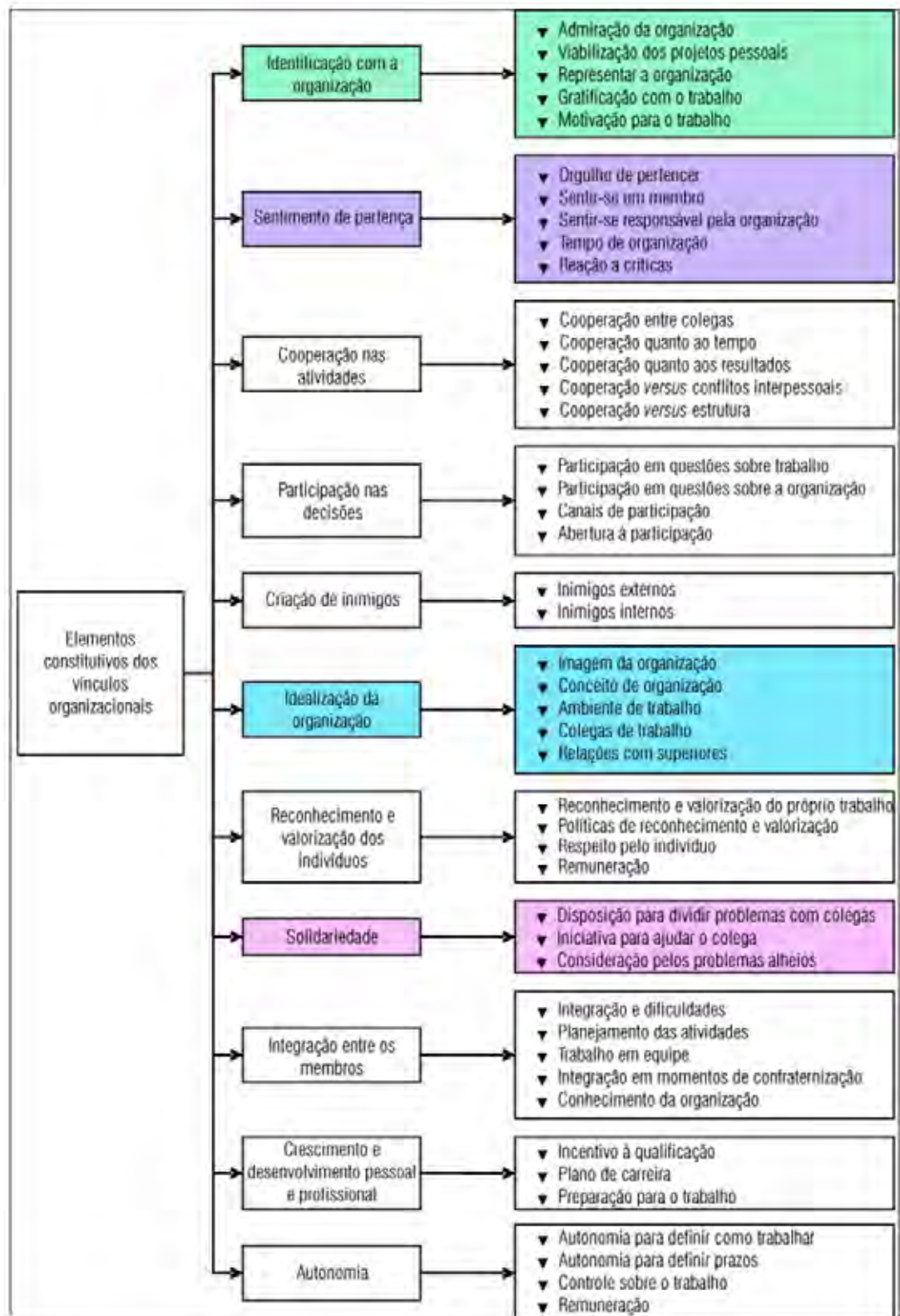
Para que se possa avaliar a importância do entendimento da cultura presente em uma organização, destaca-se que o planejamento organizacional pode ser afetado por variáveis não incluídas em seus objetivos explícitos, resultante das relações interpessoais e da interação entre a organização e os indivíduos que a compõe. Nessa relação, o vínculo organizacional assume papel fundamental, pois reflete no envolvimento e no empenho dos membros da organização para que esta atinja seus objetivos.

A idéia de que a organização, composta por indivíduos e grupos, possui um plano consciente e explícito, que indica a sua finalidade e é representado pelo planejamento, objetivos, estrutura organizacional etc., e um plano não-consciente e não-planejado, que pode ser caracterizado pelos vínculos, conflitos, temores, relações interpessoais, idealizações, desejos do poder, sentimentos de inveja, de vaidade, de identificação etc., é compartilhada por diversos autores (BION; BLEGER; ENRIQUEZ; PICHON-RIVIÈRE *apud* KRAMER; FARIA, 2007, p.85).

O vínculo organizacional é a relação estabelecida pelo indivíduo com a organização, onde estão presentes elementos como o seu grau de envolvimento e ligação com a mesma, seu nível de envolvimento com os projetos e objetivos organizacionais, bem como o

comprometimento com suas políticas, problemas, desempenho e busca de resultados. Assim, pode-se afirmar que, mesmo que os objetivos organizacionais não sejam o de cada elemento que a compõe, individualmente o fazer diário pode elevar esses objetivos ao grau de um projeto comum, em função da característica dos vínculos organizacionais presentes. De forma análoga, a convivência e o estabelecimento de vínculos levam os indivíduos a reproduzirem as características das organizações aos quais pertencem, através de atitudes, comportamentos e opiniões. Kramer; Faria (2007, p.86-8) destacam que o comportamento do indivíduo dentro de uma organização tem relação direta com o tipo de vínculo que se forma entre ambos, estando implícitos nesse vínculo diversos elementos, como demonstrado no quadro a seguir.

Quadro 1 - Os elementos constitutivos dos vínculos organizacionais e seus componentes



Fonte: Adaptado de KRAMER; FARIA (2007, p.87)

Dos elementos constitutivos dos vínculos organizacionais, interessa particularmente ao presente estudo a identificação com a organização, o sentimento de pertença, a idealização da organização e a solidariedade, pois permitem avaliar as principais características da cultura presente na organização estudada.

Entende-se por identificação o mecanismo utilizado pelos funcionários no esforço coletivo para que a organização possa atingir seus objetivos. No seu fazer diário, orientado pelo projeto institucional, o indivíduo se sente psicologicamente ligado à organização e assume, como seu, os objetivos da organização. Essa adesão ao projeto institucional, caracterizada pela identificação, transforma-se em sentimento de pertença, elementos bem próximos um do outro. É através desses fenômenos que se processa a efetiva integração do indivíduo à organização e se constrói a identidade da organização e do indivíduo dentro dela. No sentimento de pertença estão implícitos o orgulho de pertencer e sentir-se membro da organização, resultando em sentimento de responsabilidade e no tempo que o funcionário permanece na organização (KRAMER; FARIA, 2007, p.85-9).

A idealização se dá quando o indivíduo considera a organização e seu projeto algo diferenciado, excepcional, levando-o a classificar a organização como o melhor lugar para se trabalhar. Nesse processo, estão incluídas questões como a imagem que o indivíduo tem da organização, o conceito que construiu da mesma, a análise do ambiente e do relacionamento com os colegas de trabalho, e a qualidade da relação desenvolvida com seus superiores. Segundo Enriquez *apud* Kramer; Faria (2007, p.93), a idealização organizacional “é um dos aspectos mais importantes no seu funcionamento, pois dá consistência, força e características de excepcionalidade aos projetos e membros da organização”.

A solidariedade permite o fortalecimento dos laços entre as pessoas, tornando-as mais unidas e dependentes, reforçam os sentimentos de identificação e pertença, incentiva a colaboração e a integração entre os membros de uma organização. É identificada pela disposição em dividir problemas com os colegas de trabalho, consideração pelos problemas dos outros e iniciativa para ajudar na solução de problemas alheios (KRAMER; FARIA, 2007, p.97).

A formação de vínculos organizacionais resulta da cultura da organização, dado os componentes descritos, pois estão presentes elementos de comportamento solidificados no decorrer da existência da organização. Elementos como imagem e conceito de uma organização são construídos não somente com definições normatizantes, mas no fazer diário. Segundo Zago (2005, p.66-7), cultura organizacional pode ser entendida como o resultado de uma construção em que a experiência coletiva se transforma em modelos mentais e arquétipos

que “uma vez incorporados, passam para o nível do inconsciente coletivo, onde muitas vezes, procedimentos não são explicáveis do porque, mas são aceitos como certos, sem questionamentos, ‘simplesmente são assim””.

Esses modelos mentais são consolidados pela experiência coletiva e expressos por atitudes e comportamentos e, sendo assim, entende-se esse comportamento social do grupo como a manifestação de sua cultura. “A cultura então, traz como característica ser um processo contínuo de construção social da realidade e um fenômeno ativo e vivo, através do qual, as pessoas criam e recriam os mundos dentro dos quais vivem” (MATURANA; MORGAN *apud* ZAGO, 2005, p.68).

Toda organização possui experiências, histórias e objetivos próprios. De acordo com suas necessidades, desenvolvem sistemas de trabalho e tecnologias que se adequam à sua estrutura à semelhança de seus componentes, que desenvolvem conhecimentos, habilidades e valores próprios. Esse conjunto de padrões, idéias, valores e crenças constrói a identidade da organização e marca a sua cultura organizacional.

Sendo um fenômeno social, entende-se que a cultura organizacional é composta por numerosas variáveis relacionadas entre si e é modelada com o somatório das cognições e vivências técnicas, administrativas, políticas, estratégicas, táticas, misturadas às cargas psicossociais, que justapõem fatores humanos individuais, relacionamentos grupais, interpessoais formais e informais (TORQUATO *apud* ZAGO, 2005, p.68-9).

Pires; Macêdo (2006, p.89) citam estudos de Smircich (1983) e Morgan (1996) que descrevem a cultura como um sistema sociocultural, sob uma visão antropológica sistêmica aberta de cultura, que consideram a cultura presente em todas as organizações, mesmo que não seja identificada uma cultura própria; e as organizações como um sistema aberto inseridas em um contexto maior, no qual interferem. Em tal abordagem, identificam cinco processos que interferem na cultura organizacional: adaptação societal ou cultura nacional; pressões institucionais; comunidades profissionais; confrontações e aprendizagem cultural. Nesse contexto, a cultura é vista como dinâmica e em constante mutação, uma vez que é resultado de múltiplas interações em um ambiente.

Considerando a cultura de uma organização como resultado de uma rede de relações entre indivíduos e entre grupos, e de acordo com o grau de vínculo organizacional consolidado, novas significações são produzidas e as necessidades pessoais, bem como os valores, necessidades e projetos individuais são reformuladas, fruto da interação coletiva. A partir desse ponto de vista, do coletivo para o individual, a cultura se configura em modelo

organizacional uma vez que estabelece, muitas vezes de forma implícita, referências de comportamento da organização e seus membros.

Não se trata, porém, de anulação dos traços culturais dos indivíduos, posto que uma das características da cultura organizacional é a simbiose entre a cultura da organização e a cultura de seus membros. Nas palavras de Zago (2005, p.73-4), a cultura organizacional apresenta as seguintes características:

- É composta por inúmeras variáveis.
- Contém os elementos que a compõem, porém apresenta-se como um novo elemento, diferente dos que a compõem.
- Cada elemento, mesmo sem deixar de ser ele mesmo, passa também a ser o todo, onde o todo, apesar de ser a intersecção das partes assume uma identidade própria, influenciando as partes, que não serão mais as mesmas que eram no início da operação.
- A cultura contém as características do elemento e o elemento contém características da cultura.
- A cultura não é simplesmente o somatório dos elementos, mas se transforma em um terceiro elemento que apesar de trazer características de seus elementos formadores, passa, através de um efeito sinérgico, a se constituir em um novo elemento, diferente dos que a compuseram, resguardando, porém, as características dos mesmos.
- Pode haver uma prevalência de um ou outro elemento, em determinados momentos, mas este elemento, sozinho, não é determinante para a formação da cultura.

Assim, uma cultura organizacional pode ser entendida como o comportamento coletivo e social de seus membros. Esse comportamento é mais do que a soma de diversas culturas, é o fruto de uma identidade construída nos relacionamentos sociais e na negociação entre o comportamento individual e o comportamento do grupo. É a construção de uma nova realidade diante de pressupostos e repertórios distintos, em busca de um objetivo comum. Pressupõe mudanças de conceitos, comportamentos e valores que acompanhem a evolução da organização. Para Schein *apud* Pires; Macêdo (2006, p.90),

[...] cultura é um padrão de suposições básicas demonstradas; inventadas, descobertas ou desenvolvidas por um dado grupo; que ensina a lidar com seus problemas externos de adaptação e internos de integração; que funcionou bem o bastante para ser considerado válido e, ainda, para ser ensinado aos novos membros do grupo como a forma correta de perceber, pensar e sentir em relação àqueles problemas.

A cultura de um determinado grupo pode ser entendida, então, como o reflexo de seu aprendizado em busca de solução para seus problemas no decorrer de sua própria história. Se origina nas crenças e valores dos detentores do poder na organização - dirigentes, fundadores

- e, à medida em que esses são validados pela experiência coletiva, ganham significado e se estruturam, possibilitando a previsibilidade ao grupo.

Leite-da-Silva *et al* (2006, p.361) resgatam os estudos de Schein (1985) segundo os quais a cultura de uma organização se constrói a partir da observação de valores e do comportamento dos membros da organização chamados de criadores de soluções bem-sucedidas. O conjunto dos pressupostos básicos desses passam por um processo de validação pelo grupo e, sendo considerados adequados, passam a ser disseminados internamente e se solidificam como referencial para os demais membros da organização.

Em estudo sobre comunicação, cultura organizacional e a esfera pública, Wels (2008) traz o conceito de poder para o campo da comunicação nas organizações. Citando Freitas, diz:

Entendo a cultura organizacional primeiro como instrumento de poder; segundo, como conjunto de representações imaginárias sociais que se constroem e reconstroem nas relações cotidianas dentro da organização e que se expressam em termos de valores, normas, significados e interpretações, visando um sentido de direção e unidade, tornando a organização fonte de identidade e reconhecimento para seus membros (FREITAS *apud* WELLS, 2008, p.9).

Em tal abordagem, entende-se a organização como um sistema de significados produzidos e consolidados pela experiência e aprendizado coletivo; portanto, a capacidade de contínuo aprendizado é o que sustenta uma organização. Assim, o processo de aprendizagem é fundamental para o desenvolvimento de uma organização.

Mudanças sociais decorrentes do crescente acesso dos cidadãos aos meios de informação determinam que os serviços públicos de saúde revejam sua abordagem do que é saúde e qual o seu papel na sociedade. O modelo biomédico e hospitalocêntrico<sup>9</sup>, centrado na visão do processo saúde-doença, é considerado ultrapassado e hoje espera-se dos serviços de saúde que trabalhem pela promoção da saúde, e não somente na cura de doenças.

O contexto atual exige das organizações públicas de saúde uma abordagem diferente no atendimento ao cidadão, a qual contemple uma terapêutica integralizada, ou seja, em que saúde e doença sejam conceitos dinâmicos e a promoção da saúde desempenhe papel primordial. [...] Torna-se fundamental, portanto, a integração das áreas do conhecimento das ciências humanas e biológicas na tentativa de explicar as necessidades humanas de

---

<sup>9</sup> Modelo caracterizado pelo exercício da medicina reconhecida pela ciência e centrado nos hospitais como modelo de serviço de saúde. O marco do surgimento desse modelo é o processo de disciplinarização da medicina relatada por Foucault, quando o saber médico migra dos livros e círculos restritos para os hospitais, que se transformam em centros de assistência a saúde e, ao mesmo tempo de formação de outros médicos, trazendo a clínica para a essência do hospital (FOUCAULT, 1989, p.110-1).

saúde do indivíduo, que deve ser capaz de reconhecer-se como sujeito desse processo integral (ROSENBERG; OHAYON; BATISTA, 2008, p.45).

Dentro desse novo contexto da saúde pública brasileira, o Ministério da Saúde criou em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH), que estabelece parâmetros de atuação para os serviços públicos de saúde e prevê a avaliação periódica desses serviços, pelos órgãos do Ministério. A PNH foi criada como uma política que contribui para o estabelecimento de políticas de saúde pelo viés da humanização. Dentre seus preceitos, destaca-se: “assegurar que todos os usuários do SUS conheçam os profissionais que cuidam de sua saúde; [...] garantir aos usuários o acesso às informações [...] bem como os demais direitos dos usuários do SUS (BRASIL, MS *apud* ROSENBERG; OHAYON; BATISTA, 2008, p.46-7).

Novamente, evidencia-se o papel da gestão de comunicação no contexto dos serviços públicos de saúde brasileiros, tanto para atender a uma normativa do órgão máximo regulador da área como para, efetivamente, pautar seus serviços pela qualidade no atendimento ao seu cliente.

## **2.7 Comunicação organizacional e planejamento em comunicação**

A informação e os processos de comunicação são elementos comumente presentes quando se estuda o campo das estratégias e evolução das organizações, sejam elas públicas ou privadas. Na perspectiva de Bueno *apud* Michel (2008, p.7), “A comunicação é o espelho da cultura empresarial e reflete, necessariamente, os valores das organizações. Se eles caminham para valorizar o profissionalismo, a transparência, a responsabilidade social e a participação, a comunicação se orienta no mesmo sentido”. Dessa maneira, seu uso correto e ético permite não só a difusão da cultura de uma organização mas também de sua identidade e valores, trabalhando pela projeção da imagem organizacional perante a sociedade.

Em tempos de mudanças sociais constantes e fluxo acelerado de informações, torna-se fundamental para a gestão de uma organização entender a lógica de como se dão os processos de comunicação no seu interior, e isso determina sua capacidade de sobrevivência no mercado em que insere. Cardoso (2006, p.1125-6) entende as organizações como um coletivo de ações estruturada em função de objetivos específicos, dirigida por “um poder que estabelece a autoridade, determina o *status* e o papel de seus membros”; e a informação e comunicação como processos para a realização plena do potencial estratégico de uma organização.

É por meio desses instrumentos que as organizações desenvolvem funções, tomam decisões e estabelecem contatos com clientes, fornecedores e parceiros. Isso significa que as organizações precisam repensar, complementar e aprimorar seus referenciais teóricos e metodológicos tradicionais, formulando e disseminando estratégias que levem em conta os processos comunicacionais como suportes eficazes e competentes para o agir e existir delas (CARDOSO, 2006, p.1125).

Considerando a comunicação organizacional como ferramenta de gestão estratégica, espera-se que as ações planejadas por essa área provoquem comportamentos dinâmicos, criativos e inovadores em seus funcionários, ao mesmo tempo em que atue como disseminadores dos valores, objetivos e da cultura organizacional. A comunicação organizacional assume, assim, relevante papel na construção da posição social da organização, dos seus relacionamentos institucionais e do clima interno e, por conseguinte, na construção de sua identidade e de sua cultura (CARDOSO, 2006, p.1128-9). Busca-se, dessa maneira, a identificação com um determinado público e a construção de um diferencial em sua faixa de mercado.

Um dos principais componentes de uma organização é a sua imagem, considerando tanto a imagem que o público tem da mesma quanto a imagem refletida internamente, entre seus colaboradores. A construção dessa imagem é fundamental para que a organização conquiste espaço em sua área de atuação, o que determina sua sobrevivência. Weber (1995) é de opinião que os principais indicadores de poder de uma organização estão diretamente ligados às políticas de informação e comunicação adotada pela mesma, utilizando o termo poder não com a lógica maniqueísta, mas como:

[...] a capacidade de entendimento da organização com seus diferentes públicos e a qualidade da sua imagem junto à sociedade. Imagem, conceito e entendimento positivos são resultados desejados, através de processos, sistemas e planos de comunicação (WEBER, 1995, p.151).

Partindo de tal pressuposto, considera-se a imagem pública de uma organização um fator de importância estratégica equivalente aos seus produtos e serviços. Através da imagem, uma organização agrega valores que lhe permite ser reconhecida e lembrada por sua atuação como empresa cidadã, uma exigência cada vez maior de consumidores mais conscientes de seus direitos e de seu papel na sociedade. A comunicação, nesse contexto, tem papel preponderante na construção de uma rede de relacionamentos entre organização, clientes, colaboradores e fornecedores, pautada pela credibilidade e qualidade. No caso da saúde, tais

estratégias resultam na opção, por parte do cidadão, pelo atendimento em um ou outro serviço de saúde.

Nas organizações públicas, a visibilidade é mais acentuada devido ao seu caráter e, portanto, a responsabilidade perante à sociedade é maior. Aos serviços de saúde pública acrescenta-se a natureza dos serviços prestados à população, uma vez que trabalham com questões limítrofes do ser humano como qualidade de vida, morte e doença. Michel (2008, p.1) destaca que, no caso de organizações que atuam na área da saúde, o processo comunicativo se configura mais como uma “teia de aranha” e não somente como uma “via de mão dupla”, dado a diversidade de segmentos presentes nessas organizações e com as quais devem fomentar relacionamento: os pacientes e seus familiares, a diversidade de funcionários (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, pessoal de limpeza e segurança, funcionários administrativos), pesquisadores, cientistas e a sociedade em geral. Essa teia é caracterizada pela rapidez com que as informações se entrecruzam, muitas vezes de forma fragmentada, e que podem conter ruídos e provocar conflitos por interpretações equivocadas. Assim, as políticas de comunicação nos serviços de saúde pública devem ser alvo de cuidadoso planejamento no sentido de contemplar informação, promoção da saúde e prestação de contas sobre os recursos que lhe são investidos pela sociedade.

A comunicação estratégica, no contexto das organizações, pode ser pensada em uma perspectiva sistêmica. Desta forma, é possível compreender as mudanças no âmbito da comunicação organizacional no transcorrer do século XX. Até a década de 1960, por exemplo, as teorias da administração, com reflexo na estrutura das organizações, baseavam-se na visão de sistema fechado, ou seja, sem a troca de influências com o ambiente externo.

Um recuo no tempo permite comprovar que variáveis substanciais, como o respeito aos direitos básicos dos homens e ao meio ambiente, não eram considerados no processo decisório das organizações (KUNSCH, 2003, p.16). Na contemporaneidade, contudo, a sobrevivência das organizações passou a depender, necessariamente, do relacionamento com o ambiente externo, influenciando e causando impacto sobre ele mas, sobretudo, recebendo influências e sofrendo seus impactos (KUNSCH, 2003, p.59). Essa relação colocou em destaque a questão da suscetibilidade organizacional frente às interações com o meio externo. Em outras palavras, compreende-se que as organizações sociais contemporâneas, ao sentir influências externas, devem ter sensibilidade suficiente para tomar medidas eficazes frente a seus diferentes públicos. Desse modo, convém lembrar que:

O papel que se espera da comunicação hoje vai mais além. Ela deve, efetivamente, servir de suporte para um modelo de gestão bem estruturado e com capacidade de levar a empresa a enfrentar os desafios cada vez mais competitivos de uma sociedade que se torna mais exigente em qualidade e em direitos. Da comunicação, espera-se que cumpra o seu verdadeiro papel social: o de envolver emissor e receptor em um diálogo aberto e democrático, em que a estratégia de gestão da empresa seja construída com base em princípios sociais e éticos (CARDOSO, 2006, p.1134).

Habermas; Luhmann *apud* Cardoso (2006, p.1139) entendem diálogo como uma prática comunicativa onde é fundamental a participação de todos os atores sociais envolvidos na situação, descrita pelos autores como “situações isentas de coação, em que se torne possível a comunicação plena, não distorcida, onde as ‘aspirações de validade’ possam ser explicitadas, questionadas, confirmadas e asseguradas consensualmente”. A principal contribuição dos estudos de Jürgen Habermas para o campo da comunicação organizacional é o entendimento de que o processo comunicativo, nesse contexto, deve permitir a participação igualitária de todas as partes, sem recursos de coerção ou distorção.

Essa igualdade de “poder e direitos” não significa simetria de desejos, conhecimentos, propósitos iguais ou posicionamentos, mas possibilidades e abertura na negociação para que possíveis diferenças e conflitos sejam expostos devidamente acompanhados das razões que os sustentam (VIZEU *apud* CARDOSO, 2006, p.1138-9).

A comunicação organizacional pode ser definida como a modalidade de comunicação que envolve todas as estratégias utilizadas por uma organização com o objetivo de interagir com seus públicos variados, seja os de caráter interno ou os de caráter externo (SCROFERNEKER, 2001, p.4). Deve primar por estratégias de comunicação dialógica e participativa, promovendo a troca consciente de mensagens entre os atores sociais envolvidos. Margarida Maria Krohling Kunsch, em sua obra clássica *Planejamento de Relações Públicas na Comunicação Integrada* (2003), entende que a comunicação organizacional deve ser pensada e praticada de forma conjunta e harmoniosa na perspectiva de ferramenta estratégica para as organizações. Para a autora, a comunicação integrada é a estratégia ideal para a prática da comunicação organizacional e deve agregar ações de comunicação nas áreas institucional, mercadológica, interna e administrativa. Em suas palavras:

Não se pode mais isolar, por exemplo, a comunicação institucional e a comunicação mercadológica. É necessário que haja uma comunicação integrada, desenvolvendo-se de forma conjugada atividades de comunicação institucional (jornalismo, editoração, relações públicas e publicidade) e

comunicação mercadológica (propaganda, promoção de vendas, exposições, etc), formando o composto da comunicação (KUNSCH, 2003, p.107).

Brandão (2006, p.1-14) faz um amplo estudo da expressão comunicação pública, interessando para o presente estudo a faceta denominada comunicação organizacional, que estuda as variáveis associadas à comunicação no interior das organizações e entre elas e seu ambiente externo, de forma estratégica e planejada, visando tanto criar relacionamentos com os diversos públicos bem como construir a identidade e imagem dessas organizações, sejam elas públicas e/ou privadas. No estudo citado, a autora refere-se ao fato de que em comunicação pública o interlocutor é o cidadão, e que assim deve ser considerado pois a estrutura pública deve sua sobrevivência ao pagamento de impostos pela população. Dessa forma, há uma profunda inter-relação entre as finalidades dessas instituições e os objetivos da comunicação pública, uma vez que:

Se as finalidades da comunicação pública não devem estar dissociadas das finalidades das organizações públicas, suas funções são de informar (levar ao conhecimento, prestar contas e valorizar); de ouvir as demandas, as expectativas, as interrogações e o debate público; de contribuir para assegurar a relação social (sentimento de pertencer ao coletivo, tomada de consciência do cidadão enquanto ator); e de acompanhar as mudanças, tanto as comportamentais quanto as da organização social (ZÉMOR *apud* BRANDÃO, 2006, p.12).

Lembrando que a comunicação pública baseia sua legitimidade no receptor, ela é verdadeira quando praticada nos dois sentidos. Deve existir sobre uma boa relação entre as organizações públicas e seus usuários, com interlocutores que colham sugestões, ouçam as questões levantadas e as tratem de acordo com sua especificidade. A linguagem - ou código - a ser adotada deve ser adaptada ao receptor, praticando assim a transparência nessas relações. As informações devem não somente ser colocadas à disposição, mas sim que o seja de maneira clara, de forma a permitir ao cidadão interagir com o poder público.

Segundo Zémor *apud* Brandão (2006, p.5), existem formas de praticar a comunicação pública, diretamente relacionadas à sua missão e aos diferentes graus da necessidade de comunicar. Pode-se afirmar que as ações em comunicação pública devem contemplar a disponibilização de dados públicos, a relação dos serviços públicos com seus usuários, a promoção desses serviços e a valorização das organizações públicas (Quadro 2).

Quadro 2 - O campo da comunicação pública

INSTITUIÇÃO PÚBLICA	CAMPO DA COMUNICAÇÃO	FINALIDADES DA COMUNICAÇÃO	REFERENTES LINGUAGEM	FORMAS E MODALIDADES DA COMUNICAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES
INTERIOR	<p><b>Pessoal (funcionários)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>estado maior</li> <li>staf</li> <li><i>fonctionnels</i></li> <li>departamentos e serviços</li> <li>serviços externos, <i>rattachés</i></li> <li>gabinetes, tutelas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>qualidade de ação dos agentes e condições de trabalho</li> <li>mobilização interna</li> <li>preparação para a comunicação externa</li> </ul>	<p>identidade</p> <p>legitimidade</p>	<p><b>Comunicação Interna</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ligações hierárquicas e funcionais</li> <li>procedimentos, instâncias internas</li> <li>decisões, negociações</li> <li>sistemas de informação</li> <li>reuniões, participação</li> </ul>
MEIO AMBIENTE OPERACIONAL (micro-ambiente)	<p><b>Usuários</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>usuários individuais</li> <li>empresas</li> <li>outras instituições públicas</li> </ul> <p><b>Parceiros</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>associações de funcionários</li> <li>associações de usuários</li> <li>administração indireta</li> </ul>	<p>obrigação de informar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>eficácia e qualidade das operações de serviços (transações, decisões)</li> <li>notoriedade e imagem dos serviços ofertados</li> <li>notoriedade e imagem do órgão</li> <li>mudanças institucionais</li> </ul>	<p>relacionamento (proximidade)</p> <p><b>Serviços Públicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>imagem</li> <li>missão</li> </ul>	<p><b>Disponibilidade dos Dados Públicos</b> (acesso, consultas, difusão)</p> <p><b>Relação com Usuários</b> (atendimento, consultas, tratamento)</p> <p><b>Promoção de Serviços Ofertados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>publicidade</li> <li>relações públicas</li> </ul>
MEIO AMBIENTE SETORIAL (médio meio ambiente)	<p><b>Imprensa e Mídia Especializada</b></p> <p><b>Sindicatos e Associações</b></p> <p>interlocutores interministeriais ou intersetoriais e experts jurídico-administrativo</p> <p><b>Lideranças Políticas e Partidos</b></p> <p>Líderes de opinião</p> <p><b>Mídia</b></p> <p>Relações internacionais</p>	<p>mudanças sociais e políticas</p> <p>mudança do comportamento social</p> <p>difusão do saber cívico</p>	<p><b>Poderes Públicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>interesse geral</li> <li>democracia</li> </ul>	<p><b>Comunicação Institucional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>acompanhamento da política da instituição e de seus valores agregados</li> <li>campanhas publicitárias</li> <li>relações públicas</li> <li>coordenação, coerência, outras formas de comunicação (externas e internas)</li> <li>patronato, mecenato</li> </ul>
MEIO AMBIENTE GERAL (macro-ambiente)				<p><b>Comunicação Política</b></p> <p>formulação da oferta política (acompanhamento do exercício do poder)</p> <p><b>Comunicação Cívica e de Interesse Geral</b></p> <p>ouvidoria social, campanhas</p>

Fonte: Adaptado de ZEMOR (1995, p.14). Brandão, Elizabeth (trad.)

No relacionamento das organizações públicas com seus usuários, a assistência personalizada e o diálogo são primordiais, sendo indispensável a capacitação de pessoal para atendimento ao usuário, facilitando o fluxo de informações. Nesse contexto, o ato de ouvir considera a instituição de ouvidorias e o diálogo advindo dela como elemento diário de avaliação da qualidade dos serviços, configurando-se em pesquisa qualitativa cotidiana. Essa prática de comunicação organizacional é pautada pelo papel da mediação humana, como um salto de qualidade para que haja interação entre a organização pública e o cidadão.

Michel (2008, p.8) refere-se à comunicação em organizações hospitalares como processo de mediação das relações interpessoais entre os diversos públicos desse contexto, onde a cultura dos atores sociais envolvidos nessa dinâmica representa fator decisivo. A comunicação pode, dessa maneira, ser um facilitador da integração entre os membros do hospital e seus diversos públicos, “de forma que estejam bem informados e mais satisfeitos com suas funções e com a qualidade da prestação de serviços e com os relacionamentos estabelecidos”.

Em estudo sobre a comunicação como estratégia para as organizações de saúde, Weber (1995, p.156-7) defende que é de fundamental importância o entendimento do cenário em que essa organização se encontra, ressaltando que a saúde é um campo que se situa no limiar ético humano, por lidar com questões vitais. Define assim as relações dessas organizações com seus públicos:

Quadro 3 - Relação entre organização e público

<b>PÚBLICOS</b>	<b>FUNÇÃO &amp; DEPENDÊNCIA</b>	<b>VÍNCULOS &amp; OBJETIVOS</b>	<b>ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE</b>
<b>Internos</b>	Diretoria Administração Gerências Chefias Funcionários	Salários Satisfação Promoção	Diretoria Administração Corpo clínico Laboratórios / especialistas Pesquisadores Técnicos Manutenção
<b>Provedores</b>	Acionistas Apoiadores Fornecedores	Ampliação Crescimento Projeção Investimentos	Governo Mantenedoras Investidores Fornecedores Apoiadores
<b>Reguladores</b>	Conselhos Judiciário Legislativo Governos Associações	Controle Legislação Investimentos Projeção	Conselhos Judiciário Legislativo Governos Associações
<b>Mediadores (agenciadores)</b>	Mídia Lideranças Propaganda	Opinião Controle Intermediação Comunicação	Mídia Lideranças Propaganda
<b>Clientes, usuários</b>	Produtos Serviços Informações Atendimento	Qualidade Satisfação Soluções	Produtos Serviços Informações Atendimento
<b>Público / geral</b>	Sociedade Comunidades Localidade	Entendimento Imagem Apoio	Sociedade Comunidades Localidade

Fonte: Adaptado de WEBER (1995, p.160)

Na construção de um plano estratégico de comunicação está presente a concepção que a organização tem do que é comunicação e, portanto, os traços da cultura organizacional são determinantes para esse planejamento. Não somente o estabelecimento de sua missão, visão e valores, mas também o discurso de seus dirigentes e de seus colaboradores, a imagem que a organização tem de si mesma e a imagem que deseja projetar ao público externo.

A filosofia da organização servirá como ponto de referência para orientar seu trabalho em todos os níveis. Representa um conjunto de crenças, valores e maneiras de pensar e agir, enquanto que as políticas são as grandes orientações que servirão de base de sustentação para as decisões. Definir uma política global de comunicação é algo fundamental, pois é ela que deverá direcionar toda a comunicação da empresa ou da organização (KUNSCH *apud* NASSAR, 2003, p.81).

Weber (1995, p.156-9) destaca que a comunicação dentro de uma organização só ocorre, de fato, quando esta a inclui dentro de seus programas de gestão e passa a entender a comunicação como uma ferramenta de administração, uma maneira de se relacionar e mobilizar seus públicos - internos e externos-, e reconhece-a como um suporte qualificado para disseminação de suas ações, serviços, projetos, produtos e discursos. A autora resume comunicação eficaz, nesse contexto, como aquela que é capaz de gerar apoios, reações e imagens positivas, promover o entendimento entre a organização e seus públicos, utilizando-se de linguagens e dos meios mais adequados a ambos.

Descreve, ainda, as etapas de um planejamento estratégico: pesquisa (levantamento de dados sobre a organização e o contexto em que se insere); diagnóstico (avaliação de situações e implicações na adoção de cada estratégia); planejamento (definição de uma política ou estratégia de acordo com o cenário e os objetivos da organização); organização (coordenação da estrutura visando a operacionalização do plano adotado); operacionalização (desenvolvimento e administração do plano); e produção (criação e desenvolvimento de produtos, difusão de informações e outras atividades de comunicação previstas).

Aqui reside a possibilidade de avaliar a capacidade de comunicação das organizações. A imagem sobre a sua competência e qualidade reside na competência de seus profissionais em saber expressar isso; depende do processo decisório que indicará atividades com o público interno, de pouca repercussão social (publicações, reuniões, pesquisas), ou uma campanha publicitária, com muita repercussão ou, ainda, um evento (congresso, *show* artístico, concurso temático). Nesta decisão - caricaturada - o que está em jogo é a escolha mais acertada, que possa incidir sobre os interesses da organização, de seus públicos e da sociedade. Este acerto dependerá, essencialmente, do conhecimento armazenado sobre a organização, seu público e cenário de atuação (WEBER, 1995, p.163).

A autora destaca que administrar um sistema de comunicação é tão importante como administrar recursos humanos e tecnológicos, pois abrange a capacidade de gerenciar estrutura, profissionais e meios. No contexto da saúde, há que se considerar, ainda, que a comunicação transita entre as esferas da política, da economia e da cidadania, uma vez que seu produto é único e seu discurso, privilegiado: a saúde, sinônimo de felicidade e ambição maior do ser humano.

As organizações hospitalares são de natureza complexa pois oferecem serviços à população, desempenham papel pedagógico para a sociedade em temas ligados à saúde e bem-estar, e desenvolvem pesquisas que movimentam o cenário tecnológico da sociedade. Por isso, seu público é multifacetado e suas necessidades de comunicação, diversificadas. Do

ponto de vista mercadológico, enfrentam a competitividade e necessidade de sobrevivência no mercado, aqui entendida não na perspectiva de lucratividade, mas de posicionamento em seu cenário de atuação que pode resultar em investimentos para pesquisas e aparelhamento tecnológico, com reflexos na qualidade de atendimento oferecido aos cidadãos.

Em tal contexto, as práticas de comunicação organizacional adquirem importância não somente na busca pela satisfação de seus públicos e inserção nas mídias de pautas pertinentes à organização, mas principalmente na construção e manutenção da imagem organizacional tanto interna como externamente, e na busca por soluções às demandas internas de relacionamento entre a organização e seus públicos.

### 3 Contextualização da organização objeto de estudo

#### 3.1 Perfil institucional do HRAC-USP

O objeto de estudo do presente trabalho é o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP), conhecido tanto pela sociedade científica como pela leiga por “Centrinho-USP”, situado no Campus USP, de Bauru, interior do Estado de São Paulo. Trata-se o HRAC-USP de órgão complementar da Universidade regido pela Resolução RUSP nº 4652, de 29 de março de 1999, publicada no Diário Oficial do Estado de São Paulo (DOE) de 01/01/1999, com autonomia administrativa e diretamente vinculado à Reitoria da USP.

A organização é reconhecida pelos Ministérios da Educação e da Saúde como hospital universitário de ensino<sup>10</sup> pela Portaria Interministerial nº 50, de 03 janeiro de 2005, publicada no Diário Oficial da União (DOU) de 11 de janeiro de 2005. É considerado referência internacional pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na área de anomalia craniofacial, recebeu o prêmio “Qualidade Hospitalar 2000” outorgado pelo Ministério da Saúde em 2001, foi eleito o 6º melhor hospital do Estado de São Paulo em 2008 e igualmente eleito em 2009 como o 4º melhor hospital no mesmo *ranking*. As premiações foram conferidas como resultado de pesquisas realizadas pela Ouvidoria do Ministério da Saúde em 2000, e pela Ouvidoria do Governo do Estado de São Paulo, em 2008 e 2009, entre usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com a política de saúde do Governo Federal, o HRAC-USP é considerado um hospital especializado, não realizando atendimentos de urgência e emergência, sendo credenciado para atendimento nas áreas de malformações congênitas do crânio e da face<sup>11</sup>, síndromes<sup>12</sup> relacionadas à essas e deficiências auditivas. Há, no país, 24 hospitais

---

<sup>10</sup> São considerados hospitais universitários de ensino aqueles que atendem à exigência de prestação de serviços à comunidade com dedicação mínima de 70% de sua capacidade a usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), e que mantenham atividades de formação de recursos humanos, como residências médicas e ensino, no caso do HRAC-USP pós-graduação *lato e stricto sensu*. Tal condição resulta em relacionamento diferenciado no recebimento de recursos federais e estaduais.

<sup>11</sup> *Malformações congênitas do crânio e da face*: envolve patologias que determinam a ausência de uma ou mais estruturas do complexo craniofacial. A especialidade do HRAC-USP é a reabilitação das chamadas fissuras labiopalatinas, caracterizada pela ausência de estrutura óssea, tecido dermatológico e muscular na área da boca, lábio e céu da boca, podendo acometer a cinta labial ou o palato - céu da boca -, ou ambas estruturas ao mesmo tempo.

<sup>12</sup> *Síndromes*: conjunto de patologias que acometem um indivíduo, podendo ser de origem genética ou não, causando malformações ou até mesmo ausência de órgãos e funções do organismo.

credenciados para o atendimento na área de fissuras labiopalatinas pelo SUS<sup>13</sup>, sendo o HRAC-USP o pioneiro a obter tal reconhecimento. Na área de deficiência auditiva, com 143 instituições credenciadas pelo SUS e especificamente 19 credenciadas para realização do implante coclear<sup>14</sup>, o serviço do HRAC-USP foi credenciado com quatro equipes de alta complexidade, de acordo com a Portaria MS nº 587 de 07 de outubro de 2004. É um serviço considerado referência na Câmara Técnica de Saúde Auditiva do Ministério da Saúde (MS) e da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SES-SP).



*Figura 1* - Fachada do Hospital Centrinho-USP. Esta unidade atende a pacientes com anomalias craniofaciais, fissuras labiopalatinas e síndromes.

O HRAC-USP reabilita indivíduos com fissuras labiopalatinas e malformações craniofaciais, desde que congênitas, além de oferecer tratamento na área da audição, integrando-os à sociedade, sem distinção de raça, cor, sexo, religião ou de classe social. Dedicar 100% de seus atendimentos e estrutura a usuários do SUS. Na área das anomalias craniofaciais, destacam-se no tratamento os implantes ósseointegrados<sup>15</sup> intra e extraorais, as

---

<sup>13</sup> Dados disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde - CNESNet, especialidade “Centro de tratamento da má-formação labiopalatal” ([www.cnes.datasus.gov.br](http://www.cnes.datasus.gov.br))

<sup>14</sup> *Implante coclear*: dispositivo eletrônico colocado cirurgicamente na cóclea de indivíduos com perda auditiva severa ou profunda que permite, pela estimulação de eletrodos ligados a um receptor externo ao crânio, captar os sons, transformando-os em estímulos eletrônicos que devolvem a sensação auditiva à pessoa surda. Esse receptor é balanceado com os eletrodos por meio de computador, de acordo com a perda auditiva de cada paciente.

<sup>15</sup> *Implantes osseointegrados*: tecnologia desenvolvida pelo sueco Per Ingvar Brånemark que permite a substituição de ossos do corpo humano por dispositivos de titânio colocados cirurgicamente no indivíduo, que se integram ao organismo passando a substituir tecido ósseo. No caso de implantes intraorais, são utilizados em pacientes que não possuem osso para sustentar uma prótese odontológica, sendo possível em etapa posterior à osseointegração a confecção de prótese. No caso de implantes extraorais, esses substituem ossos que sustentam próteses de orelhas, narizes e outros, respeitado o mesmo processo de osseointegração.

complexas cirurgias craniofaciais e estudo de síndromes. Na área de deficiência auditiva há programas que visam prevenir, educar, reabilitar e habilitar por meio de adaptações de aparelhos de amplificação sonora individuais e atividades terapêuticas, com destaque para os programas cirúrgico de implante e apoio ao implante coclear multicanal (“ouvido biônico”) - prótese de alta tecnologia.

A instituição se diferencia de muitas outras pelo seu caráter multidisciplinar e por sua filosofia de atendimento humanizado e tratamento integral. Desde sua fundação, em junho de 1967, já foram matriculadas no HRAC-USP cerca de 80 mil pessoas de todas as regiões do país e até mesmo de alguns países vizinhos. Destas, quase 50 mil apresentam algum tipo de anomalia craniofacial e mais de 29 mil, deficiência auditiva. Todos receberam (ou ainda recebem) tratamento integral, especializado e multidisciplinar. Por dia chegam ao Centrinho-USP, dos quatro cantos do Brasil, cerca de 300 pacientes com fissura labiopalatina, deficiência auditiva e outras malformações do crânio e/ou da face - a maioria, crianças.

Estudos do HRAC-USP demonstram que, no Brasil, nascem por ano 5.800 cidadãos com fissuras labiopalatinas, dos quais 1.680 acabam vindo para o Centrinho-USP. Só no Estado de São Paulo nascem 1.800 fissurados, dos quais 600 se matriculam nesse hospital universitário. Esses pacientes vêm a Bauru de vários Estados do Brasil, já que não encontram em seu Estado serviços que possam auxiliá-los no tratamento completo e na reabilitação integral de suas patologias. Do total de municípios do país, 3.114 (66% do total) têm pessoas com malformações craniofaciais matriculados no HRAC-USP.

Os deficientes auditivos passaram a ser atendidos pelo HRAC-USP em 1987, sendo que somente de janeiro a dezembro de 2009<sup>16</sup>, 5.801 aparelhos auditivos foram adaptados, possibilitando que 3.134 pacientes tivessem acesso aos sons ambientais e de fala. O implante coclear multicanal, procedimento de alta tecnologia, foi realizado pela primeira vez no país pelo Centrinho-USP. Desde que começou a oferecer a cirurgia, em 1990, até dezembro de 2009, já foram mais de 800 implantes realizados; só no ano de 2009, foram 123 implantes cocleares levados à cabo pelo Hospital, com sucesso. São 1.565 municípios brasileiros que possuem deficientes auditivos matriculados no Hospital (34% de todo o Brasil).

Embora a política do Ministério da Saúde determine que os pacientes devam, prioritariamente, buscar atendimento em suas regiões de origem, a lei garante ao cidadão a

---

<sup>16</sup> Dados extraídos do Relatório anual de atividades do HRAC-USP, ano 2009.

opção pelo atendimento no serviço de sua escolha; e o fato é que muitos cidadãos brasileiros utilizam do recurso de TFD<sup>17</sup> para realizar seu tratamento em Bauru.



Figura 2 - Usuários aguardam atendimento na recepção do ambulatório de anomalias craniofaciais do Centrinho-USP.

O Hospital também oferece programas de ensino de pós-graduação, com titulação e reconhecimento pela Universidade de São Paulo. São cursos *stricto sensu* (Mestrado e Doutorado), *lato sensu* (11 cursos de especialização na área da saúde), residência médica em otorrinolaringologia, residência multiprofissional em saúde - síndromes e anomalias craniofaciais (17 vagas distribuídas nas especialidades de odontologia, fonoaudiologia, ciências biológicas, psicologia e serviço social), além de cursos de aperfeiçoamento, aprimoramento, atualização e prática profissionalizante. Em dezembro de 2009, registra-se 185 alunos matriculados no total<sup>18</sup>. O curso de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação (níveis Mestrado e Doutorado), reconhecido pela Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) com conceito 4 (quatro), é o único em seu gênero no país e já titulou 81 Mestres e 40 Doutores desde sua criação, em 1998. Os cursos de especialização contabilizam 813 títulos de especialista concedidos desde o início do programa, em 1996.

Como hospital universitário de ensino, o HRAC-USP presta contas mensalmente dos índices quantitativos de atendimentos e índices qualitativos de desempenho. No relatório

---

<sup>17</sup> TFD: Auxílio Tratamento Fora de Domicílio, direito garantido pela lei ao cidadão na busca de atendimento em saúde. O TFD consiste na concessão de recursos financeiros ao cidadão para deslocamento em busca do atendimento mais indicado para sua patologia, intermediado pelo Ministério Público, a quem o cidadão recorre, e financiado pelos recursos locais de saúde (divisões e diretorias regionais de saúde).

<sup>18</sup> Dados extraídos do Relatório anual de atividades HRAC-USP, ano 2009.

mensal deve apresentar, também, os investimentos em ensino, adoção de programas de humanização hospitalar, observância de indicadores como baixa taxa de infecção hospitalar, 100% de preenchimento correto de seus prontuários, abertura da capacidade instalada para atendimento à Rede Básica de Saúde (RBS)<sup>19</sup>, programa de educação continuada e capacitação dos colaboradores, entre outros.

Dados extraídos do Relatório anual de atividades do HRAC-USP, referente ao ano de 2009, mostram que o Hospital realiza uma média mensal de 428 cirurgias sendo 11 de implante coclear, 8.352 atendimentos médicos e complementares na área de anomalias craniofaciais e 4.490 na área de deficiência auditiva, 429 internações cirúrgicas, 3.510 exames laboratoriais. Mensalmente, foram 4.796 pacientes atendidos em ambulatório, 24.775 refeições servidas, 4.536 atendimentos odontológicos, 483 aparelhos auditivos adaptados em 261 pacientes.

No panorama nacional de saúde pública, o HRAC-USP não encontra instituição similar à estrutura que possui, ocorrendo que há instituições credenciadas somente para atendimento a fissuras labiopalatinas, ou então somente a deficiências auditivas. Na área de síndromes, não há outra alternativa na saúde pública brasileira para essa parcela dos cidadãos.

Adepto da filosofia de descentralização de serviços, que possibilita maior acesso à população ao processo de reabilitação, o Centrinho-USP conta com três unidades satélites no formato de subsedes, em parceria com sua fundação de apoio, a Fundação para Estudo e Tratamento das Deformidades Crânio-Faciais (FUNCRAF), instaladas em Campo Grande (MS), São Bernardo do Campo (SP) e Itapetininga (SP). Nessas unidades, que seguem os protocolos de tratamento preconizados pelo HRAC-USP, são disponibilizados os seguintes serviços ambulatoriais: acompanhamento e avaliação de pacientes com fissuras labiopalatinas, acompanhamento otorrinolaringológico e audiológico; seleção, adaptação e reposição de aparelhos de amplificação sonora individuais (AASI)<sup>20</sup>. O tratamento cirúrgico é realizado em Bauru, obedecidas todas as etapas ambulatoriais.

---

<sup>19</sup> *Rede Básica de Saúde*: faz parte da política do SUS aproveitar estruturas locais de reconhecida qualidade para oferecer atendimento à população em geral. Mesmo não sendo hospital geral, o HRAC-USP disponibiliza espaço em sua agenda para atendimentos à população em geral nas áreas em que a RBS local apresente carência como, por exemplo, otorrinolaringologia, radiografias panorâmicas orais, exames laboratoriais de citogenética, além de realizar exames audiológicos para outras instituições, como o Hospital Estadual de Bauru.

<sup>20</sup> *AASI – Aparelho de Amplificação Sonora Individual*: próteses auditivas externas, eletrônicas, que permitem a pessoas surdas perceberem os sons; chamadas popularmente de “aparelhos de surdez”.

Na estrutura universitária, o HRAC-USP é um dos únicos hospitais mencionados no estatuto<sup>21</sup> e regimento geral da USP como unidade universitária, juntamente com o Hospital Universitário (HU-USP), situado na Cidade Universitária, em São Paulo. Possui autonomia administrativa, com regimento próprio, órgãos colegiados e estrutura administrativa que respeita as normas da USP, prestando contas anualmente - e sempre que solicitado - de seus atos à Universidade. Anualmente, também, o HRAC-USP presta contas ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo e ao Ministério da Saúde. Na área de ensino de pós-graduação, os relatórios periódicos são encaminhados à CAPES, Conselho Nacional de Residência Médica (CRNM), Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP), Pró-Reitoria de Pós-Graduação da USP e Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária da USP.

A Universidade de São Paulo, assim como as outras duas universidades estaduais paulistas [Universidade de Campinas (UNICAMP) e Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP)] são financiadas por recursos do Governo do Estado de São Paulo, oriundos da arrecadação do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS). Mensalmente, 9,57% do total de arrecadação de ICMS do Estado são destinados às três universidades, em percentuais diferenciados<sup>22</sup>, para sua manutenção e operação.

O HRAC-USP, como unidade universitária, está inserido no orçamento da USP, recebendo recursos que, em 2009, totalizou cerca de R\$ 8,1 milhões para manutenção, investimento e custeio, excetuando-se o valor investido em recursos humanos; daí a necessidade de prestação de contas a diversos órgãos públicos. O orçamento do HRAC-USP também contempla o ressarcimento de prestação de serviços ao SUS e recursos de projetos especiais recebidos de outras instituições nacionais e estrangeiras, a quem também são enviadas, periodicamente, prestações de contas sobre a aplicação dos recursos.

A experiência do Centrinho-USP de mais de 43 anos na reabilitação trouxe para os protocolos científicos mundiais o tempo médio de reabilitação desses pacientes, que varia de 18 a 20 anos, com intervenções contínuas de várias especialidades, como cirurgia plástica, fonoaudiologia, odontologia - e suas várias áreas como prótese, ortodontia, implantodontia, cirurgia bucomaxilofacial -, nutrição e psicologia, dentre outras.

---

<sup>21</sup> *Estatuto e Regimento Geral da USP*: reconhecem como unidade hospitalar totalmente universitária o HRAC-USP e o HU-USP. Os demais hospitais que levam a grife da USP, como o Hospital das Clínicas de São Paulo e o Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto são considerados “hospitais associados”, sendo que suas estruturas obedecem as normas das fundações ao quais são vinculados.

<sup>22</sup> Por acordo do Conselho dos Reitores das Universidades do Estado de São Paulo (CRUESP), esse percentual é proporcional à produção científica, índice de alunos concluintes de seus cursos e titulação dos docentes de cada universidade. A USP recebe o maior índice das três (52,6%), seguida da UNESP (24,5%) e UNICAMP (22,9%).

Sabe-se, cientificamente, que o processo de reabilitação das malformações do crânio e da face é complexo, envolvendo várias especialidades que devem trabalhar de forma harmoniosa, respeitadas as fases de crescimento do paciente, e é essa a filosofia adotada pelo Centrinho-USP: o planejamento do processo reabilitador de acordo com as necessidades do paciente. Exemplarmente, a intervenção ortodôntica<sup>23</sup> não pode ser realizada antes da etapa de correção cirúrgica das estruturas ausentes no paciente, com o prejuízo de acarretar deformações na estrutura craniofacial desse. Trata-se, em última análise de um plano de tratamento à semelhança de um planejamento sistêmico, onde a interface entre as especialidades e o crescimento do paciente é determinante para o êxito do tratamento reabilitador.

Um aspecto fundamental a ser considerado no tratamento oferecido pelo HRAC-USP é a abordagem psicossocial dos usuários. Afinal, as fissuras labiais estão estampadas na face do indivíduo, e quando há comprometimento do palato, as consequências na fala são inevitáveis e dificilmente podem ser disfarçadas. Portanto, o cidadão nascido com fissura labiopalatina sofre duplamente o estigma decorrente do rompimento com o padrão estético pois:

A face, considerada um “cartão de visitas” para as pessoas que valorizam a estética, apresenta-se atípica. A fala, fundamental para a comunicação, surpreende e causa espanto em função da nasalidade ou dos distúrbios articulatorios. Além das implicações físicas e funcionais da fissura, sobrevêm outras não menos importantes na vida dos portadores de malformações, as psicossociais (GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007, p.311).

No caso de um deficiente auditivo, embora a deficiência não seja visível, os indicadores de presença da mesma o são por conta das dificuldades de comunicação, seja pela baixa acuidade sonora, dificuldade ou mesmo impossibilidade de compreensão da fala do outro; e mesmo quando se utilizam de dispositivos eletrônicos que permitem a sensação auditiva, a sua articulação da fala é diferente.

O sentimento dos pais ao nascimento de um bebê com qualquer deficiência é igualmente referido por Graciano; Tavano; Bacheга (2007, p.312-5) no caso das fissuras labioapalatinas, e Maronês; Cariola; Yamada (2003, p.464) no caso de deficiência auditiva,

---

<sup>23</sup> *Intervenção ortodôntica*: no paciente com malformação craniofacial, há a ausência de ossos e dentes na região da fenda labial, o que determina uma deformação do arco dentário. Sem a etapa cirúrgica, que realiza a correção do tecido dermatológico e muscular, é impossível estabelecer um plano de tratamento com os recursos odontológicos disponíveis na ortodontia, como aparelhos de contenção da arcada dentária para posteriores intervenções, como a colocação de implantes e próteses - dentes - na área da ausência, e a cirurgias ortognáticas, que reposicionam a estrutura maxilomandibular do paciente.

como um processo de luto pela perda do filho idealizado, perfeito. O choque emocional é intenso, sendo fundamental a intervenção de profissionais de saúde para que a família supere esse estágio e aceite o tratamento, por mais longo e difícil que possa parecer. Essa crise emocional é descrita em níveis:

[...] *1-nível comportamental*: necessidade de cuidados especiais com a criança, viagens para tratamento, consumo de tempo e gastos financeiros; *2-nível emocional*: sentimentos de dor, raiva, culpa, desamparo e isolamento; *3-nível físico ou sensorial*: sintomas somáticos resultantes de estresse; *4-nível interpessoal*: o confronto com rótulos, tendência ao isolamento, necessidade de ajuda de amigos e necessidade de apoiar outros membros da família; *5-nível cognitivo*: necessidade de assimilar informações técnicas sobre a deficiência e de lidar com o impacto do diagnóstico sobre seus valores e experiências (COSTA; VALLE; YAMADA, 2000, p.147-8).

Graciano *apud* Graciano; Tavano; Bacheга (2007, p.314-5), em estudo realizado com 39 casos de pais de bebês nascidos com fissura labiopalatina, referem que após o choque inicial e a assistência psicossocial, há transformações nos sentimentos iniciais de choque, ansiedade, perda e culpa:

As reações dos pais, expressas em depoimentos, revelaram sentimentos de apavoramento, desnorreamento, trauma, difícil aceitação, tristeza, sensibilidade, abalo, dificuldade de encarar com racionalidade, choque, desespero, angústia, revolta e culpa. Essas reações, porém, foram modificadas ao longo do tempo, principalmente com a oportunidade de tratamento, alegando, a maioria, não sentir mais dificuldades de encarar a fissura nos próprios filhos. Foram comuns os depoimentos de pais conformados e tranquilos, visualizando o problema com realismo e como algo com que se tem de conviver e aceitar naturalmente, Atribuíram tal enfrentamento ao apoio obtido por meio do atendimento especializado (GRACIANO *apud* GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007, p.314)

Nesse contexto, torna-se fácil entender o vínculo duradouro que se forma entre o HRAC-USP e seus usuários, pois o tratamento multidisciplinar oferecido abrange não somente o paciente, mas também seus familiares, obedecendo à linha de atuação adotada pela instituição: “Superar problemas em conjunto, num ambiente carinhoso e sensível, pode trazer progressos que os profissionais, acostumados com sua doença, jamais julgariam ser possíveis. A superação dos problemas pode ser uma grande força na formação do vínculo“ (ARBAITMAN *apud* GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007, p.315).



*Figura 3 - Parte da sequência de tratamento da fissura labiopalatina.*

Em paralelo, há que se considerar que os chamados fissurados muitas vezes apresentam outros comprometimentos orgânicos que se caracterizam como síndromes. Cardiopatias congênitas, malformações de órgãos internos e problemas auditivos são freqüentes nessa população, o que acabou por determinar que o HRAC-USP também se especializasse no atendimento a tais quadros.

### **3.2 Contexto micro: O HRAC-USP, sua trajetória, missão e políticas**

O HRAC-USP foi fundado em 24 de junho de 1967 como centro interdepartamental da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB-USP) sob o nome de “Centro de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais”, daí ser conhecido até os dias de hoje por “Centrinho”. Tal iniciativa é fruto da visão de sete professores da FOB-USP que, a partir de uma pesquisa epidemiológica realizada pelo mesmo grupo, detectou que a cada 650 nascidos no Estado de São Paulo, um apresentava fissura do lábio e/ou palato. Este grupo tinha em mente que os pacientes chamados fissurados necessitavam de um atendimento

integral, dado o múltiplo envolvimento das fissuras na estrutura craniofacial do indivíduo, e não apenas restringir esse atendimento à odontologia tradicional.

O HRAC-USP foi pioneiro no tratamento de lesões labiopalatinas no Brasil, dedicando até hoje 100% de sua capacidade instalada a usuários do SUS. Os mais de 43 anos de dedicação a esses pacientes e a divulgação de seu trabalho em nível nacional acabou por ampliar o espectro de pacientes. O Hospital, no decorrer de seu desenvolvimento observou que as pessoas com fissuras labiopalatinas muitas vezes têm outras patologias comprometendo seu desenvolvimento, que leva a um quadro de síndromes. Por outro lado, pessoas nascidas com anomalias diversas começaram a ser encaminhadas ao HRAC-USP, o que levou a instituição a ampliar seu atendimento para outras anomalias craniofaciais e para as deficiências auditivas (que acometem 90% dos pacientes com fissuras), congênicas ou não.

Nascido, portanto, de um grupo de estudos da FOB-USP e vinculado à ela, hoje o HRAC-USP é unidade independente e conta com 766 funcionários dos níveis básico, técnico e superior, sendo que 36% desses são contratados por sua fundação de apoio, a FUNCRAF. Porém, entre seu quadro de colaboradores é praticada a isonomia de direitos e salários, de forma que não haja diferenciação entre “funcionários USP” e “funcionários FUNCRAF”.

Desde sua origem, o HRAC-USP alinha sua missão e atuação às da USP, sendo o pioneiro no país na pesquisa e na reabilitação de pacientes com fissuras labiopalatinas. Determinante para tal perfil é a inegável influência da USP, cuja missão e origem são pontuadas em seu portal institucional<sup>24</sup>:

[...] tem como missão gerar ensino, pesquisa e extensão de qualidade [...] [...] criada com a finalidade de promover a pesquisa e o progresso da ciência; transmitir pelo ensino conhecimentos que enriqueçam ou desenvolvam o espírito e que sejam úteis à vida; e formar especialistas em todos os ramos da cultura e em todas as profissões de base científica ou artística [...]” (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2009).

Desde 1996 o Hospital dedica-se também ao ensino, oferecendo cursos de pós-graduação *lato e stricto sensu*, além de programas de aprimoramento em parceria com a FUNDAP, e programas de residências reconhecidos pelo Ministério da Educação, tendo também como norteador os objetivos da USP: “[...] desenvolver um ensino vivo, acompanhando as transformações na área do conhecimento e mantendo-se em permanente diálogo com a sociedade, numa produtiva integração entre o ensino, a pesquisa e a extensão” (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2009).

---

<sup>24</sup> Fonte: [www.usp.br/institucional](http://www.usp.br/institucional)

Os norteadores do HRAC-USP apresentam-se resumidos em relatório técnico da organização:

Missão: Prestar serviços especializados de assistência à saúde, de forma humanizada e integrada com a família, promovendo a reabilitação integral dos cidadãos com anomalias craniofaciais e deficiências auditivas.

Visão: Ser um centro de excelência e referência, reconhecido nacional e internacionalmente nas áreas de pesquisa, ensino e atenção em saúde às anomalias craniofaciais e deficiências auditivas.

Valores: Pioneirismo e ciência de primeira qualidade a serviço do cidadão; humanização e acolha; interdisciplinariedade, ética e transparência; respeito à vida, à dignidade humana e à diversidade social e cultural; comprometimento e aperfeiçoamento contínuo (ROMANGNOLLI; SILVA, 2008, p.6-7).

Respeitada sua trajetória no campo da saúde brasileira, o HRAC-USP agregou ao seu nome valores como humanização, acessibilidade, desenvolvimento e ciência de primeira qualidade a serviço do cidadão, e esses valores encontram-se amplamente difundidos entre seu público-alvo prioritário: os cidadãos que fazem uso de seus serviços, e seus funcionários.

Como visão de futuro, e de acordo com as circunstâncias que se apresentam no seu dia-a-dia pela demanda de cidadãos acometidos por patologias complexas, o HRAC-USP projeta seu posicionamento futuro como centro internacional de atendimento à síndromes e anomalias craniofaciais complexas, já que possui um dos únicos serviços estruturados para atendimento à essa população, tanto em nível nacional como internacional. Fato é que vários profissionais da equipe do Hospital pertencem a grupos de estudos da OMS na área de anomalias craniofaciais, participando e determinando políticas mundiais de atendimento na área.

Essa realidade que se apresenta leva o HRAC-USP a investir em formação de recursos humanos, com destaque para a área técnica, promovendo intercâmbios e estimulando o desenvolvimento de pesquisas em sua estrutura. Muitos dos pesquisadores do HRAC-USP são responsáveis pelo delineamento de condutas terapêuticas e por descobertas na área da ciência tanto no cenário nacional como internacional.

### **3.3 Indicadores da cultura organizacional do HRAC-USP**

Desde sua fundação, o HRAC-USP caracteriza-se por iniciativas de humanização devido ao caráter de sua atuação, o que acabou por moldar a missão do Hospital e gerou um clima de familiaridade e de envolvimento emocional, tanto dos funcionários como de pacientes e seus familiares com a organização. Essa característica se confunde com a própria

história e rotina do Centrinho-USP, sendo corrente o uso da expressão “família Centrinho” na referência à instituição e seus colaboradores.

Embora não haja uma pesquisa recente de clima organizacional no Hospital, observa-se que o fato de ter sido criado de forma tímida, em uma pequena sala e com poucos funcionários que cresceram com a organização - em mais de 43 anos o número de aposentados não excede a casa de 150 funcionários -, criou uma identidade de acessibilidade e relacionamento fraternal. É frequente o uso das expressões “tio fulano” ou “tia sicrana” na referência dos pacientes a profissionais que os atendem. Também situação corriqueira é os usuários estabelecerem e cultivarem laços de amizade com os funcionários do Hospital, fato registrado nas manifestações dos próprios pacientes em veículos de comunicação institucional, como boletins informativos e manifestações à Ouvidoria.

Um dos únicos indicadores da cultura organizacional local, na forma documental, é um relatório técnico comentado elaborado a partir dos resultados de pesquisa interna aplicada junto aos funcionários em junho de 2006. Embora o foco da pesquisa fosse o diagnóstico sobre o processo de comunicação interna na organização, os resultados trouxeram fortes indicadores de clima e cultura organizacional no HRAC-USP (ROMANGNOLLI, 2006, p.1-35).

Na realização da pesquisa, o Serviço de Comunicação do HRAC-USP (SERCOM) utilizou como estratégia a aplicação de pesquisa direta através de um instrumento de pesquisa impresso individual, elaborado com 14 perguntas fechadas, abertas e mistas, tendo como objetivo permitir a expressão do público-alvo. A pesquisa foi aplicada em junho de 2006 por abordagem direta dos funcionários e a tabulação foi realizada com orientação de profissional estatístico, agrupando-se as respostas das questões abertas por similaridade contextual. Os resultados foram divulgados pelo *Jornal Mural*, publicação cujo público-alvo são os funcionários.

De 751 instrumentos distribuídos, foram coletados 220 respostas, um total de 29,29% do universo total de colaboradores<sup>25</sup>. Os resultados rompem com o paradigma de que funcionários públicos estão acomodados e não apresentam disposição a mudanças, já que o maior índice de respostas (34%) foi de colaboradores com mais de 15 anos de casa. Observa-se que a comunicação é percebida internamente como uma estratégia importante na rotina do Hospital, exemplificada pelas manifestações espontâneas “*Comunicação é a vida de qualquer instituição. Funcionário desinformado não consegue atender com qualidade e eficiência*” e

---

<sup>25</sup> Colaboradores = funcionários

*“Para mim, é de toda importância pois é esse setor que nos direciona e nos faz sentir parte da instituição”.*

Quando questionados sobre quais os assuntos de maior interesse da comunidade interna, destacam-se novidades sobre carreira, salários e benefícios; eventos diversos de natureza científica, capacitação de pessoal e eventos sociais relativos ao contexto organizacional, informe de reuniões com pauta discutida e as decisões tomadas, além do cotidiano do Hospital, evidenciando o alto interesse dos colaboradores nos rumos da organização. Outros temas foram pontuados, como quem representa a instituição em eventos externos, pesquisas desenvolvidas pelos pesquisadores do Hospital, casuísticas de sucessos e insucessos nos serviços prestados. A preocupação por saber quem representa a instituição demonstra o interesse dos colaboradores em entender quem discute os assuntos que influenciam diretamente seu dia-a-dia, revelando preocupação institucional.

À pergunta aberta *“Com relação à comunicação interna, do que você sente mais falta?”*, as manifestações possibilitam vislumbrar os vínculos organizacionais que se formaram internamente. Das respostas tabuladas, 18% dos pesquisados pedem por melhoria na política de recursos humanos, conhecimento e interação entre os funcionários e os setores, eventos que aproximem os funcionários, homenagem aos que se aposentam, “cantinho da saúde” com fotos, espaço para manifestação dos funcionários, material institucional com a história do Hospital para funcionários, mais histórias pessoais de funcionários, programa de visitas ao setores externos e vice-versa como integração, divulgação das atividades dos setores em âmbito interno, e, em especial, que se acompanhe de perto todos os setores pois há grandes carências.

A preocupação com os pacientes está presente em 7% das sugestões recebidas, quando é apontado como uma carência manuais e vídeos de orientações a pais e pacientes sobre cuidados de saúde que sejam criados em parceria com as diversas áreas, além do desejo de acesso a um número maior de histórias de pacientes, a criação de um sistema de avaliação do grau e satisfação do paciente / família com relação ao tratamento e não somente à instituição. Dos temas propostos, o mecanismo de avaliação de satisfação dos pacientes não está dentro da esfera de competência do SERCOM e sim da Ouvidoria<sup>26</sup>, que já realiza tal avaliação,

---

<sup>26</sup> A Ouvidoria do HRAC-USP foi criada pela Superintendência do Hospital em 13 de setembro de 1999 (Portaria SUPE 018/99) para atender tanto ao público interno como externo, respaldada pela legislação estadual, por recomendações do Ministério da Saúde, e pela filosofia da USP de manter diálogo com seus usuários, utilizando como canal a Ouvidoria Geral da USP. Com o objetivo de manter a maior isenção possível, a Ouvidoria do HRAC-USP é hierarquicamente ligada à Superintendência, mantendo assim independência no desempenho de suas funções.

divulgando seus resultados anualmente tanto por relatório como por cartazes espalhados pelo HRAC-USP.

Outro aspecto importante avaliado é a imagem institucional do Hospital, cuja manutenção é uma das tarefas primordiais do SERCOM e que tem forte influência na construção dos vínculos e da cultura organizacional. À pergunta “*Como você vê o hospital na imprensa local e regional?*”, questão que aborda a percepção interna da imagem externa do Hospital e se constitui em importante termômetro para avaliar o impacto na sociedade das ações do SERCOM, as respostas foram 86% positiva, 1% negativa, 8% não acompanha a imprensa e 5% de respostas em branco.

Conceitualmente, sabe-se que gestão de pessoas é uma área diretamente relacionada a programas de gestão comunicacional e que somente é possível um clima interno favorável com a implantação de sistemática dialógica onde ambos os lados tenham voz e vez. As carências internas latentes nessa área transformou a pesquisa em termômetro para rediscussão em níveis gerenciais das ações em gestão de pessoas, anotando-se que os próprios colaboradores processaram tal mudança de foco.

Até que a referida pesquisa fosse efetuada, a percepção interna era a de que o clima de familiaridade e acessibilidade contemplasse, também, a harmonia interna e o respeito nas relações internas, em todos os níveis. As respostas à pesquisa representam uma sinalização de ruptura dessa percepção da cultura organizacional, entendida como favorável à integração, dedicação e satisfação dos colaboradores com a filosofia da instituição. Deve-se considerar que o índice de respostas à pesquisa atinge praticamente 1/3 de todo o quadro de colaboradores, altamente representativo da vontade expressa da comunidade interna.

Os resultados mostram que a real percepção interna não é exatamente aquela que se pensava, pois o conjunto das respostas apontam para a necessidade de criação de um canal de interlocução entre os níveis gerenciais e os colaboradores, além de trazer como crônicos os problemas decorrentes da ausência de uma política de gestão de pessoas adequadamente projetada às necessidades de todos. Além disso, evidenciam a confiança dos colaboradores no desempenho do SERCOM, que é alçado ao patamar de único canal de ligação entre a estrutura institucional e seus colaboradores; chega-se mesmo a sugerir que o próprio Serviço tome para si a responsabilidade de diagnóstico e solução de problemas administrativos, ações que não estão em sua esfera de competência. Os índices positivos de avaliação do SERCOM, seus principais projetos e atividades, são o respaldo para tais afirmações. Sugestões de temas a serem abordados, como informes de pesquisas, legislação, notícias de pacientes e

funcionários, determinaram uma mudança no foco das pautas nos veículos de comunicação interna.

O relatório técnico permite concluir que a comunicação é uma área diretamente relacionada à gestão de pessoas e essa associação é espontânea por parte dos colaboradores, que na pesquisa realizada transformaram um diagnóstico interno sobre fluxo de informação em termômetro para rediscussão de ações em gestão de pessoas. As respostas apontam que o SERCOM é considerado o único canal de ligação entre a gerência e colaboradores. Vislumbra-se, pelas respostas recebidas, a possibilidade de construção de uma cultura organizacional interna predisposta ao diálogo, onde gerências e colaboradores tenham participação ativa, abrindo caminhos para mudanças na cultura organizacional.

### **3.3 As políticas de comunicação no HRAC-USP**

Do ponto de vista da comunicação, o HRAC-USP conta com uma estrutura solidificada por onze anos de trabalho. Criado em 1999 como assessoria de comunicação, o Serviço de Comunicação do HRAC-USP (SERCOM) veio atender à demanda institucional de consolidar um canal de comunicação com seus diversos públicos, a saber a mídia em geral, a sociedade, seus usuários e funcionários. A situação organizacional que determinou sua criação é o motivador da comunicação pública, ou seja, a prestação de contas à sociedade sobre os recursos que ela, indiretamente, aplica em seu desenvolvimento.

Além de receber recursos públicos por meio da USP, há que se destacar que o HRAC-USP é um hospital universitário de ensino que dedica 100% de sua capacidade a usuários do SUS, sendo ressarcido pelos governos federal e estadual por tais atendimentos. Duplica-se, assim, sua responsabilidade perante à sociedade na disseminação da ciência e de tecnologias tão específicas geradas, em última instância, por recursos financeiros da sociedade.

É entendimento do SERCOM, claramente registrado em seu planejamento estratégico, que a comunicação numa administração pública deve estabelecer diálogo entre o órgão público e a sociedade, privilegiando uma gestão comunicacional ampla e transparente, de modo a atingir e atender todo o seu público. Para cumprir efetivamente seu papel e atingir seu objetivo final, o SERCOM trabalha para eliminar diferenças que circunstâncias econômicas e sociais impuseram aos diferentes públicos, com a mesma qualidade de informação. Nesse contexto, os profissionais de comunicação atuam como mediadores, ouvindo todas as vozes envolvidas no processo comunicacional, compatibilizando necessidades, expectativas e recursos para, assim, propor estratégias comunicacionais que atenda todas as partes

envolvidas no processo. Consensualizar diferentes posturas e necessidades de modo que se mantenha uma linha mestra claramente definida deve ser o caminho delineado numa proposta de política comunicacional em órgãos públicos, a chamada comunicação institucional.

Um plano de comunicação deve estar sempre alicerçado na idéia de um posicionamento estratégico da organização junto ao público interno e à sociedade, seja com fins mercadológicos, de informação ou simplesmente de consolidação de uma imagem. Desta forma, a função de um plano de comunicação deixa de ser simplesmente a exposição na mídia, e é dessa forma que se estrutura o planejamento estratégico de comunicação no HRAC-USP. As tarefas e os desafios se ampliam, exigindo dos comunicadores capacidade de criar e administrar diferentes instrumentos de comunicação.

Observa-se que, na criação de seu plano de comunicação, o SERCOM deixa de lado a visão meramente operacional e assume posicionamentos estratégicos. Desta forma, seu plano de comunicação pode ser considerado um instrumento de gestão administrativa e de apoio à tomada de decisão por parte da organização. O citado plano prevê que o SERCOM estabeleça relacionamentos proveitosos entre o Hospital e seus vários públicos, dos quais depende o sucesso e o fracasso de qualquer organização. A descrição da comunicação como um sistema de duas vias, de diálogo, difere radicalmente do modelo de persuasão, geralmente de única via, centrado somente na publicidade e no envio de *press releases*.

Outra idéia que envolve a criação de um plano de comunicação é a da comunicação integrada, fruto da junção da comunicação institucional, da comunicação interna e da comunicação mercadológica da organização. Portanto, estratégias de comunicação voltadas ao público interno da organização são fundamentais. Levando em consideração que o objetivo de um plano de comunicação é a consolidação de uma imagem, os personagens internos devem ser considerados importantes agentes multiplicadores de sua imagem.

Em seu planejamento de comunicação, além de atuar diretamente na interface com a mídia em geral, o SERCOM destina ações para um trabalho pedagógico interno a fim de abrir perspectivas e unir visões fragmentadas, comuns no universo das organizações. Porém, esse foco não minimiza a importância das ações externas, que prima pela prestação de contas à sociedade e manutenção da imagem do HRAC-USP, que goza de solidez e respeito tanto nos meios de comunicação, no âmbito da USP como na própria sociedade civil.

O SERCOM foi criado em janeiro de 1999 como Assessoria de Comunicação (ASSECOM), com atividades nas áreas de assessoria de imprensa e artes/produção gráfica. Em agosto de 1999, a pedido da Superintendência, foi criada a Seção de Gráfica junto à então ASSECOM, com o objetivo de otimizar o uso de recursos financeiros com pagamento de

serviços gráficos externos, eliminar desperdícios de impressos e conferir maior agilidade nos materiais institucionais e impressos de uso diário do HRAC-USP. Em 2002 o setor de Eventos foi incorporada às atividades da ASSECOM, a pedido dos próprios funcionários do setor e devido à compatibilidade de atividades. No mesmo ano, a Superintendência consolidou a estrutura da ASSECOM através da Portaria SUPE 039/2002, de 29 de novembro de 2002, que disciplinou as atribuições da área, vinculando sua subordinação diretamente à Superintendência e nomeando a ASSECOM como porta-voz da instituição. Em outubro de 2005, o Departamento de Recursos Humanos da USP (DRH-USP), órgão da administração central, criou no organograma do Hospital o Serviço de Comunicação (SERCOM), na categoria de Serviço Técnico, diretamente subordinado à Superintendência.

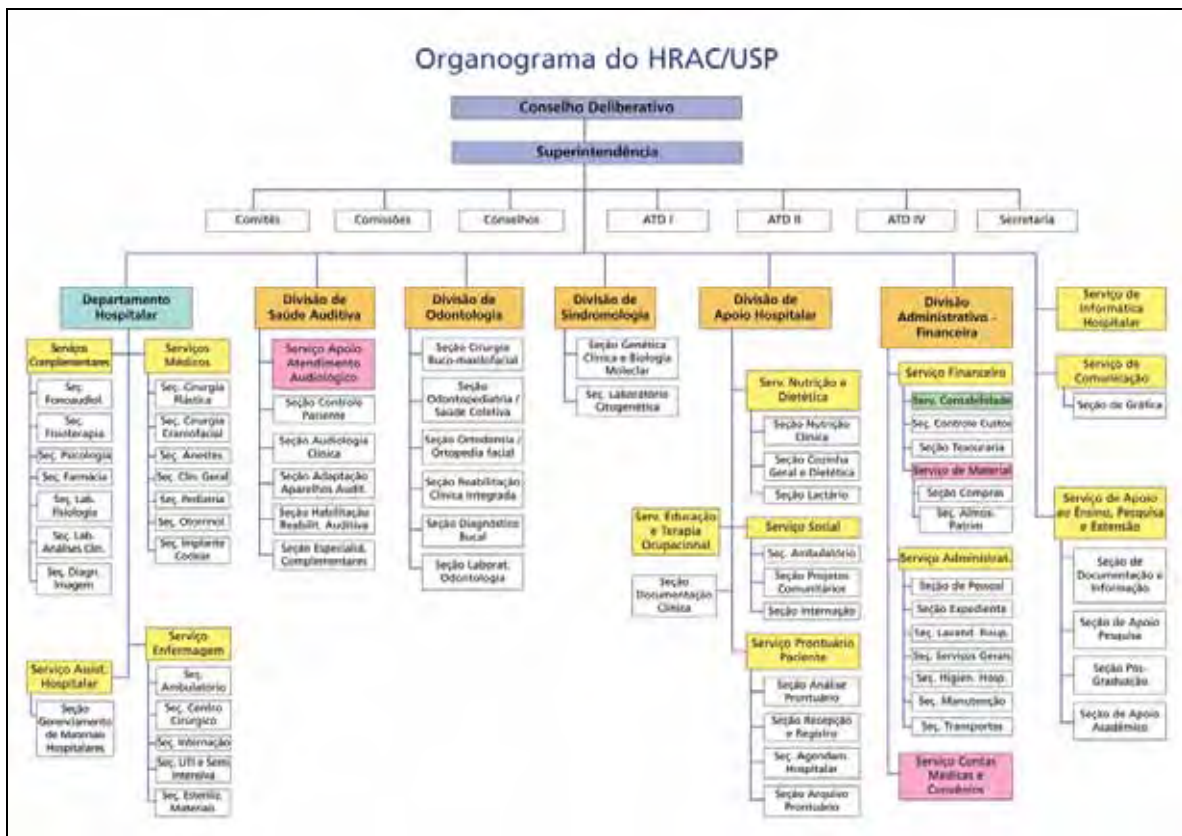


Figura 4 - Organograma do HRAC-USP.

Hoje, o SERCOM divide-se em quatro áreas de atuações integradas, sendo: artes/produção gráfica, assessoria de imprensa, eventos e gráfica. Portanto, o *Plano de Gestão Comunicacional do HRAC-USP* contempla todas essas áreas, considerando sua missão primordial: atender as necessidades institucionais de comunicação, tendo como foco a imagem institucional, atuando interna e externamente, traçando planos de ação que favoreça o

desenvolvimento e difusão dentro do contexto organizacional do seu maior patrimônio, que é a história e a imagem do HRAC-USP, consolidada por anos de trabalho.

Romagnolli *et al* (2006, p.1-13) descrevem os objetivos do planejamento estratégico de comunicação do SERCOM. Para o público externo:

- Tornar público, através de ferramentas de comunicação, o trabalho da organização;
- Prestar contas à sociedade e permitir que ela possa avaliar o que está sendo feito, verificando se essa atuação atende aos interesses e necessidades da comunidade;
- Consolidar a imagem da organização junto aos segmentos que detém o poder de decisão ou poder de influenciar decisões;
- Promover a divulgação de informações de caráter social, mas que permaneciam restritas ao ambiente do Hospital;
- Abrir as portas da organização para o público externo, através de visitas monitoradas;
- Multiplicar o conhecimento científico, fruto de anos de dedicação ao atendimento e à pesquisa, através da realização de eventos científicos;
- Oferecer serviços de qualidade de impressão e cópia para interessados, gerando receita própria.

Para o público interno, os objetivos traçados pelo SERCOM são:

- Criar e trabalhar pela manutenção de canais de comunicação entre o Hospital e seus usuários (pacientes, familiares e acompanhantes);
- Oferecer suporte à equipe de reabilitadores no processo de comunicação com os usuários;
- Manter todas as áreas internas corretamente informadas, de acordo com as particularidades de cada uma;
- Consolidar a confiança de todos os colaboradores em torno da identidade da organização;
- Promover o conhecimento em todos os níveis internos, criando canais alternativos de comunicação;
- Desenvolver o comportamento comunicativo entre as gerências de cada área e seus subordinados;
- Favorecer a expressão de todos os colaboradores, colaborando na fixação do conceito de que esses são mais do que funcionários, são atores na construção do dia-a-dia do Hospital;

- Atuar como canal de comunicação entre os colaboradores e os níveis gerenciais da organização, sem interferir nos processos de gestão administrativa;
- Divulgar iniciativas, sucessos e questões que forem propostas pelas equipes de trabalho da organização, de forma a fomentar o diálogo interno;
- Oferecer suporte a iniciativas de divulgação científica das diversas áreas internas, através de eventos;
- Atuar como facilitador entre as diversas áreas internas e a comunidade, nos pedidos de visitas monitoradas ao Hospital;
- Oferecer serviços de qualidade na área gráfica, suprimindo as demandas internas de impressos, com agilidade e eficácia.

Para cumprir o disposto acima, o SERCOM projeta ações e metas que têm por objetivo contribuir para o programa de humanização hospitalar, as diferentes ações de gestão e o diálogo com seus públicos. O objetivo de tais ações é solidificar o nome da organização na sociedade e na comunidade Usiana; fortalecer o relacionamento entre pesquisadores e o SERCOM e entre as mídias em geral (jornais, rádios e tevês) com o Centrinho-USP. Além, é claro, de prestar contas à sociedade sobre as atividades do Hospital, uma vez que a organização recebe recursos provenientes de contribuição dos cidadãos, disseminando informações científicas e sociais.

No que se refere à comunicação interna, as ações e ferramentas implantadas têm como público-alvo tanto colaboradores como usuários do Centrinho-USP. Considera-se o público interno seus colaboradores e os usuários do Hospital, dado o longo relacionamento que estes desenvolvem com a instituição. A esse quadro deve ser acrescido estudantes e profissionais de saúde da sociedade, objeto das ações formadoras de recursos humanos e educação continuada. As principais estratégias e ferramentas adotadas pelo SERCOM são:

**Jornal Nosso Mural:** Boletim informativo impresso destinado a funcionários e alunos do Centrinho-USP, no formato de duas páginas A-3 (297 x 420mm), colorido, de periodicidade semanal. O *Nosso Mural* foi criado a partir do resultado de uma pesquisa interna aplicada pelo SERCOM que detectou a vontade da comunidade interna de contar com um veículo destinado aos funcionários. Até 19 de setembro de 2010, foram publicadas 251 edições em seis anos de existência. Um dos objetivos desse boletim é valorizar os talentos dos colaboradores da organização, retratando perfis e trazendo à tona informações pouco conhecidas do corpo profissional, além de fomentar o diálogo interno e a difusão de informações de interesse dos colaboradores. São 18 exemplares distribuídos em pontos estratégicos, de modo que todos os colaboradores tenham acesso à leitura. Em pesquisa

realizada pelo SERCOM no mês de junho/2006, quando 30% do universo de funcionários responderam à mesma, 77% desses apontaram o *Nosso Mural* como fonte primária de informações sobre a instituição. Em função dessa resposta, esse é um dos veículos prioritários para divulgar informações da organização, em especial aquelas relacionadas ao contexto administrativo.



Figura 5 - Jornal *Nosso Mural*, ano 6, nº 251, 19/9 a 2/10/2010.

**Jornal Em Foco:** O *Em Foco* é um informativo impresso do Centrinho-USP publicado desde novembro de 1997, de periodicidade bimestral, com 20 páginas (ou cinco lâminas A-3) em preto e branco, tiragem de 3 mil exemplares e impressão na Seção de Gráfica do Centrinho-USP. Seu público-alvo é composto por pacientes, colaboradores do Centrinho-USP e órgãos públicos. Circula nas unidades do Centrinho-USP; unidades da USP; sede e subsedes da FUNCRAF [Bauru (SP) e cidades de Campo Grande (MS), Itapetininga (SP) e São Bernardo do Campo (SP)], núcleos e associações de pacientes de diversos estados brasileiros, Secretarias Estaduais de Saúde dos 27 Estados, Ministério da Saúde e outros órgãos oficiais, redações de jornais e revistas. Em setembro de 2010 circulou a 50ª edição do jornal, que conta também com uma versão *on-line* no portal do Hospital ([www.centrinho.usp.br/emfoco](http://www.centrinho.usp.br/emfoco)).

Mais do que um informativo, o *Em Foco* é um canal de comunicação direta com os pacientes do Centrinho-USP. Exemplo disso são colunas fixas como da Ouvidoria, do Serviço de Nutrição e de Psicologia. O veículo reserva espaço para publicação de cartas, perfis e matérias elaboradas tendo como personagens os pacientes. São abordados temas como qualidade de vida, comportamento, educação, saúde e o contexto rotineiro dos pacientes,

como o tratamento e os seus direitos. Com as mídias em geral, atua como fonte de pautas que podem gerar interesse na divulgação da organização.



Figura 6 - Jornal Em Foco - Informativo do Hospital Centrinho/USP e Funcraf, Ano 10, nº 50, Bauru, jun./jul. 2010 - versão impressa. Versão *on-line* ([www.centrinho.usp.br/emfoco](http://www.centrinho.usp.br/emfoco)).

**Informe SerCom Centrinho-USP- Funcraf:** Em sua 2.083<sup>a</sup> edição no dia 28/9/2010, o informe eletrônico é um veículo diário de comunicação com os colaboradores do HRAC-USP, atingindo 530 pessoas, atualmente. Criado há oito anos e veiculado por *intranet*, com duas edições por dia, o informe é enviado para quatro listas de colaboradores, num total de 530 endereços eletrônicos cadastrados. Aborda temas como saúde, educação, agenda de eventos, assuntos administrativos e política universitária, além de trazer link para o *blog* do Centrinho e para o perfil institucional no *Twitter*. Trata-se de veículo adequado para notícias factuais e de interesse dos colaboradores, porém se restringe àqueles que possuem acesso à *intranet* em seu dia-a-dia. Para os pacientes, não há condições técnicas de acesso. A pedido dos próprios colaboradores, traz diariamente uma agenda dos colaboradores aniversariantes do dia e, quando o caso, falecimentos ocorridos nas famílias dos colaboradores. Nota-se, com tal estratégia, a aceitação do veículo na cultura organizacional e o reforço dos vínculos entre os colaboradores.



Figura 7 - Informe SerCom, nº 2.083, ano 8, dia 28/9/2010, 11h05.

**Blog Centrinho-USP:** Com o objetivo de ampliar o alcance das notícias geradas no contexto organizacional e aderindo a uma nova tendência na área de comunicação, inclusive no serviço público, o SERCOM criou em agosto de 2009 o *Blog* do Centrinho-USP (<http://centrinhousp.wordpress.com>), onde são postadas diariamente notícias factuais tanto do contexto interno como aquelas que possuem potencial para despertar o interesse das mídias. Também é possível incluir *links* e chamadas de matérias veiculadas pela mídia em geral, mesmo que não tenham sido geradas pelo SERCOM.

Em tempos de sociedade informatizada ligada em rede, os veículos de mídia estão aderindo, cada vez mais, às redes sociais como fonte de notícias, utilizando-se amplamente do *Twitter* e de acesso a *blogs* pela facilidade, diversidade e agilidade que esses oferecem. Para a mídia em geral essas ferramentas ampliam a potencialidade de pautas e, para a organização, abre-se novas possibilidades para, como se diz no jargão jornalístico, “dar saída” a diversidade de notícia geradas internamente. Ao mesmo tempo que se oferece pautas científicas, o *blog* se presta a satisfazer o público interno com notícias sociais e de baixo impacto para as mídias, mas de importância para o contexto organizacional, a custo praticamente zero. Relatório gerado em 4 de outubro de 2010<sup>27</sup>, abrangendo os meses de

<sup>27</sup> Relatório gerado pela plataforma atual do *blog* (*wordpress*) traz, para o período de fevereiro a setembro de 2010, um total de 221 artigos publicados pelo SERCOM em 77 diferentes categorias, e 26 comentários postados por seguidores. Os termos de busca mais registrados foram: “hospital funclaf pacientes”, “hospital funclaf em são paulo”, “fonoaudiólogo e médico”, “a construção da solidariedade e a educação”, “embriogênese das

março a setembro de 2010, registra um total de 8.902 acessos, numa média mensal de 1.271 acessos. O mesmo relatório demonstra que de 12 acessos registrados em março de 2010, época de migração do *blog* de uma plataforma para outra mais ágil, o mês de setembro registrou 1.839 acessos, um crescimento de 1.532%.



Figura 8 - Blog do Centrinho-USP (<http://centrinhosp.wordpress.com>).

**Perfil no Twitter<sup>28</sup>:** Simultaneamente à criação do *blog* institucional, o SERCOM criou um perfil da organização no *Twitter* (<http://twitter.com/centrinhosp>) e alimenta ambos, diariamente. Em 28 de setembro de 2010<sup>29</sup>, o Centrinho-USP registrou em seu perfil no *Twitter* 496 *followers* (seguidores) que recebem, diariamente, informações do Hospital na forma de recados que levam a *links* no *blog* do Centrinho-USP. No mesmo dia, registrou-se 954 *twitters*, recados enviados pelo SERCOM aos seguidores desde sua criação. *Blog* e *Twitter* agem, simultaneamente, para ampliar a rede de contato e a interatividade da organização com seus públicos.

---

anomalias”, “bauru foto libras”, “fendas orofaciais”, “bolsas para residência multiprofissional” (<http://centrinhosp.wordpress.com>).

<sup>28</sup> *Twitter*: rede de relacionamento social que se caracteriza pelo uso da *internet* para pequenos recados e notícias. A partir de um perfil cadastrado no domínio *twitter.com*, pessoas interessadas naquele perfil podem se tornar seguidores (ou *followers*) do mesmo e receber, instantaneamente, informações postadas pelo gerenciador do perfil.

<sup>29</sup> Em 18 de fevereiro de 2010, o Centrinho-USP registrava 17 seguidores em seu *blog* e 53 *followers* em seu perfil no *Twitter*. A plataforma atual do *blog* não oferece mais os dados de seguidores, substituindo tal dado por estatísticas de acesso.



Figura 9 - Perfil do Centrinho-USP no *Twitter* (<http://twitter.com/centrinhousp>).

**Centrinho na Mídia:** Informe eletrônico de periodicidade variável veiculado por *intranet*, o *Centrinho na Mídia* é uma prestação de contas ao público interno sobre as inserções do HRAC-USP nos veículos de comunicação de Bauru e região e também de veiculação nacional, ao mesmo tempo em que mantém os colaboradores internos informados sobre o que foi publicado na mídia sobre o Hospital. Por meio desse boletim, é possível “medir” um pouco do trabalho do SERCOM na intermediação entre a equipe do Hospital e os órgãos de imprensa das mais diversas linguagens. O informe é veiculado quando apresenta elementos para tal, ou seja, quando há *clipping* eletrônico a ser divulgado. O *Centrinho na Mídia* faz parte de um trabalho conhecido como *clipagem eletrônica* - da capturação das matérias à devolutiva aos interessados.

**Clipagem eletrônica:** diariamente, as matérias publicadas em mídia impressa e eletrônica são transformadas em arquivos digitais, em *Portable Document Format (PDF)*<sup>30</sup>, para divulgação interna e consulta do público interno. Registra-se, assim, a presença da organização na mídia em geral, ao mesmo tempo que desperta a atenção dos colaboradores para o potencial de divulgação e o trabalho realizado pelo SERCOM. Em última instância, é o registro histórico da trajetória institucional sendo construído no dia-a-dia e um instrumento de sensibilização das fontes internas para que acione o SERCOM quando dispuser de pautas.

<sup>30</sup> *Portable Document Format (PDF)* é um formato de arquivo desenvolvido pela *Adobe Systems* para representar documentos de maneira independente do aplicativo, *hardware*, e sistema operacional usados para criá-los. Um arquivo PDF pode descrever documentos que contenham texto, gráficos e imagens num formato independente de dispositivo e resolução. PDF pode ser traduzido em português como Formato de Documento Portátil. (fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Pdf>)



Figura 10 - Centrinho na mídia – envio de clipagem eletrônica a público interno.

**Comunicação Visual:** a área é responsável pela criação e editoração de todas as peças editoriais da organização como fôlderes, cartazes, revistas, jornais, informativos, manuais, pôsteres científicos, aulas digitais e tratamento de imagens em geral, além de sinalização interna e externa. Essas peças editoriais são utilizadas rotineiramente no processo de comunicação interna sob demanda focada, ou seja, para atender a necessidades específicas de conscientização, informação e divulgação de assuntos organizacionais e de interesse da comunidade interna. Essa área também é a maior responsável pela criação e desenvolvimento de ferramentas de comunicação com o paciente, notadamente manuais de orientação, fôlderes e informativos de caráter educativo.

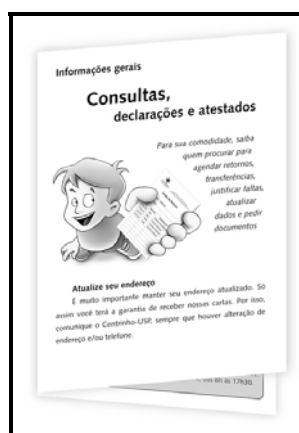


Figura 11 - Folder criado para o Programa Gespública do Centrinho-USP (agosto 2009).

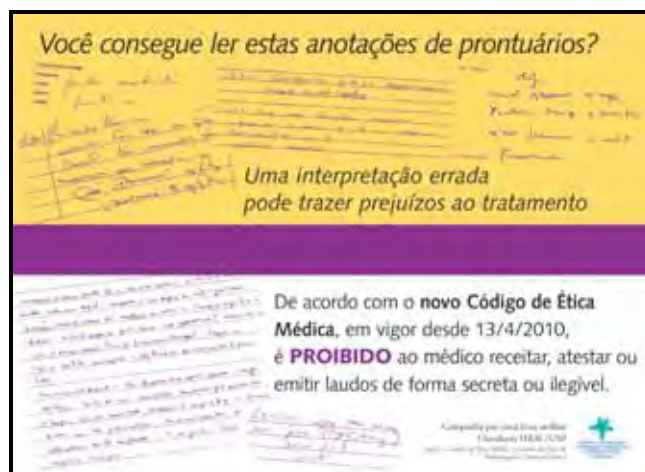


Figura 12 - Cartaz criado para campanha interna “Por uma letra melhor”, cujo público alvo são os profissionais de saúde. Aborda a necessidade de legibilidade das anotações e prescrições em prontuário. Desenvolvido a pedido da Ouvidoria, Comissão de Ética Médica, Comissão de Ética em Enfermagem e Diretoria Clínica do HRAC-USP (abril 2010).

**Webmaster do portal [www.centrinho.usp.br](http://www.centrinho.usp.br):** o projeto do atual portal é do ano de 2001 e está desatualizado, dependendo de *software* específico para sua atualização. Criado pelo SERCOM, é a interface eletrônica com os múltiplos usuários da organização, seja pacientes, sociedade em geral, fornecedores, pesquisadores e mídia. As questões encaminhadas para o *webmaster* sofrem uma triagem no SerCom e são encaminhadas tanto para a Ouvidoria como para as áreas de conhecimento afim para que o canal de comunicação com a sociedade seja fomentado. Constatou-se o baixo grau de interatividade da ferramenta, fato creditado à tecnologia utilizada no seu desenvolvimento e manutenção, o que determinou um novo projeto de arquitetura, em fase de desenvolvimento, em parceria com a Divisão de Mídias On-Line da Coordenadoria de Comunicação Social da Universidade de São Paulo (CCS-USP). Um dos *sites* do portal, direcionado aos pacientes e utilizado para acompanhamento de seu processo de reabilitação - como consultas, cirurgias, declarações, etc -, foi desenvolvido à parte por empresa terceirizada.



Figura 13 - Home page atual do site institucional ([www.centrinho.usp.br](http://www.centrinho.usp.br)).

Além das ferramentas citadas, projetos especiais são desenvolvidos pelo SERCOM em seu trabalho de política comunicacional, contemplando tanto o público interno como externo, como o Gespública.

O programa Gespública na USP foi criado em 2007 pelos órgãos centrais da Universidade em resposta à tendência em administração pública de melhoria na gestão dos serviços públicos, e é um exemplo dessas intervenções especiais do SERCOM. O programa adota como parâmetros os mesmos estabelecidos pelo governo federal, cuja origem remonta ao processo de desburocratização dos serviços públicos. São primordiais no programa as fases diagnósticas e as propostas de melhoria, destacando-se como principais estratégias adotadas, no processo de melhoria, a comunicação e a educação.

Na fase diagnóstica no Centrinho-USP o Gespública abordou, entre outros pontos, o processo de comunicação com os pacientes, levantando as questões mais recorrentes no contato telefônico entre a Central de Agendamentos do Hospital e os usuários. A partir de tais resultados, em 2009 a equipe do SERCOM foi acionada para propor soluções às dificuldades apontadas nesse processo. O projeto apresentado pelo SERCOM definiu o uso de dois painéis eletrônicos, onze bâneres, cinco fôlderes e três *displays* de suporte aos fôlderes, distribuídos pelas unidades do Centrinho-USP. O processo de criação envolveu a definição do formato, a escolha das tecnologias de impressão, redação, ilustração, editoração, confecção dos *displays* e impressão dos materiais.

Para cada ferramenta criada, o SERCOM focou seus esforços de maneira a contribuir com o fomento do processo comunicativo entre a organização e seus usuários. Os painéis eletrônicos divulgam informações curtas e objetivas em frases contínuas, veiculadas ininterruptamente nas recepções principais das duas unidades, a de anomalias craniofaciais e a

Divisão de Saúde Auditiva. O painel é conectado a um computador e permite a atualização diária das informações, os textos são elaborados pelo SERCOM a cada demanda que se apresente.

Os bânneres foram projetados em sete temáticas básicas detectadas junto aos profissionais do HRAC-USP, que relataram as maiores dificuldades encontradas na rotina do tratamento: o que é o cartão SUS, porquê trazê-lo a cada atendimento e a necessidade de atualização de endereços; restrição no registro de imagens no interior do Hospital e o direito do cidadão a ter sua identidade preservada; orientações para internação (que objetos trazer e condições oferecidas pelo Hospital); o que é a Ouvidoria e como entrar em contato sobre reclamações e sugestões; regras de comportamento no ambulatório, respeito às consultas em andamento e observação cuidadosa da movimentação e localização de crianças; dicas de saúde pública, higiene pessoal e bem-estar; e o que é o TFD e como usufruir dele. A criação dos bânneres envolveu a redação, a arte e editoração pelo SERCOM e a impressão em lona, material de alta durabilidade, foi realizada por empresa especializada.

Os pôsteres, dado seu formato e possibilidade de ampliação de cada tema, foram desenvolvidos com o mesmo propósito e, na atual etapa, aborda cinco temáticas: o TFD; a Ouvidoria e os direitos dos pacientes; cuidados no uso do aparelho ortodôntico; como solicitar atestados e documentos, o que é o cartão SUS e como desmarcar ou marcar consultas; os recursos para acomodação, alimentação e transporte no entorno do HRAC-USP. A criação dos pôsteres envolveu a redação, a arte e editoração pelo SERCOM e a impressão é realizada pelo próprio Serviço, em sua seção de Gráfica, por demanda mensal.

Os *displays* foram concebidos como suporte para os pôsteres de forma a atrair a atenção dos usuários para o conteúdo dos mesmos. Confeccionados por funcionários da Seção de Manutenção e da Superintendência, utilizou-se de materiais disponíveis no próprio Hospital, como placas de madeira MDF e tintas. Os resultados estão sendo avaliados pela equipe do Gespública.



*Figura 14* - Ferramentas criadas para o Programa Gespública do Centrinho-USP, inseridos no contexto do ambulatório de anomalias craniofaciais.

Outra iniciativa é o Jornal Oficina, implantado em setembro de 2006 e fruto de uma parceria entre o SERCOM e o Serviço de Educação e Terapia Ocupacional do HRAC-USP (SETO). Cumpriu três fases, com a proposta de trabalhar diversos temas com um grupo de pacientes de Bauru, por meio de discussões, leituras e redações e elaboração de produtos de comunicação criados e confeccionados completamente pelos pacientes e/ou acompanhantes, sob orientação dos profissionais dos setores envolvidos. O desenvolvimento de temáticas que envolvam a comunicação pode representar um importante instrumento de integração entre os pacientes contribuindo, desta forma, com a proposta do SETO, criado para acolher pacientes e acompanhantes em períodos de estresse e ansiedade normais nas etapas de tratamento pré e pós-cirúrgicas.

Em 2008 o Jornal Oficina foi substituído, por interesse do grupo de pacientes que integrava o projeto, por atividades de teatro, que resultou na criação do Grupo TO na Arte, cujas atividades se desenvolvem no Centrinho-USP sob orientação da equipe de educação e terapia ocupacional, com a participação do SERCOM. Esse grupo teatral criou esquetes e pequenas peças teatrais que apresenta em escolas e eventos da cidade de Bauru, com o propósito de levar temas recorrentes do universo dos pacientes do Centrinho-USP, tendo como objetivo a educação em temas como preconceito, deficiência, educação e saúde.



Figura 15 - Grupo TO na Arte apresenta esquete teatral com o tema “Turma do Centrinho” (março 2010).

Outra parceria, desta vez entre o SERCOM e o Serviço Administrativo, chamada de Talentos da casa, foi firmada em 2007 com o objetivo de incrementar programas de capacitação de pessoal interno, tendo como público alvo os colaboradores de todos os níveis. Trata-se de uma solução de baixo custo que possibilita dinamizar as estratégias de gestão de pessoas, ao mesmo tempo em que valoriza a cultura interna e os conhecimentos dos membros da organização. A agenda do projeto prevê eventos periódicos de capacitação dos colaboradores, abordando temas de interesse detectados junto ao público interno como redação e estilo, segurança pessoal e no trabalho, introdução à informática. Tais ações são no formato de palestras, cursos e treinamento, tendo como facilitadores funcionários do campus USP, os chamados “talentos da casa” que, dessa maneira, multiplicam seus conhecimentos entre os colegas de trabalho.

Um dos eventos de capacitação ministrado pela própria equipe do SERCOM é o *mídia training*. Destinado a grupos profissionais distintos, aborda dicas importantes sobre o trato com a imprensa, capacita profissionais e pesquisadores para receber a imprensa e otimizar tais contatos, além de instrumentalizá-los para que percebam quando tem uma pauta relevante em mãos que favoreça a divulgação na mídia, informando o SERCOM na ocasião. Como suporte a tal iniciativa, o Serviço elaborou em 2007, em parceria com a Assessoria de Comunicação do Hospital Estadual de Bauru (HEB) o manual *Imprensa: amiga ou inimiga*, distribuído internamente às potenciais fontes de pautas. O projeto aborda temas fundamentais para uma relação saudável entre os profissionais e a imprensa como: os objetivos de uma divulgação, agilidade no atendimento à imprensa para garantir o espaço na mídia, postura adequada no contato, critérios de noticiabilidade, o que fazer em situações de crise, e credibilidade *versus* desgaste (bom-senso para “aparecer”).



Figura 16 - Manual “Imprensa: amiga ou inimiga?”, utilizado em *mídia training*.

Há que se acrescentar que, em sua rotina, o SERCOM atua como suporte na organização de eventos científicos internos e externos. No calendário anual da organização registra-se eventos nacionais e internacionais, além de reuniões científicas e outras de interesse da instituição, com o objetivo de difundir conhecimentos na sua área de competência para todos os que atuam nela. O setor de Eventos do SERCOM também se responsabiliza por eventos comunitários e sociais da organização, como a participação na Semana Nacional de Ciência e Tecnologia, e eventos destinados a colaboradores, como palestras e cursos internos, além de visitas monitoradas.

Quadro 4 - Desempenho da área de Eventos do HRAC-USP, ano 2009.

<i>Indicadores área eventos - 2009</i>	
<b>Total de eventos</b>	<b>100</b>
<b>Total de participantes</b>	<b>21.400</b>
• Participantes HRAC/USP	5.761
• Participantes USP	1.607
• Participantes de outras instituições	14.032
<b>Total de carga horária</b>	<b>498h</b>
<b>Total de ministrantes convidados</b>	<b>184</b>
• Ministrantes nacionais	68
• Ministrantes internacionais	10
• Ministrantes HRAC/USP	106
<b>Total de visitas monitoradas</b>	<b>60</b>
• N <sup>o</sup> visitantes nacionais	419
• N <sup>o</sup> visitantes internacionais	53

(Fonte: Serviço de Comunicação - Eventos, dezembro 2009)

Fonte: Universidade de São Paulo (2010, p.93)

No que tange ao relacionamento com as mídias, o SERCOM atua como fonte institucionalizada para as mídias em geral, alimentando os veículos com informações sobre sua área de atuação tanto científica como socialmente. Por ser o Hospital um centro de referência, e consolidado por um trabalho de onze anos junto aos veículos de mídia, frequentemente o Serviço é acionado por esses também para assuntos de saúde que não tem ligação direta com sua especialização. Observa-se, assim, os princípios que conduziram a solidificação das assessorias brasileiras, pela inserção, através de sugestões de pauta, de assuntos correlacionados com sua área de atuação sem, necessariamente, vincular o nome do Centrinho-USP em tais pautas, mas que despertam o interesse da mídia pela ciência e pela saúde.

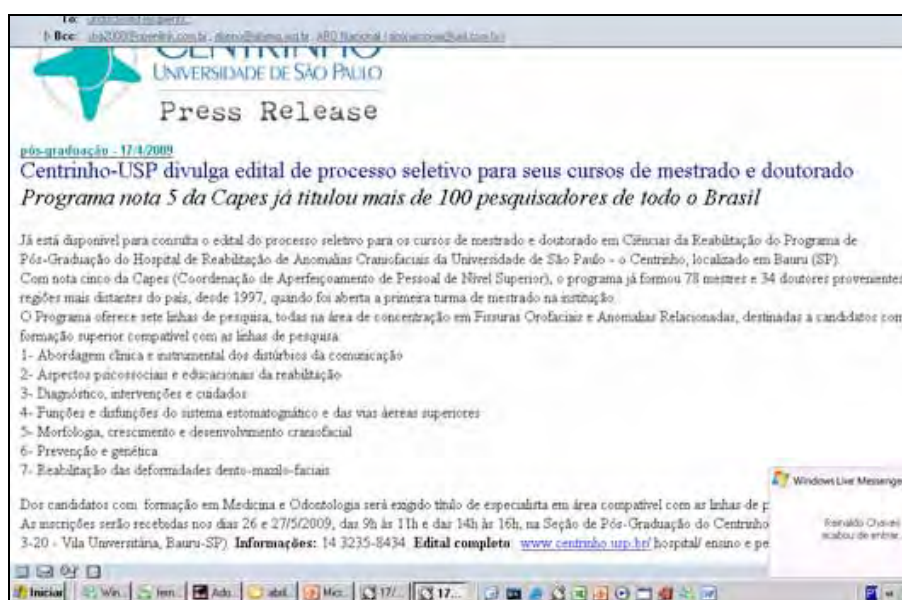


Figura 17 - Press release padrão, enviado eletronicamente à veículos de mídia previamente selecionado de acordo com a pauta. No canto inferior direito, observa-se janela do MSN<sup>31</sup> aberta, em contato com jornalista de mídia impressa.

<sup>31</sup> MSN: *software* de mensagem instantânea pela internet. A adição de jornalistas de diversos veículos de mídia em lista dos assessores de imprensa do HRAC-USP, permite contáto mais ágil para oferecimento de pauta e resposta à demanda desses veículos.



Figura 18 - Repercussão do mesmo *press release* enviado, com publicação em mídia impressa e *on-line* pelo Jornal da Cidade de Bauri (versão *on-line*: <http://www.jcnet.com.br>).

Em seu dia-a-dia com a imprensa em geral, o SERCOM utiliza de ferramentas como o *press release*, o contato telefônico, contato por *e-mail* e *softwares* de mensagem instantânea como o MSN e, de forma racional e programada, do suporte midiático da USP. A Universidade de São Paulo possui um complexo de mídias centrado na Cidade Universitária, em São Paulo, denominado Coordenadoria de Comunicação Social (CCS-USP). A CCS-USP conta com as divisões de Radiodifusão (Rádio USP FM, veiculada em São Paulo e em São Carlos); Mídias Impressas (Jornal da USP - em formato impresso e versão eletrônica, Revista da USP e Revista Espaço Aberto, ambas no formato eletrônico); Mídias onLine (Agência USP de Notícias, Portal USPOnLine e Sistema Argus de Arquivo); Mídias Televisivas (TV USP - veiculada no Canal Universitário de São Paulo – e Serviço de Documentários).

Esse uso dá-se em efeito cascata, ou seja, uma notícia veiculada em qualquer um dos veículos USP tem poder multiplicador, já que a penetração dessas mídias é maior do que o SERCOM pode projetar para si, uma vez que se situa no interior do Estado, longe das grandes mídias. Deve-se considerar, ainda, o poder da grife USP, que confere credibilidade às informações veiculadas, uma herança do *branding* bem construído da Universidade. A inserção de notícias do HRAC-USP em mídias da USP atinge, assim, o objetivo final de conseguir espaço nos grandes veículos. A mesma lógica é utilizada, na área de televisão, quando o SERCOM contata as regionais das grandes emissoras, oferecendo pautas que podem gerar interesse das centrais de notícias de São Paulo e Rio de Janeiro.

Outra estratégia adotada pelo SERCOM, e que se assemelha à citada anteriormente, é o oferecimento de pautas para veículos científicos especializados que, por sua vez, atuam como

fonte de informação para os grandes veículos, dada sua credibilidade. Respeita, assim, os princípios citados anteriormente no trabalho que regem a comunicação científica, multiplicando assim os resultados de suas pesquisas, devolvendo à sociedade informações de seu interesse, tanto na área de tecnologia como de saúde.

No jargão jornalístico, a esmagadora maioria das informações oferecidas pelo SERCOM é de “matérias frias”, não factuais, por se tratar de notícias científicas e sociais. Daí a possibilidade de utilizar-se de tais recursos, uma vez que as informações não perdem seu valor pelo curto tempo decorrido para virar notícia - mas que, em jornalismo, é o que determina o caráter de noticiabilidade da informação. Mas isso não significa que o SERCOM abre mão do recurso de tentar incluir nas pautas das redações discussões de interesse social e que são defendidas pelo HRAC-USP, como o direito das pessoas deficientes - como a reabilitação e inclusão social desses - e prevenção de malformações e surdez, considerados os “carros-chefes” da atuação do Centrinho-USP.

Essa ação encontra respaldo no conceito de “mídia das fontes”, agindo no interesse social e não comercial ou mercadológico. Despertar o debate jornalístico para questões do gênero é o objetivo principal do SERCOM, trazendo no bojo de tais discussões a finalidade pedagógica, de esclarecimento da sociedade para questões que afetam a população, atuando muitas vezes de forma preventiva na área da saúde e dos direitos daqueles que foram diferenciados por recorrência natural ou fatores teratogênicos - a surdez é um exemplo desses.

Ao mesmo tempo em que o público-alvo principal é a sociedade, o SERCOM atua nos meios oficiais com o objetivo de sensibilizar autoridades para os problemas que acometem a população brasileira. Um exemplo claro de tal atuação é o contato com a Imprensa Oficial do Estado de São Paulo que, através de um caderno especial denominado *Caderno de Cidadania*, encartado no Diário Oficial do Estado de São Paulo, leva à autarquias, secretarias, poderes estadual e municipais, legisladores - deputados e vereadores - notícias sobre iniciativas bem sucedidas no Estado em prol da população. O SERCOM colabora regularmente com a Imprensa Oficial, oferecendo pautas e colaborando na pré-produção de matérias especiais de saúde, ciência, educação e reabilitação.



Figura 19 - Matéria veiculada no “Caderno de Cidadania” da Imprensa Oficial do Estado, encartado no Diário Oficial do Estado de São Paulo (25/05/2006, p.2-3).

Pelo panorama traçado, observa-se que o atual planejamento do SERCOM, no que se refere ao seu papel como fonte institucionalizada, apresenta-se de forma eficaz e com resultados significativos, visto que o HRAC-USP consegue um excelente espaço nas mídias locais e regionais. Em 2009<sup>32</sup>, foram 327 inserções em jornais impressos, 540 inserções em mídia *on-line*, 811 inserções em rádio, 36 inserções em televisão e 19 inserções em revistas impressas. É uma situação que o contexto social micro em que se insere permite, e está ao alcance do SERCOM monitorar e intervir, o que não ocorre na mídia nacional. Fatores amplamente conhecidos nos meios jornalísticos, como a falta de apelo e o alto grau de especialização de suas pautas, não lhe permitem uma maior inserção na chamada grande mídia, a não ser por ações indiretas que envolvam contextos regionais - no caso do meio televisivo. Para a visão de futuro que o HRAC-USP projeta para si - o amplo reconhecimento nacional -, a atuação do SERCOM como mídia da fonte trabalha no seu limite de competência, não cabendo ações a serem projetadas no caso, a não ser em ocorrências factuais.

Já em comunicação interna, observa-se a carência de um maior número de ferramentas que criem canais com os pacientes, fruto de dificuldades decorrente da heterogeneidade desse público no que se refere a níveis de escolarização e fatores regionais culturais. Outro complicador é o curto espaço de tempo que esse paciente permanece em Bauru - de um a

<sup>32</sup> Dados extraídos do Relatório anual de atividades do HRAC-USP, ano 2009.

cinco dias - e o tempo decorrido entre um agendamento e outro. A maior dificuldade observada com esse público vêm de manifestações da equipe de reabilitadores, que pontua dificuldades no processo de educação para prevenção em saúde e de cuidados com cada etapa do tratamento.

Como afirmado anteriormente, a equipe multidisciplinar do HRAC-USP é composta de várias especialidades, cada qual com suas necessidades específicas, e portanto materiais educativos apresentam alto grau de complexidade e heterogeneidade. Esse é um dos pontos frágeis do processo de comunicação da organização com o paciente, pois a diversidade de repertório é um fator que influencia a aceitação e assimilação, por parte do público-alvo, dessas ferramentas.

Por outro lado, o tratamento do paciente é diretamente influenciado pelo grau de ciência, por parte desses, de terapias e cuidados com a saúde que podem e devem ser praticados em casa, como maneira de favorecer o tratamento. Manuais e fôlderes impressos não tem conseguido alcançar o êxito que se esperava, criando um ruído de comunicação entre a equipe de reabilitadores e os usuários. Embora o SERCOM proceda à adequação de linguagem, do técnico para o leigo, esses instrumentos não tem se mostrado eficazes, apontando para a necessidade de criação de outra ferramenta que cumpra essa função.

### **3.5 A clientela do HRAC-USP, interna e externa**

Considera-se a clientela externa do Centrinho-USP a sociedade e mídia em geral, composta de órgãos públicos na área de políticas em saúde, educação e política universitária, legisladores e executivos públicos em todos os níveis (ministros, senadores, deputados, governadores, secretários, prefeitos, vereadores, promotores públicos, etc), veículos de mídia geral e especializada e a sociedade em geral, usuária ou não dos serviços do HRAC-USP.

A clientela interna é composta de gerências, colaboradores e pacientes do HRAC-USP. O perfil desses é de 766 colaboradores, sendo 72% do sexo feminino, extratificados em nível operacional, técnico e superior<sup>33</sup>. São colaboradores especializados ou não em saúde, incluindo profissionais que realizam o atendimento direto à população. Todos os cargos de gerência são ocupados, atualmente, por colaboradores do próprio quadro, pinçados pela

---

<sup>33</sup> *Níveis internos de colaboradores*: refere-se à parâmetros estabelecidos pela USP quanto ao grau de especialização de suas atividades. Dos colaboradores de nível operacional, é requerido como grau de escolaridade mínima o ensino fundamental, compatível com as funções a serem desempenhadas; dos técnicos, o ensino médio, igualmente com a mesma filosofia; e do superior, graduação em sua área de atuação.

administração com base em parâmetros como nível de conhecimento da área afim, experiência e disponibilidade para atuar em programas de gestão.

Em relação a pacientes, considera-se os quase 80 mil cidadãos matriculados no HRAC-USP como o universo alvo, destacando-se que o movimento diário no Hospital aponta para uma circulação média de 300 pacientes ao dia, sem contar acompanhantes eventuais. Considerando que é raro o paciente vir sozinho para atendimento, sendo normalmente acompanhado de um acompanhante, a circulação média diária projetada de cidadãos no Centrinho-USP é de 600 pessoas.

Para o atendimento à população, o Centrinho-USP dispõe de duas estruturas físicas distintas, resultado do crescimento de sua demanda em contraponto ao estrangulamento do espaço físico disponível. Os cidadãos com malformações do crânio e da face são atendidos em instalações localizadas na Vila Universitária, em Bauru, dentro do campus local da USP, onde nasceu o Hospital; nesse prédio, circulam uma média diária de 200 pacientes com seus respectivos acompanhantes. Já os cidadãos com deficiência auditiva são encaminhados para o prédio da Divisão de Saúde Auditiva, localizada em prédio de 4 andares e dois blocos, no Jardim Panorama. Nesse prédio circulam uma média diária de 100 pacientes com seus eventuais acompanhantes.

Há que se considerar a pluralidade cultural presente nessa parcela, já que o Hospital recebe pessoas de todas as regiões brasileiras, e os diferentes níveis socioeconômicos destes, determinantes para a adoção de estratégias de comunicação. No que se refere a esse aspecto, a população de pacientes é extratificada<sup>34</sup> em baixa inferior (18,3%), baixa superior (38,7%), média inferior (23,0%), média (8,7%), superior (1,6%) e alta (0,1%). No prédio central, onde são atendidos os cidadãos com malformações craniofaciais - cuja população matriculada no hospital chega aos 50 mil pacientes<sup>35</sup>, 5,2% são da região Norte do país, 5,1% da região Nordeste, 11,4% da região Centro Oeste, 16,2% da região Sul e 62,1% da região Sudeste, fato explicado pela própria localização do Hospital. Na Divisão de Saúde Auditiva, quase 30 mil pacientes são, de acordo com sua origem, 2,5% da região Norte, 3,4% da região Nordeste, 6,6% da região Centro-Oeste, 6,9% da região Sul e 80,6% da região Sudeste, onde se localiza o Centrinho-USP.

---

<sup>34</sup> *Níveis sócio-econômicos dos pacientes*: determinados por estudos realizados pelo Serviço Social do HRAC-USP, que considera dados como renda familiar, nível de alfabetização e outros dados amplamente utilizados em estudos demográficos. Fonte: Serviço Social do HRAC-USP

<sup>35</sup> Fonte: Serviço Social do HRAC-USP.

## 4 Percepções dos usuários e dos trabalhadores em saúde do HRAC-USP

Na fase de pesquisa de campo, foram realizadas 80 entrevistas - 40 com usuários e 40 com profissionais do Hospital - mediante dois roteiros pré-estabelecidos, considerando os dois públicos pesquisados, usuários e profissionais do HRAC-USP. As impressões foram colhidas por entrevista gravada em abordagem direta e posteriormente transcritas (Apêndice digital, em CD-ROM).

### 4.1 Usuários do HRAC-USP

Foram realizadas entrevistas com 40 usuários, abordados aleatoriamente nas dependências do HRAC-USP e em seu entorno, tanto no ambulatório de saúde auditiva, onde nove entrevistas foram realizadas, como na unidade de anomalias craniofaciais, com 31 entrevistas. Procurou-se respeitar a proporcionalidade de usuários no cenário de número total de pacientes do Hospital, onde aproximadamente 37% são de deficientes auditivos e 63% de pessoas com anomalias craniofaciais; pequena variação desse percentual na amostra se deve a ausência dos abordados em conceder entrevista. As dez questões foram formuladas de forma a propiciar que o entrevistado fornecesse impressões pessoais sobre o relacionamento com a instituição (Anexo 1). Na elaboração do roteiro, foram considerados a diversidade de níveis socioeconômicos, a cultura organizacional existente e o vínculo que se forma entre o Hospital e os usuários, que predispõe a um sentimento de familiaridade que pode mascarar eventuais críticas.

As quatro primeiras perguntas foram formuladas com o objetivo de identificar o perfil do usuário:

- quanto à natureza do vínculo com o Hospital (**“Paciente ou acompanhante - família?”**): caracteriza se o usuário é paciente, familiar ou o grau de relacionamento com o paciente. Tal dado permite identificar o impacto das políticas de comunicação institucional na vida do entrevistado, no que se refere ao tratamento recebido;
- sua região de origem (**“De onde você é? Cidade, estado”**): possibilita avaliar se diferenças regionais influenciam a percepção dos usuários quanto ao relacionamento com o HRAC-USP;

- seu nível de formação educacional e potencial de compreensão de linguagem na área da saúde (“**Em que você trabalha?**”): a partir da resposta, é possível aferir o nível de escolaridade do entrevistado e, assim, detectar a influência do repertório de linguagem do entrevistado no diálogo com os profissionais de saúde;
- o tempo de relacionamento com o Hospital (“**Há quanto tempo você, ou seu filho, é paciente do Centrinho?**”): permite identificar o grau de envolvimento e familiaridade com os profissionais do HRAC-USP e as experiências vivenciadas durante o tratamento, no que se refere ao grau de complexidade dos atendimentos já recebidos e o volume de informações a que o usuário foi exposto. Pela resposta, é possível avaliar também se o usuário se inseriu na cultura organizacional da instituição ou se formulou percepção a respeito.

*Tabela 1* - Perfil dos usuários entrevistados quanto ao tipo, cidade de origem, profissão e tempo que frequenta o HRAC-USP

Usuário	Paciente ou acompanhante	Origem – cidade e estado	Profissão	Frequenta o Hospital
1	Paciente	Brasília (DF)	Professor de inglês e funcionário público	30 anos
2	Mãe de paciente	São Mateus (SP)	Do lar	1 ano
3	Mãe de paciente	Belém (PA)	Professora de educação física	8 anos
4	Paciente	Bauru (SP)	Auxiliar administrativo	30 anos
5	Paciente	Marabá (PA)	Vendedora externa	1º atendid
6	Mãe de paciente	São Paulo (SP)	Doméstica	14 anos
7	Mãe de paciente	Santa Izabel (SP)	Diarista	8 anos
8	Mãe de paciente	Itajobi (SP)	Do lar	1 ano
9	Tia e tia avó de paciente	Brasília (DF)	Telefonista	18 anos
10	Mãe de paciente	Barra do Garças (MT)	Bancária - banco público	4 meses
11	Paciente	Limeira (SP)	Trabalha com paisagismo	13 anos
12	Mãe de paciente	Jundiaí (SP)	Gerente comercial	2 anos
13	Mãe de paciente	Itapemirim (ES)	Lavradora	1º atendid
14	Tio de paciente	Jundiaí (SP)	Gráfico	2 anos
15	Mãe de paciente	São Paulo (SP)	Doméstica	12 anos
16	Paí de paciente	Penápolis (SP)	Bombeiro	16 anos
17	Paí de paciente	Toledo (PR)	Agricultor	16 anos
18	Paí de paciente	Belo Horizonte (MG)	Ajudante de pedreiro	10 anos
19	Paí de paciente	Lavras (MG)	Fiscal	9 anos
20	Paciente	Iberá (SP)	Servente de pedreiro	18 anos
21	Tia de paciente	Porto Ferreira (SP)	Do lar	11 anos
22	Mãe de paciente	Santo Antonio da Platina (PR)	Vendedora	17 anos
23	Paciente e mãe de paciente	São Paulo (SP)	Trabalhador de saúde	28 anos
24	Mãe de paciente	Belo Horizonte (MG)	Do lar	4 anos
25	Paciente	Estado São Paulo	Não trabalha	18 anos
26	Mãe de paciente	Estado Mato Grosso	Oficial de justiça	17 anos
27	Mãe de paciente	Manaus (AM)	Fisioterapeuta	15 anos

(continuação)

Usuário	Paciente ou acompanhante	Origem – cidade e estado	Profissão	Frequência Hospital
28	Mãe de paciente	Goiânia (GO)	Do lar	16 anos
29	Paciente	Vitória (ES)	Construção civil	5 anos
30	Avó de paciente	Barretos (SP)	Aposentada	15 anos
31	Mãe de paciente	Atibaia (SP)	Ajudante serviços gerais	10 anos
32	Filho de paciente	Bauru (SP)	Aposentado	1 ano
33	Paciente	Macatuba (SP)	Processo aposentadoria	2 anos
34	Esposa de paciente	Santa Bárbara D'Oeste (SP)	Do lar	2 anos
35	Filha de paciente	Bauru (SP)	Aposentada	10 anos
36	Amiga e filha de paciente	Pederneiras (SP)	Do lar	17 anos
37	Mãe de paciente	Botucatu (SP)	Do lar	5 anos
38	Paciente	Bauru (SP)	Do lar	13 anos
39	Filha de paciente	Iacanga (SP)	Aposentada	8 anos
40	Esposa de paciente	Bauru (SP)	Secretária auxiliar de dentista	5 anos

Legenda:

Tipo vínculo	Paciente	Núcleo familiar direto	Núcleo familiar indireto		
Origem	Região Norte	Região Centro-Oeste	Região Sudeste	Região Sul	
Ocupação	Nível básico	Nível médio	Nível superior	Sem dados para aferição	
Tempo vínculo	0-5 anos	6-10 anos	11-15 anos	16-20 anos	21-30 anos

Da amostra, a grande maioria (65%) é composta por acompanhantes pertencentes ao núcleo familiar direto, ou seja, pai, mãe, filho(a) ou esposo(a). Esses acompanhantes não são usuários diretos dos serviços do HRAC-USP por não receberem tratamentos, mas estão sempre presentes nos atendimentos e acompanham a evolução do tratamento. Essa característica é marcante no perfil da instituição estudada porque a grande maioria dos pacientes são dependentes por serem menores de idade ou idosos ou, ainda, por dificuldades devido à sua patologia, no caso de surdez.

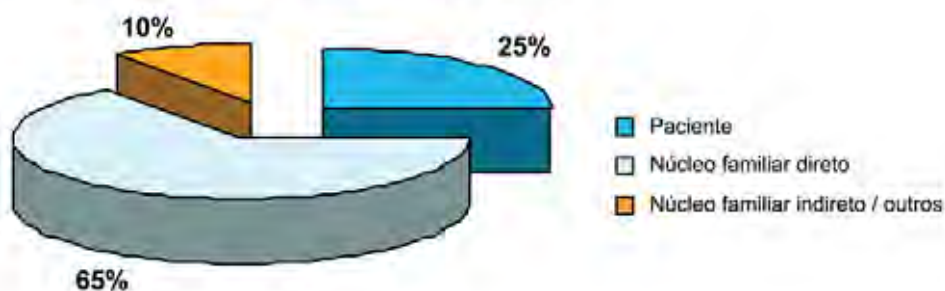
Observa-se ainda que nas entrevistas os acompanhantes referem-se à percepção dos pacientes ou solicitam que os mesmos expressem sua opinião, como pode ser observado em trechos de transcrições das entrevistas:

Então, fazendo jus à queixa de sua filha, gostaria que retornasse o posto ao ambulatório (USUÁRIO 3).

Seu filho diz que sempre perguntam nas consultas se entendeu tudo, se tem alguma pergunta e explicam de novo (USUÁRIO 17).

Seu pai comenta que nunca teve dificuldades para entender nada, sempre explicaram tudo muito bem (USUÁRIO 35).

Gráfico 1 - Usuários da amostra segundo o tipo

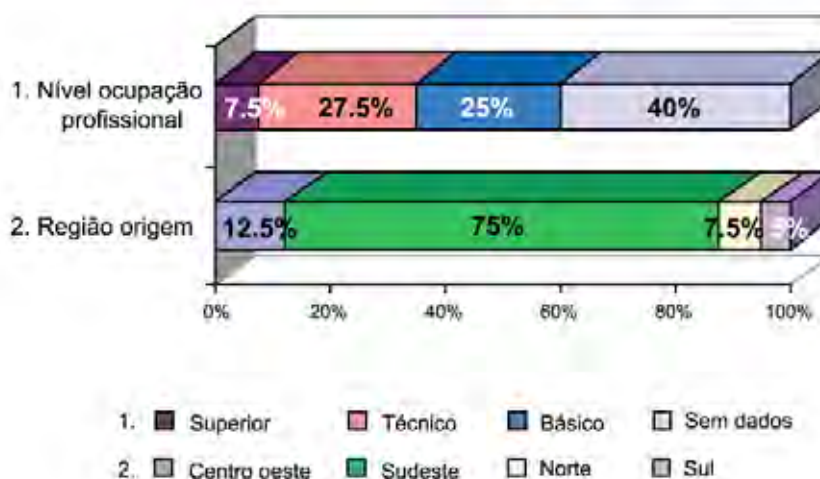


As questões sobre a região de origem e profissão do usuário, “**De onde você é? (cidade, estado)**” e “**Em que você trabalha?**”, permitem identificar o grau de influência na percepção de cada um que resultam das diferenças de repertório sociocultural do entrevistado, no que se refere às realidades regionais dos Estados de origem e do nível de escolaridade e potencial de compreensão da linguagem médica, aferidos pelo exercício profissional. A relevância de tais dados fica evidenciada em declarações do gênero:

Segundo seu relato o Pará é um estado muito pobre, principalmente o interior, e não há muito esclarecimento aos cidadãos sobre os recursos de saúde e os seus direitos. Imagina que há muitas pessoas mais humildes que não são esclarecidas como ela mesma se considera, e que acabam por não exercer seus direitos e se conformam com qualquer tipo de atendimento recebido, mesmo que de péssima qualidade, porque vêm do serviço público e se sentem privilegiados só por terem sido atendidos (USUÁRIO 3).

Porque em sua cidade não tem acesso a isso, e gostaria que fosse mais divulgado, principalmente porque sabe que tem pessoas mais carentes. Sente necessidade de saber mais sobre isso (USUÁRIO 22).

Gráfico 2 - Perfil dos usuários entrevistados quanto à região de origem e nível de ocupação profissional



A grande maioria dos entrevistados residem na região Sudeste, notadamente no Estado de São Paulo (75%). Há que se destacar que nove entrevistados (22,5%) são usuários do ambulatório de saúde auditiva que, segundo política do SUS, atende prioritariamente a cidadãos da região do Departamento Regional de Saúde VI-Bauru<sup>35</sup> (DRS-VI Bauru). Quanto ao grau de escolaridade, a maioria dos entrevistados não forneceu subsídios para tal avaliação (40%) por se referirem à sua ocupação como “dona de casa “ ou “aposentado(a)”. Há que se lembrar que 26 dos entrevistados (65%) estão na categoria de familiar do núcleo direto, sendo que desse total 16 (61,5%) são mães de paciente.

Para complementar o perfil dos entrevistados, o presente estudo traz uma amostra do tempo de vínculo dos usuários com o Hospital com a pergunta **“Há quanto tempo você, ou seu filho, é paciente do Centrinho?”**, referindo-se ao tempo de tratamento realizado na instituição. Tal dado é de suma importância para avaliar o impacto da cultura organizacional na percepção dos usuários e discutir sobre os resultados dessa, na perspectiva de sentimento de pertença (KRAMER; FARIA, 2007, p.85-9) e do impacto psicológico da reabilitação nessa avaliação (GRACIANO *apud* GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007, p.314). Depoimentos extraídos das entrevistas permitem aquilatar o peso de tais sentimentos na análise crítica dos usuários:

Quando chegou no Centrinho se sentiu muito bem, não sentiu mais vergonha de si mesmo porque viu muitas pessoas com o mesmo problema que o seu, ou até mesmo com problemas mais graves (USUÁRIO 5).

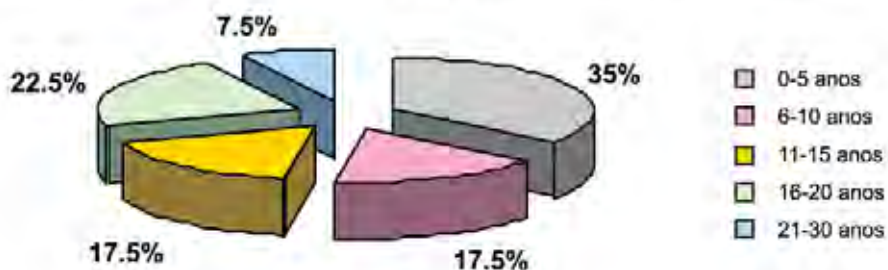
Lembra que vê aqui no Hospital muitas outras crianças com problemas mais graves, até mesmo sem nariz, e aqui os médicos fazem o nariz (!). Então, *“reclamar de um lugar desses pra quê? Só se for doído”* (sic) (USUÁRIO 6).

Para facilitar a análise, as respostas foram agrupadas em cinco categorias: zero a cinco anos, seis a dez anos, 11 a 15 anos, 16 a 20 anos e 21 a 30 anos. Os resultados trazem uma amostra equilibrada, sendo que 35% dos entrevistados fazem tratamento há menos de cinco anos e apenas 7,5% são pacientes há mais de 21 anos, o que poderia influenciar os resultados com manifestações emotivas.

---

<sup>35</sup> A política nacional de descentralização dos atendimentos de saúde divide os Estados em área de abrangência administrativa. O DRS-VI é sediada em Bauru e se responsabiliza pelas políticas administrativas e cobertura de saúde a cidadãos de 68 municípios.

Gráfico 3 - Tempo de vínculo com o HRAC-USP dos usuários entrevistados



A quinta questão, **“O que mudou em sua vida com o tratamento recebido?”**, tem por finalidade medir o grau de subjetividade emocional que porventura influencie uma análise crítica, por parte dos usuários, quanto ao relacionamento com os profissionais de saúde e a qualidade no diálogo com os mesmos. Costa; Valle; Yamada (2000, p.147-8) e Graciano; Tavano; Bacheга (2007, p.311) relatam que os cidadãos ou familiares dos pacientes do HRAC-USP, seja com fissura labiopalatina ou deficiência auditiva, tem sua vida profundamente influenciada pela deficiência e pelas dificuldades de relacionamento social decorrente de preconceito. O fato de que o Hospital propicia ao cidadão o resgate da chamada “normalidade” ou mesmo situação que se aproxime dela, desperta imediato sentimento de gratidão que pode mascarar insatisfações com as políticas institucionais. Registros extraídos das entrevistas como os que se seguem permitem tal avaliação:

A principal mudança assinalada é na aparência, que refletiu em sua auto estima, em sua condição psicológica perante à deficiência, devolveu a confiança para viver em sociedade e na busca pela inserção social, inclusive na busca por uma profissão. [...] Emociona-se ao falar do assunto e diz que tem uma dívida de gratidão para com o Hospital pelo tratamento recebido (USUÁRIO 1).

Mudou tudo em sua vida. Porque, se não fosse o Hospital, os médicos, não tinha nem boca nem nariz direito. *“Não pedi pra nascer assim, mas nasci, sem formação direito [...] Porque existe preconceito, é complicado e tem que superar no dia a dia. Tem que dar graças a Deus pelo Hospital”* (sic) (USUÁRIO 20).

Mudou bem porque o seu esposo estava triste por não conseguir ouvir, e agora com o aparelho ele até voltou a trabalhar, está muito mais feliz (USUÁRIO 34).

*Tabela 2 - Mudanças relatadas na sua vida com o tratamento recebido segundo grau e natureza da mudança, e manifestações espontâneas e emotivas de gratidão dos usuários*

Usuário	Grau de mudança referida			Natureza da mudança				Manifestação verbal de gratidão emocional / fala	
	Pequena	Média	Profunda	Não referiu	Estética	Funcional	Social		Não referiu
1			X		X	X	X		SIM. Emociona-se ao falar do assunto e diz que tem uma dívida de gratidão para com o Hospital pelo tratamento recebido.
2				X				X	NÃO
3			X					X	NÃO
4			X		X	X	X		NÃO
5		X						X	NÃO
6			X		X	X	X		SIM. Em sua opinião “quem fala mal daqui não tem coração” (sic). Afirma que “se falar mal do Centrinho, vou ficar muito brava” (sic).
7			X		X	X			SIM. “Eu não queria jamais reclamar de nada daqui (sic) [...] Nem gosta que falem mal do Hospital.
8			X		X	X			NÃO
9			X		X	X	X		NÃO
10			X			X			NÃO
11			X		X		X		NÃO
12		X						X	NÃO
13			X				X		NÃO
14		X						X	NÃO
15			X					X	NÃO
16			X		X	X			NÃO
17			X		X	X	X		NÃO
18			X					X	NÃO
19			X		X	X	X		NÃO
20			X		X	X			SIM. “Porque existe preconceito, é complicado e tem que superar no dia a dia. Tem que dar graças a Deus pelo Hospital” (sic).
21				X			X		NÃO
22			X				X		NÃO

(continuação)

Usuário	Grau de mudança referida				Natureza da mudança				Manifestação verbal de gratidão emocional / fala
	Pequena	Média	Profunda	Não referiu	Estética	Funcional	Social	Não referiu	
23			X					X	NÃO
24			X		X	X	X		NÃO
25			X				X		NÃO
26			X					X	SIM. "Só de saber que ela está melhor do que quando nasceu, para mim já é uma benção" (sic).
27			X					X	NÃO
28			X		X	X	X		SIM. "Realmente, é um atendimento que a gente tem que agradecer a cada dia [...] se preocupam tanto com a gente como com o filho da gente, só tenho a agradecer" (sic).
29			X		X	X			NÃO
30			X					X	NÃO
31			X		X				NÃO
32		X			X				SIM. "Só quem usa aqui sabe o benefício e o valor que isso aqui tem" (sic).
33			X			X	X		SIM. Tratam os pacientes com carinho, atenção e amor, além de paciência. Porque tem síndrome do pânico além de depressão, e todos foram carinhosos e pacientes com ela.
34			X			X	X		NÃO
35			X			X	X		SIM. Seu pai comenta que, quando começou o atendimento, fazia um contribuição espontânea de recursos, mas o boleto parou de vir pelo banco. Gostaria de continuar a contribuir [...].
36				X				X	NÃO
37			X					X	NÃO
38			X			X	X		SIM. "Se eu pudesse, jogava um avião de pétalas de rosas vermelhas, forrava o Centrinho e do Cedalvi de parabéns [...] O Centrinho para mim é um céu" (sic).
39	X								NÃO
40		X				X	X		NÃO

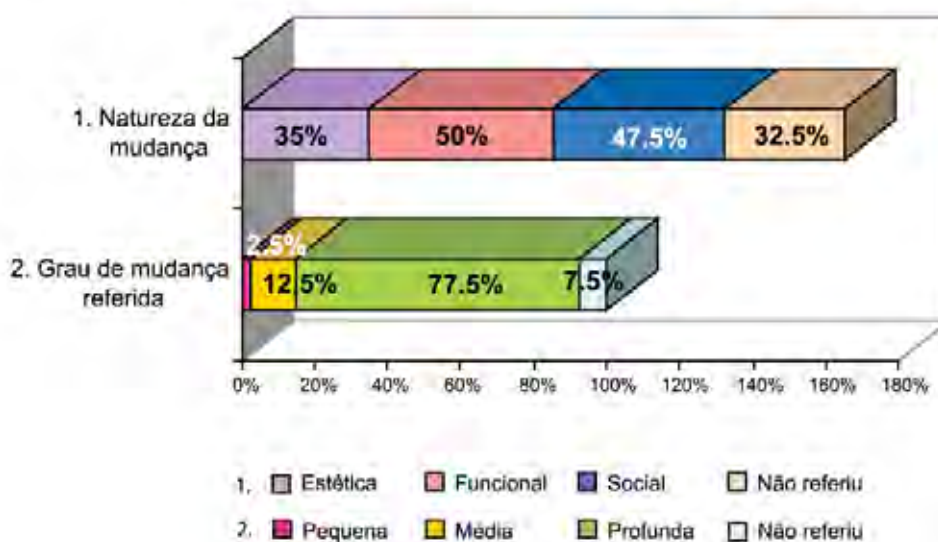
**Legenda:**



Presença de manifestação verbal de gratidão emocional na entrevista

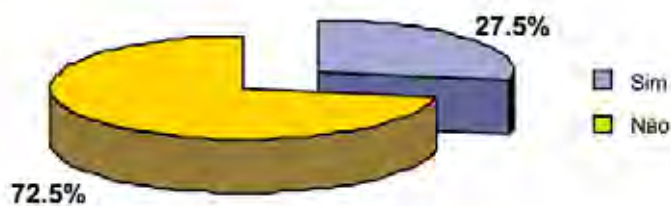
Na amostra analisada, predomina a percepção de mudanças profundas na vida do entrevistado com o tratamento recebido, assinalado por 31 dos entrevistados (77,5%). Tal resposta está diretamente relacionada à natureza dessas mudanças, onde 20 (50%) das respostas apontam para mudanças funcionais (fala, audição), 19 (47,5%) referem-se a mudanças sociais (relacionamento com família e círculos sociais), 14 (35%) mencionam mudanças estéticas decorrente de cirurgias, e 13 (32,5%) embora registrem mudanças, não se referiram especificamente a que tipo de mudança.

Gráfico 4 - Relatos de usuários sobre mudanças em sua vida com o tratamento recebido, por natureza e grau de mudança



Na mesma questão, foi possível avaliar o grau de envolvimento subjetivo dos usuários com o Hospital pela detecção de sentimento emocional de gratidão, presente em declarações espontâneas dos entrevistados. Tal dado permite analisar se questões subjetivas ou culturais interferem na percepção crítica do usuário, ao mesmo tempo em que indica o grau de entendimento dos mesmos sobre o seu direito, como cidadão, de receber tratamento gratuito com qualidade, sem que tal situação seja considerada um benefício. Dos entrevistados, 29 (72,5%) não se referem textualmente a sentimentos de gratidão, o que não significa que considere que falta qualidade ao atendimento ou mesmo expresse insatisfação com a Instituição.

Gráfico 5 - Presença de expressão espontânea e emotiva de gratidão pelos usuários



As perguntas seis e sete abordam diretamente a percepção dos usuários sobre o diálogo entre os profissionais e os usuários no HRAC-USP. A questão **“Você se sente informado sobre o seu tratamento? Suas dúvidas são esclarecidas completamente?”** pretende avaliar se o processo de comunicação entre as partes cumpre o objetivo de esclarecer os usuários sobre sua patologia, as etapas e procedimentos do tratamento, assim como seus direitos como cidadão usuário do sistema público de saúde. Ao mesmo tempo permite identificar a natureza do diálogo, ou seja, se é unilateral ou se ambas as partes participam do processo de comunicação.

As respostas à questão **“Nas consultas ou atendimentos, você tem alguma dificuldade para entender o que os profissionais falam? Por que?”** presta-se a avaliar se a linguagem adotada pela equipe de profissionais do HRAC-USP é adequada ao usuário e, portanto, se corrobora os dados obtidos na questão anterior.

Da análise das duas questões, foi possível também extrair dados como a receptividade dos profissionais do HRAC-USP a questionamentos, o grau de participação dos usuários nesse diálogo através de perguntas e, ainda, se a qualidade do atendimento ou a percepção de humanização no atendimento são associadas ao grau de esclarecimento dos usuários sobre as questões pertinentes ao seu tratamento e atendimentos.

*Tabela 3 - Percepção dos usuários sobre o diálogo com os profissionais do HRAC-USP quanto ao seu próprio nível de informação sobre o tratamento, dificuldades de compreensão das informações, participação no diálogo, receptividade dos profissionais, e manifestação espontânea sobre boa qualidade e/ou humanização no atendimento.*

Usuário	Considera-se informado			Tem dificuldades de compreender o que falam			Faz perguntas			Há receptividade dos profissionais			Menciona boa qualidade de atendimento e/ou humanização	
	Sim	Não	referiu	Sim	Não	As vezes	Não referiu	Sim	Não	Não referiu	Sim	Não		Não referiu
1	X					X		X			X			X
2	X				X					X				
3	X					X		X			X			X
4	X				X			X			X			X
5	X					X		X			X			
6	X				X					X			X	X
7	X				X			X			X			
8	X				X			X					X	
9	X					X		X			X			
10	X				X			X			X			X
11	X				X			X			X			
12	X				X					X	X			X
13	X				X					X	X		X	X
14	X				X			X			X			
15	X				X					X	X			
16	X				X					X			X	
17	X				X			X			X			
18	X				X					X			X	
19	X				X			X			X			X
20	X				X			X			X			
21	X				X					X	X			X
22	X				X			X			X			
23	X				X			X			X			X
24	X				X			X			X			X
25	X				X			X			X			
26	X				X			X			X			
27	X				X			X			X			

(continuação)

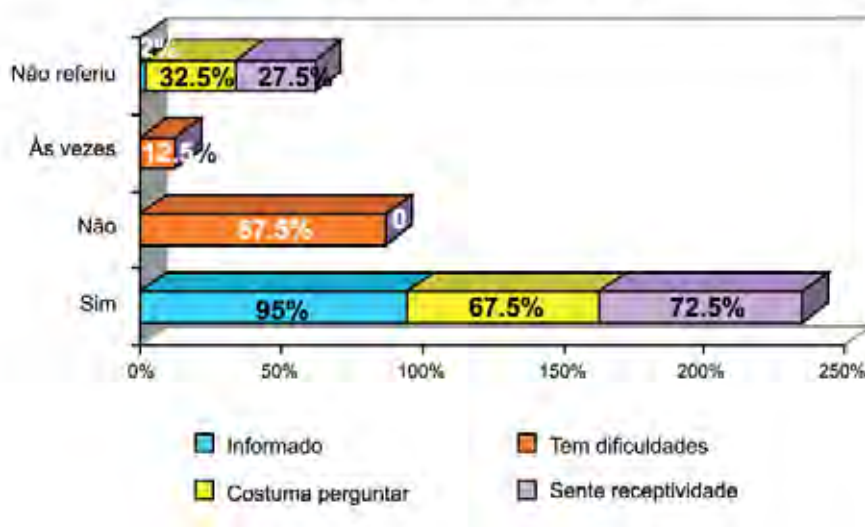
Usuário	Considera-se informado			Tem dificuldades de compreender o que falam			Faz perguntas			Há receptividade dos profissionais			Menciona boa qualidade de atendimento e/ou humanização
	Sim	Não	Não referiu	Sim	Não	Não referiu	Sim	Não	Não referiu	Sim	Não	Não referiu	
28	X				X			X			X		X
29	X				X			X			X		X
30	X				X				X				
31	X				X					X			
32	X				X					X			
33	X					X				X			X
34	X				X					X			
35					X							X	
36	X				X				X				X
37	X				X					X			
38	X				X					X			X
39					X								X
40	X				X					X			X

**Legenda:**

Presença de manifestação espontânea de qualidade e/ou humanização no atendimento

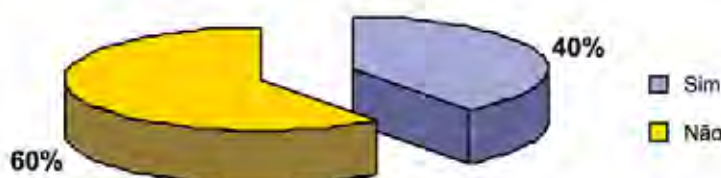
Nas respostas, assinala-se para uma preponderante maioria de usuários que se consideram informados sobre o atendimento - 38 usuários (95%) - sendo que 35 entrevistados (87,5%) afirmam que não sentem dificuldades em entender o que lhe é explicado. Do total de entrevistados, 27 (67,5%) declaram que fazem perguntas quando não entendem, e 29 usuários (72,5%) assinalam espontaneamente a disponibilidade e receptividade dos profissionais do HRAC-USP em esclarecer as perguntas formuladas.

Gráfico 6 - Percepções dos usuários quanto ao seu nível de informação sobre o tratamento e o diálogo com os profissionais



Finalmente, 24 dos entrevistados (60%) fazem menção à boa qualidade do atendimento e à humanização desses, mesmo sem serem questionados a respeito, relacionando diretamente tais fatores à sua percepção do diálogo praticado no HRAC-USP.

Gráfico 7 - Presença de menção espontânea dos usuários sobre qualidade e/ou humanização no atendimento



As duas questões que se seguem objetivam identificar deficiências no diálogo praticado no Hospital. A oitava pergunta, “**Do que você mais sente falta nos atendimentos, por parte dos profissionais?**”, permite ao entrevistado que se manifeste sobre a postura dos profissionais no atendimento que inclui atitudes como atenção aos questionamentos, tempo

dedicado ao diálogo e linguajar adotado. A nona pergunta, “**Existe algum assunto que você gostaria que fosse mais divulgado para os pacientes? Qual?**”, estimula o usuário a apontar assuntos que considera pouco explorados e sobre os quais não se considera suficiente esclarecido.

Optou-se no estudo por desvincular tal abordagem das questões diretas sobre o diálogo para que as respostas não fossem mutuamente influenciadas e trouxessem mais elementos para avaliar a percepção dos entrevistados. Na análise das respostas observa-se que ainda que o usuário se considere bem informado, de acordo com as respostas obtidas na sexta questão, o mesmo aponta temas que considera merecer maior empenho na divulgação, conforme pode ser observado nos destaques das entrevistas onde ocorreram essa situação:

Gostaria de saber mais sobre as causas da fissura, e entende que mais consultas com a Genética ajudaria - pois sua filha só passou duas vezes por essa especialidade - ou então palestras a respeito. Em sua opinião, é uma forma de esclarecer mais, pois fica dúvidas sobre a ocorrência da fissura e se alguma atitude sua na gestação contribuiu para a patologia (USUÁRIO 3).  
Esse problema de agenda das cirurgias [...] Diz que explicaram a ela que houve problemas na agenda do centro cirúrgico, e que aconteceu de pacientes que iriam receber alta apresentar sangramento após a cirurgia, e ela sabe que o Hospital não libera o paciente quando algo imprevisto acontece. Afirma entender o problema, mas gostaria que isso fosse mais explicado (USUÁRIO 7).

O agrupamento das respostas de ambas as perguntas propicia uma análise comparativa das manifestações dos usuários sobre suas carências tanto no atendimento como de informações.

*Tabela 4 - Co-relação da percepção dos usuários sobre seu nível de informação sobre o tratamento, carências no atendimento e sugestões de temas para maior divulgação.*

Usuário	Considera-se informado (*)		Sente falta de algo nos atendimentos				Tem sugestão de assunto a ser mais divulgado		
	Sim	Não	Sim	Não	Não referiu	Do quê?	Sim	Não	Qual assunto?
1	X		X			<p>Maior confiança no atendimento psicológico. Maior tempo para consultas de otorrinolaringologia e cirurgia plástica (pré-cirúrgica). O tempo é curto e insuficiente para criar vínculo com os médicos</p> <p>Saber qual o médico que fará sua cirurgia. O Hospital não informa</p>		X	
2	X			X				X	
3	X			X			X		As causas da fissura e se alguma atitude sua na gravidez contribuiu para a patologia
4	X			X				X	Divulgação nacional sobre o tratamento no Centrinho, para outros pacientes
5	X			X			X		Acha que a fissura e o tratamento deveria ser mais divulgado para todo o país, pois não conhecia outras pessoas com a patologia, em sua cidade
6	X		X			Nessa vinda a cirurgia demorou para ser marcada, por falta de leito, mesmo sendo convocada para isso	X		Diz que explicaram a ela que houve problemas na agenda do centro cirúrgico, pacientes que não puderam receber alta. Afirma entender o problema, mas gostaria que isso fosse mais explicado
7	X		X			Demora para marcar cirurgia, dessa vez. Veio, fez os exames e ficou aguardando vaga		X	
8	X			X				X	

(continuação)

Usuário	Considera-se informado (*)				Sente falta de algo nos atendimentos			Tem sugestão de assunto a ser mais divulgado		
	Sim	Não	Não referiu	Sim	Não	Não referiu	Do quê?	Sim	Não	Qual assunto?
9	X					X		X		Maior divulgação nos estados sobre e trabalho do Centrinho. Acha que os próprios hospitais deveriam ter um cadastro e informar da existência do Hospital e encaminhar os pacientes para Bauru
10	X				X				X	
11	X				X			X		Mais divulgação para todo o Brasil sobre o Centrinho. Ele só veio para Bauru na adolescência porque os pais não sabiam do Hospital em Bauru, e só veio para cá depois de fazer duas cirurgias
12	X			X				X		Sobre o TFD, porque ela mesma só conseguiu o auxílio dessa vez. Tem muita gente que iria se beneficiar com essa informação, acha bacana divulgar mais esse direito
13	X			X			Demora na realização da cirurgia, teve que aguardar por dois dias surgir vaga. Acha que agendaram mais do que a capacidade de cirurgia	X		O próprio trabalho do Centrinho deveria ser divulgado para os governantes e políticos, assim como a importância do tratamento da fissura. Acha que o governo deveria investir recursos e garantir o tratamento para a população
14	X				X				X	
15	X				X			X		O enxerto ósseo de seu filho demorou muito para ser feito, e gostaria de saber o porquê. Mas ele já fez a cirurgia, então está tudo certo
16	X				X				X	
17	X					X		X		Acha que o TFD poderia ser mais divulgado mas, em sua opinião "quem precisa, vai atrás. Deve ir atrás" (sic)
18	X			X			Acha que os atendimentos demoram um pouco, parece que tem demorado mais, mas acha isso normal porque tem muita gente	X		Gostaria que o governo ajudasse mais com dinheiro para o Centrinho e então, precisa divulgar mais o Hospital
19	X				X				X	
20	X				X				X	
21	X				X				X	

Usuário	Considera-se informado (*)				Sente falta de algo nos atendimentos				Tem sugestão de assunto a ser mais divulgado		
	Sim	Não	Não referiu		Sim	Não referiu	Do quê?	Sim	Não	Qual assunto?	
22	X				X			X		Em relação ao próprio SUS, principalmente sobre o TFD. Em sua cidade não tem acesso a isso, e gostaria que fosse mais divulgado, principalmente porque sabe que tem pessoas mais carentes	
23	X				X			X		É de opinião que o TFD deve ser mais divulgado, pois conhece casos de pacientes que não conseguem liberar na cidade. Acha que todos deveriam saber mais como pedir esse direito	
24	X				X			X		Gostaria que o trabalho do Centrinho fosse mais divulgado para outros lugares, principalmente porque gostaria que o Hospital recebesse mais recursos financeiros, pensa em campanhas	
25	X				X			X		Se morasse em Bauru, gostaria de saber como fazer para trabalhar no Centrinho	
26	X				X			X		Gostaria que fosse mais divulgado sobre como prevenir a fissura, para que não venha a ter outro filho com o mesmo problema	
27	X				X			X		Pensa que mais informações sobre prevenção e as causas da fissura seria interessante, para prevenir mais nascimentos. Porque ainda é um assunto desconhecido, percebe que tem muitos pais que são pacientes e tiveram filhos também com fissura	
28	X				X				X		
29	X				X				X		
30	X				X				X		
31	X				X				X		
32	X				X			X		Acha que deveria ser feito um trabalho maior de educação e prevenção sobre as causas da surdez, como ruídos, alimentação, orientações em geral. Acha que seria importante um trabalho maior de prevenção para que mais pessoas não precisem de aparelhos auditivos	

(continuação)

(continuação)

Usuário	Considera-se informado (*)			Sente falta de algo nos atendimentos			Tem sugestão de assunto a ser mais divulgado			
	Sim	Não	Não referiu	Sim	Não	Não referiu	Do quê?	Sim	Não	Qual assunto?
33	X			X			Não sabe se vai ganhar pilhas com o aparelho auditivo. Sabe que isso é um direito do cidadão, por lei, porque paga impostos e não vê como um presente, mas sim como seu direito		X	
34	X				X				X	
35			X			X			X	Seu pai comenta que, quando começou o atendimento fazia um contribuição espontânea de recursos, mas o boleto parou de vir pelo banco. Gostaria de continuar a contribuir
36	X				X				X	
37	X				X				X	
38	X				X				X	
39			X	X			Tiraram o molde do ouvido de sua mãe porque vai ter que trocar os aparelhos, mas não explicaram nada		X	
40	X				X				X	

**Legenda:**

(\*) Dados obtidos na sexta questão



Queixa relacionada a informação



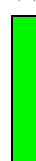
Outros tipos de queixa



Informações relacionadas a patologia e tratamento



Divulgação nacional do Centrinho



Informações relacionadas a políticas e recursos nacionais de saúde

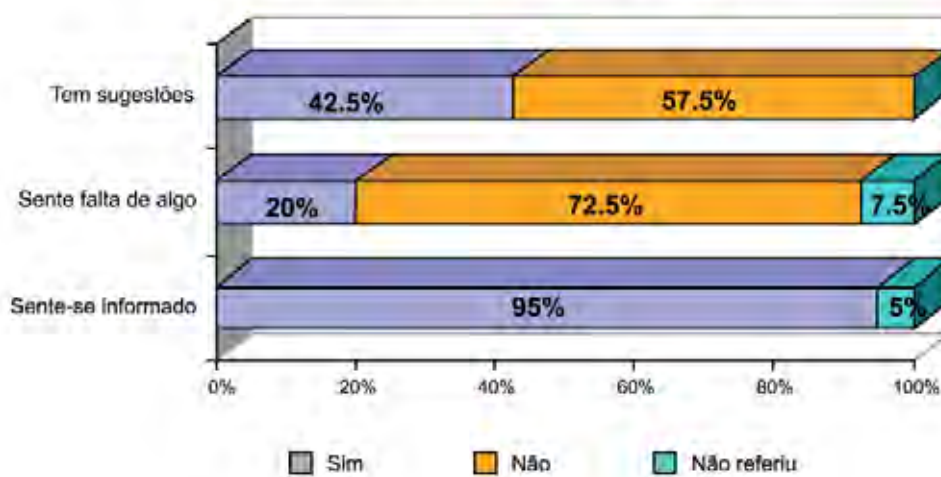


Assuntos emotivos relacionados ao Centrinho

Dos resultados obtidos, observa-se que dos 40 entrevistados 29 (72,5%) não apontam carências no atendimento, três (7,5%) consideram não ter subsídios para tal e oito (20%) declaram sentir falta de algo.

Embora 95% dos entrevistados se considerem informados sobre o tratamento, 17 usuários (42,5%) apontam temas que gostariam que fosse mais divulgado, e outros 23 (57,5%) são de opinião que não há nada a ser mais divulgado, seja por considerar que todos os temas de seu interesse já são alvo de ações de comunicação, ou por não se lembrarem de nada que mereça um esforço maior de comunicação.

**Gráfico 8 - Co-relação entre percepções dos usuários sobre nível de informação sobre o tratamento, carências no atendimento e sugestões de temas para maior divulgação**



Dos oito usuários que declaram sentir falta de algo nos atendimentos registra-se nove queixas, sendo quatro (44,4%) diretamente relacionada a problemas de informação e cinco (55,6%) dizem respeito a aspectos do tratamento que não são concernentes à comunicação, foco do presente estudo.

**Gráfico 9 - Natureza das queixas dos usuários**



Os 17 (42,5%) usuários que se manifestaram por apresentar sugestões formularam 19 dessas, sendo que sete (36,8%) sugerem que o trabalho do HRAC-USP seja mais divulgado em nível nacional com o objetivo de que mais cidadãos sejam informados do tratamento oferecido e sua qualidade, ou que políticos e governantes conheçam a instituição e apoiem-na. Cinco (26,3%) sugestões se referem a temas relacionados à políticas nacionais de saúde e de direitos do cidadão e que não estão na esfera direta de competência do HRAC-USP divulgar, como informações sobre o SUS e TFD<sup>36</sup>, este último mencionado em quatro das cinco sugestões.

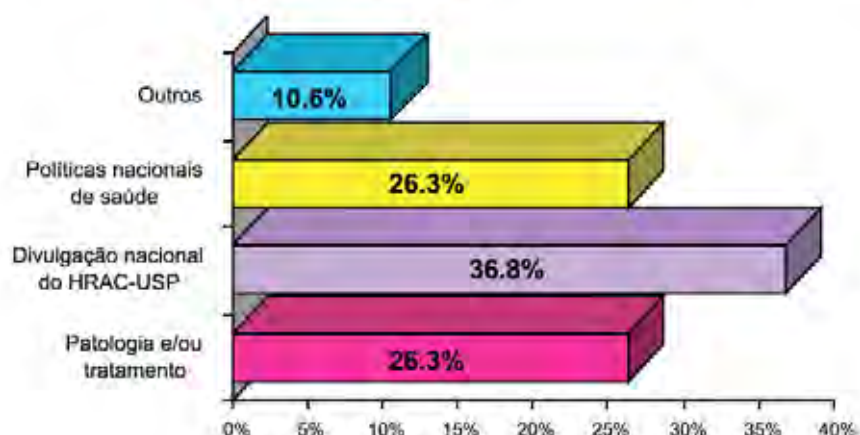
Outras cinco sugestões (26,3%) mencionam temas diretamente relacionados a sua patologia e/ou tratamento e que são alvo do discurso dos profissionais do HRAC-USP; tal menção sugere que embora os usuários se considerem bem informados e afirmem que todas suas dúvidas são esclarecidas, a realidade pode ser diversa. Esse fato pode ser explicado pela resistência dos usuários em tecer críticas ao Centrinho-USP, adotando uma postura condescendente em relação à instituição. O vínculo emocional dos usuários com o Hospital pode ser exemplificado pelas outras duas sugestões apresentadas (10,6%), que seguem transcritas:

Se morasse em Bauru, gostaria de saber como fazer para trabalhar no Centrinho. Porque tem gente que ainda não conhece o Hospital, e gostaria de poder divulgar mais o Hospital para o Brasil (USUÁRIO 25).  
Seu pai comenta que, quando começou o atendimento fazia um contribuição espontânea de recursos, mas o boleto parou de vir pelo banco. Gostaria de continuar a contribuir, vai perguntar para a assistente social como fazer isso (USUÁRIO 35).

---

<sup>36</sup> TFD: Auxílio de Tratamento Fora de Domicílio. Direito previsto em lei que permite ao cidadão solicitar auxílio financeiro para transporte e alimentação quando opta por realizar seu tratamento em município que não seja sua cidade de origem.

Gráfico 10 - Natureza dos temas sugeridos pelos usuários para maior divulgação, segundo áreas de interesse



Finalizando a análise das entrevistas dos usuários, a décima questão **“Você gostaria de fazer alguma sugestão para melhorar o atendimento do Centrinho?”** procura estimular os usuários a refletir sobre eventuais problemas no relacionamento com os profissionais, que abrange vários aspectos, incluindo a comunicação. Na coleta das respostas, observa-se que para os usuários as questões pertinentes ao processo de reabilitação são as que predominam e que aspectos que concorrem para o sucesso desse processo, como a comunicação, passam a segundo plano. Direitos do cidadão e benefícios adicionais, como o TFD e alojamento, são considerados mais relevantes do que a compreensão da linguagem médica. Observa-se, também, que o usuário do HRAC-USP possui noção de seus direitos e que, inclusive, fazem uso do canal de comunicação direto aberto pela Ouvidoria do HRAC-USP, demonstrando grau satisfatório de exercício de cidadania.

Tabela 5 - Sugestões de melhorias apresentadas pelos usuários segundo a natureza.

Usuário	Sugere melhorias		Manifestação dos entrevistados
	Sim	Não	
1		X	Admira o fato do Hospital estar sempre em busca de melhorar o atendimento, porque já o considera de excelência. Em duas ocasiões, teve a cirurgia adiada por circunstâncias alheias - uma vez porque uma cirurgia anterior se prolongou por mais tempo e tiveram que adiar a sua para o dia seguinte, e outra porque houve problema de agenda cirúrgica, de última hora. Mas entende o fato e não reclama, pois todos os demais aspectos positivos do atendimento superam essas situações. Finaliza dizendo que nesses anos fez muita amizade no Centrinho e se sente em casa; considera tudo adequado: as instalações, o atendimento e o tratamento que recebe de todos os funcionários. Diz que seu grande sonho é ver o Hospital reconhecido internacionalmente pelo seu trabalho.
2		X	Não tem sugestões a apresentar, considera o atendimento satisfatório.
3	X		Não tem nada a sugerir, está satisfeita com o atendimento. Somente sua filha, quando chegou dessa vez, sentiu falta do posto da "Recreação" <sup>37</sup> no ambulatório. Vendo um banner sobre a Ouvidoria, perguntou à mãe o que era Ouvidoria e esta explicou que, quando temos alguma coisa a reclamar, procura-se a Ouvidoria. Então ela respondeu: "mamãe, vamos à Ouvidoria reclamar que tiraram nossa 'Recreação' daqui" (sic). Então, fazendo jus à queixa de sua filha, gostaria que retornasse o posto ao ambulatório.
4	X		O tratamento do Centrinho sempre foi e continua ser muito bom. Mas vê que a postura de alguns médicos poderia ser modificada hoje, pois sabe de casos em que tanto a mãe como o paciente saem do atendimento com dúvidas. Talvez falte um pouco de humanização e tempo nas consultas, pois alguns detalhes não são ditos por esses profissionais para os usuários, principalmente os mais humildes. Vê como interessante uma campanha que deixe bem claro que o paciente pode e deve questionar sempre que sentir necessidade. Acredita que a equipe de profissionais irá receber bem esses questionamentos. Hoje há uma pressão grande por produtividade, mas isso não pode afetar a qualidade do atendimento.
5		X	Não tem nenhuma sugestão, o atendimento é ótimo. Sente que os profissionais se importam com os pacientes, e espera que continue sempre assim.
6		X	Não tem sugestão alguma, diz que a equipe atende muito bem a todos. Afirma que "se falar mal do Centrinho, vou ficar muito brava" (sic). Porque, quando seu filho nasceu com fissura, ficou muito triste e deprimida, pensou até em se matar. Mas agora, ele está perfeito, só falta uma cirurgia do nariz. Lembra que vê aqui no Hospital muitas outras crianças com problemas mais graves, até mesmo sem nariz, e aqui os médicos fazem o nariz (!). Então, "reclamar de um lugar desses pra quê? Só se for doído" (sic).
7	X		Para ela, está tudo bem, fora o problema já citado (demora na realização da cirurgia por falta de leito). Acha que está tudo ótimo. Nem gosta que falem mal do Hospital. Reafirma que não está reclamando, mas ficou chateada com o ocorrido.
8		X	Não tem sugestão alguma. Tem auxílio de alimentação, vem de ambulância de sua cidade. Para ela, está tudo ótimo.
9		X	Não considera que tem direito a opinião, já que é a primeira vez que acompanha a sobrinha.

<sup>37</sup> Recreação: Como é conhecido pelos pacientes o Serviço de Educação e Terapia Ocupacional. No ano de 2009, por conta do surto da Gripe H1N1, as atividades desenvolvidas no Ambulatório foram suspensas por precauções de contágio.

(continuação)






Usuário	Sugere melhorias		Manifestação dos entrevistados
	Sim	Não	
10		X	Não tem nenhuma sugestão. Gostaria muito de deixar registrado e elogiar o trabalho da Psicologia com as mães na UTI, porque as profissionais sempre passam para conversar, perguntar se está tudo bem e se quer conversar. Achou diferente e muito bacana isso.
11		X	Não consegue pensar em nada, sempre foi bem atendido, está muito satisfeito. Seu pai diz que o atendimento é muito bom, não tem do que reclamar ou ainda sugestão a fazer, o sistema funciona muito bem, a rotina e todos os atendimentos. Acha tudo ótimo.
12	X		Não tem sugestão a não ser que o Hospital tenha mais cuidado com esse problema de agenda para cirurgia. Acha tudo ótimo.
13	X		Gostaria que houvesse um cuidado maior com a agenda de cirurgia para não ocorrer de ficar muito tempo em Bauru, correndo o risco de que a criança possa pegar uma gripe e sair de condição cirúrgica. Mesmo quando o paciente vem com o TFD, que é o seu caso, é difícil ficar fora de casa por mais tempo do que o previsto. Mas o atendimento é ótimo, não tem do que reclamar.
14		X	Acha que está tudo bem, "em ordem" (sic). Não tem sugestão a dar.
15		X	Acha que o atendimento é muito bom, não tem o que reclamar. Não tem sugestão para oferecer.
16		X	Não lembra de nada no momento, acha tudo ótimo.
17	X		Em sua opinião, quem vem nunca fica contente, mas acha que tem que ficar satisfeito com o atendimento oferecido. O pior é a espera, aguarda-se muito tempo. Talvez uma sala de espera reservada para pessoas com "mais dificuldades" (sic) seria interessante.
18		X	Não acha que tenha algo a melhorar, está tudo excelente.
19		X	Acha que nem tem como melhorar o atendimento no Centrinho, tudo é ótimo. Os funcionários do "Posso ajudar" <sup>38</sup> são sempre atenciosos. Está há nove anos aqui e não tem o que reclamar. Acha que o paciente se sente à vontade dentro do Centrinho.
20	X		Sempre tem alguma coisa para melhorar. Acha que às vezes os pacientes ficam nervosos, se estressam, e o funcionário também acaba estressando. Mas tem que ter paciência, os dois lados, porque é muita gente para ser atendida. E o atendimento é bom, tem que aprender a esperar.
21		X	Acha tudo muito bom, não tem sugestões porque não vê o que pode melhorar.
22	X		Pensa que talvez um número maior de profissionais ajudasse a não atrasar entre um atendimento e outro, "o governo deveria liberar mais profissionais para o Hospital" (sic).
23	X		A única reclamação que tem a fazer é sobre a demora para cirurgia, dessa vez. Há uma semana aguarda em Bauru o surgimento de vaga. Inclusive procurou a Ouvidoria para se queixar, e também reclamou para a assistente social, acha isso errado. "Ficar muito tempo longe de casa é complicado, um absurdo" (sic). Não acha certo chamarem para vir ao Hospital sem ter vaga.
24		X	Não tem nada a sugerir ou reclamar. Sempre foi bem atendida. Todos são muito atenciosos, desde os porteiros aos médicos.
25		X	Não tem nada a sugerir, tudo está excelente.
26	X		Gostaria que houvesse alojamento para, quando vier, ter onde ficar. Às vezes não tem como pagar uma diária em pensão. Porque às vezes "a gente vem desprevenido e não tem onde ficar" (sic).

<sup>38</sup> Posso Ajudar: Equipe de funcionários treinados para orientar e responder à quaisquer dúvida dos usuários, como locais de atendimentos, horários, agendamentos, locais de hospedagem na região, e sobre a Ouvidoria. Permanecem à disposição nas salas de espera, nas recepções e nos corredores do ambulatório.

(continuação)

Usuário	Sugere melhorias		Manifestação dos entrevistados
	Sim	Não	
27	X		Da forma como os profissionais atendem, está ótimo. Sempre se sente bem atendida aqui no Hospital.
28	X		Para ela, está tudo bem. Em sua opinião, o atendimento é tão bom que fica difícil falar alguma coisa.
29	X		Não tem nada a sugerir, acha que o atendimento é ótimo. Está tudo perfeito, os profissionais tem feito de tudo e está mostrando bem seu trabalho.
30	X		Somente gostaria de ter alojamento à disposição, para dormir bem. Tem a Profis <sup>39</sup> , mas não tem muito espaço.
31	X		Gostaria que fosse melhorado o alojamento na Profis. São muitas pessoas e todos dormem juntos. Já ouviu que a Profis passa por dificuldades, e gostaria de ajudar para melhorar o alojamento.
32	X		Vem duas vezes ao ano para atendimento e de imediato, não vê o que pode ser melhorado. "Só quem usa aqui sabe o benefício e o valor que isso aqui tem" (sic).
33	X		Gostaria que fossem organizados grupo de terapia ocupacional e psicologia, dividido por faixa etária. Porque entende que tanto terapia ocupacional como psicológica é muito importante para o tratamento, até mesmo pode-se superar os problemas com esse tipo de apoio, que hoje não existe no Centrinho. Assim o deficiente aprende a superar seus traumas e dificuldades. Só o aparelho e consultas não adiantam, tem que ter um suporte de terapia. Sente falta de formar um grupo que tenha vínculo de amizade para poder superar melhor seus problemas, gostaria de ter mais contatos com outras pessoas com o seu problema.
34	X		Também pensa que se tivesse instrutores de Libras <sup>40</sup> para quem não ouve nada, seria muito importante, porque há pacientes que não se beneficiam com o aparelho.
35	X		Não tem o que melhorar, do seu ponto de vista. Sempre que vem o atendimento é rápido e bem feito.
36	X		Não tem nada a sugerir, acha o atendimento muito bom mesmo. Seu pai comenta que todos são ótimos, está bem satisfeito.
37	X		Todas as vezes que veio aqui sempre foi tão bem atendida que não vê o que possa melhorar. O atendimento é excelente.
38	X		Não tem sugestões a dar, acha que tudo está muito bom. O atendimento que seu filho recebe é excelente, não tem do que reclamar.
39	X		Não tem o que reclamar ou sugerir. Em suas palavras, está tudo bem, "o Centrinho para mim é um céu" (sic). Brinca com todo mundo e todos correspondem. Acha que depende também do usuário, se "entra sorrindo, sai sorrindo" (sic).
40	X		Gostaria somente que os médicos atendessem mais cedo, "para não ficar esperando tanto" (sic). Não tem sugestões, considera o atendimento muito bom. Antes tinham que subir escadas, agora todas as consultas estão no andar térreo e ficou ótimo.

**Legenda:**

	Sugestões relacionadas a processo de comunicação		Sugestões relacionadas ao tratamento		Não se manifestou
	Sugestões relacionadas ao conforto extra-Hospital		Sem sugestões, considera o atendimento ótimo		

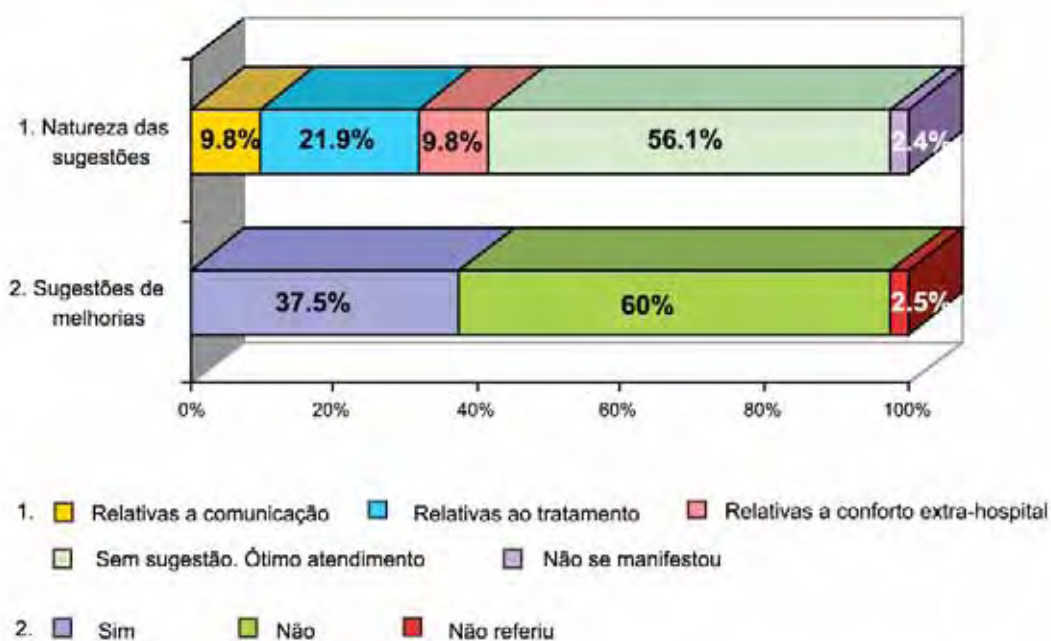
<sup>39</sup> Profis – Sociedade de Promoção Social do Fissurado Lábio-Palatal. Entidade privada e filantrópica que oferece alojamento, refeição e auxílio para viagens para pacientes carentes.

<sup>40</sup> Libras: Língua Brasileira de Sinais, utilizada por deficientes auditivos que não conseguem oralizar, seja pela perda ou pela falta de repertório.

As respostas a essa última questão permite finalizar o quadro geral de percepção dos usuários do HRAC-USP quanto ao diálogo praticado na instituição, entre os trabalhadores de saúde e os seus usuários. O conjunto de respostas apontam para o reconhecimento pelos usuários da cultura local como marcada por fortes traços de fraternidade, aproximando-se do conceito de família e amizade. As frequentes menções à política de humanização no ambiente hospitalar tem grande influência no julgamento dos usuários quanto ao atendimento no Hospital, resultando numa postura condescendente quanto a eventuais problemas, incluindo o processo de comunicação. A boa qualidade do atendimento é a resposta mais recorrente entre os usuários, chegando a ser citada como fator atenuante no confronto com queixas e problemas identificados pelos usuários.

Das 40 respostas, apenas 15 (37,5%) usuários apresentam sugestões, outros 24 (60%) afirmam que o atendimento é ótimo e não tem sugestões a oferecer e um (2,5%) não se considera apto a oferecer sugestões. Quanto à natureza das sugestões, quatro (9,8%) referem-se à comunicação, nove (21,9%) ao tratamento, quatro (9,8%) a conforto extra-Hospital, 23 (56,1%) afirmam que o atendimento é ótimo e não tem sugestões a oferecer, e uma (2,4%) não se referiu a sugestão alguma e não quis emitir opinião.

**Gráfico 11 - Sugestões de melhorias apresentadas pelos usuários, segundo índice de manifestação e natureza das sugestões**



Observa-se que para o usuário do HRAC-USP as questões de saúde relativas ao seu tratamento predominam sobre outros aspectos que contribuem para a reabilitação. Isso se deve ao fato de que a sua maior expectativa é a reabilitação estética e o consequente resgate de sua cidadania e do padrão comum de “normalidade” do ser humano, aspectos que possibilitam ao mesmo viver em sociedade, ou seja, com habilidades funcionais (fala e audição, nesse caso) e habilidades sociais (superação do preconceito e traumas psicológicos decorrente da sua patologia).

#### **4.2 Trabalhadores em saúde do HRAC-USP**

Foram realizadas entrevistas com 40 funcionários do HRAC-USP, aqui considerados trabalhadores em saúde, independente do fato de exercerem profissões que exige graduação. O estudo procura contemplar todas as áreas que têm contato direto com o paciente seja para atendimento direto em saúde, como técnicos de saúde e profissionais de saúde (cirurgiões dentistas, técnicos de enfermagem, médicos, etc), ou que atuam em atividades de apoio técnico operacional ao atendimento (receptionistas e funcionários que fazem agendamento). A seleção dos entrevistados foi feita com base nesses critérios e abrange praticamente todas as especialidades de atendimento do HRAC-USP.

Dos 766 trabalhadores em saúde que atuam no HRAC-USP, 425 (55,5%) atendem diretamente o paciente, sendo que desse número 172 (40,5%) exercem atividades de nível técnico que não exige graduação para o exercício, e 253 (59,5%) são profissionais da área de saúde que atendem diretamente ao paciente, realizando atendimentos especializados. Dos entrevistados, 32 (80%) atuam na unidade de anomalias craniofaciais, sete (17,5%) atuam no ambulatório de saúde auditiva e um (2,5%) atua nas duas unidades dada a característica de seu trabalho, a Ouvidoria. As nove questões foram formuladas de forma a propiciar que o entrevistado fornecesse impressões pessoais sobre a instituição, o relacionamento com os pacientes e o diálogo praticado no âmbito interno (Anexo 2).

Na fase de pré-teste, o roteiro sofreu uma pequena alteração na sétima pergunta, antes formulada como “*Qual a sua opinião sobre o processo comunicativo entre os profissionais de saúde e os usuários (pacientes e familiares) dentro do Centrinho?*” e que foi alterada para “*Qual a sua opinião sobre o diálogo entre os profissionais de saúde e os usuários (pacientes e familiares) dentro do Centrinho?*”, pois foi observado que os entrevistados confundiam a expressão “processo comunicativo” com o trabalho realizado pelo Serviço de Comunicação, o

que demonstra que essa área já está inserida na cultura interna e se tornou sinônimo dessas atividades.

As três primeiras questões objetivam identificar o perfil do trabalhador em saúde:

- quanto à atividade que exerce (**Profissão / atividade**): situa o trabalhador quanto ao tipo de contato que estabelece com o usuário e a área correspondente no tratamento do paciente;
- o tempo em que está inserido no contexto hospitalar (**“Há quanto tempo trabalha no Centrinho?”**): permite identificar o grau de envolvimento e familiaridade com as normas e rotinas do HRAC-USP e se esse tempo influencia nas percepções internas, de modo geral;
- quanto a intensidade do contato com o usuário (**Qual a principal característica de sua atuação? Em que momento atende o paciente?**): permite traçar um panorama do tipo de contato e quais os momentos de necessidade do usuário o entrevistado presencia, intervém e, portanto, qual o nível de percepção do diálogo interno, nesse contexto.

Tabela 6 - Perfil dos trabalhadores em saúde entrevistados, quanto à atividade exercida e em que momento mantêm contato com o paciente

Trabalhador	Tempo atuação	Profissão <sup>41</sup> / Característica da atividade	Em que momento atende o paciente
1	14 anos	Recepcionista, circulante de prontuário (TAO). Controla para que o usuário cumpra toda a agenda. Fornece orientações, tira dúvidas sobre atestados e atendimentos, ajuda no “encaixe” de atendimentos	Desde a chegada e após cada atendimento, durante todo o tratamento
2	21 anos	Cirurgiã dentista (ortodontista) (PS). Atua no tratamento ambulatorial e como preceptora de alunos Na equipe de casos novos, participa do 1º atendimento ao paciente recém-matriculado no Hospital e explica todo o tratamento aos usuários	Na ortodontia, a partir dos 11 anos por cerca de 5 a 6 anos. No casos novos, no 1º atendimento
3	21 anos	Assistente social (PS). Trabalha de forma educativa em vários aspectos de conscientização, instrumentalização e capacitação dos usuários em temas como políticas públicas, direitos e deveres como paciente. Intermedia solicitação de recursos feito pelos pacientes às diversas esferas públicas, como o TFD	Em todas as fases do tratamento; não trabalha com agenda de reabilitação, mas atende o usuário sempre que a procuram
4	18 anos	Assistente de ouvidoria (assistente social) (PS). Atua como canal de interlocução com o usuário, ouvindo as explanações, reclamações, dúvidas e manifestações desses. Além de ouvir a manifestação, busca as respostas junto às áreas envolvidas e faz a devolutiva ao manifestante	Não trabalha com agenda de reabilitação. Atende por demanda espontânea (e-mail, presencial, telefone, ou carta)
5	30 anos	Psicóloga (PS). Prepara o paciente e familiares para cada etapa de atendimento que receberá, além de ouvir suas angústias e procurar amenizá-las. Faz rotina ambulatorial, rotina de pré-internação. Atende internação e todo o período pós-cirúrgico, inclusive em plantões	Acompanha o paciente em todo o tratamento, em momentos diferentes desse
6	6 anos	Técnico de apoio educativo (TAS), trabalha na Educação e Terapia Ocupacional. Desenvolve atividades lúdicas diversas e terapias de grupo com pacientes e acompanhantes para amenizar a tensão pré-cirúrgica. Em parceria com a Psicologia atua em intervenções emergenciais de desequilíbrio emocional dos usuários, seja paciente ou acompanhante Idem no período de internação pós-operatório	Durante todo o tratamento, sendo maior nos períodos pré e pós-operatório
7	17 anos	Enfermeira (PS). Na agenda de rotina para internação, o 1º atendimento é o de enfermagem para verificação de sinais vitais, antropometria, condições de saúde, antes dos atendimentos médicos. Integra o Projeto Mãe Gestante, que atende a pais que descobrem, nos exames pré-natais, que o filho tem malformação	Atende pacientes durante todo o tratamento. Fornece orientações por telefone e pessoalmente a mulheres grávidas.

<sup>41</sup> Profissão: TAO: Técnico de Apoio Operacional. TAS: Técnico de Apoio em Saúde. PS: Profissional de Saúde.

(continuação)	<b>Trabalhador</b>	<b>Tempo atuação</b>	<b>Profissão / Característica da atividade</b>	<b>Em que momento atende o paciente</b>
8	14 anos		Auxiliar administrativo (TAO), trabalha com agendamento de pacientes com deficiência auditiva. Faz atendimento por telefone e pessoalmente. Em sua opinião, atua como "ponte" entre o profissional e o paciente	Faz o 1º contato com o paciente, na abertura do prontuário
9	20 anos		Psicóloga (PS). Faz atendimento na rotina ambulatorial, procurando ouvir, amenizar e orientar tanto pacientes como familiares sobre as angústias com o tratamento e com a sua deficiência	Durante todo o tratamento do paciente
10	14 anos		Auxiliar administrativo (TAO). Trabalha na recepção, atende o paciente desde a entrada até a saída. "É o cartão de visita do Hospital" (sic)	Em todas as vindas do paciente para atendimento
11	19 anos		Fonoaudióloga (PS). Atende pacientes infantis. Faz o 1º atendimento para diagnóstico. Orienta os pais sobre os tipos de aparelho e seu uso. Realiza testes com diferentes modelos adequados à perda. Faz acompanhamento após a adaptação do aparelho, avaliando com os pais a eficácia do aparelho indicado	Desde o 1º diagnóstico a acompanhamentos durante a infância e adolescência
12	21 anos		Psicóloga (PS). Atende o paciente na 1ª entrevista e nos controles de acompanhamento, de acordo com cada caso	Desde a 1ª entrevista e nos controles de acompanhamento, de acordo com cada caso
13	20 anos		Faz psicoterapia em pequena escala. Faz acompanhamentos de terapia familiar com os pais dos pacientes Técnico de laboratório de moldes (TAS). Confecciona os moldes auriculares que vão ser adaptados nos aparelhos auditivos; não atende sozinha ao paciente, mas trabalha em conjunto com as fonoaudiólogas, ajustando esses moldes para que o paciente se sinta bem com o aparelho	Após a indicação do aparelho e durante todo o tratamento, quando se mostrar necessário
14	8 anos		Médica (pediatra intensivista) (PS). Atuava em urgências e emergências na Unidade Semi Intensiva e UTI Hoje atende ambulatório para deficiente auditivo. Acompanha, no ambulatório de saúde auditiva, o estado geral de saúde do paciente	Atende crianças e adolescentes durante o tratamento
15	14 anos e 6 meses		Recepcionista (TAO). Recebe o paciente para atendimento e fornece informações por telefone	Na chegada do paciente ao Hospital e ao telefone
16	8 meses		Fisioterapeuta (PS). Atende a pacientes internados no Pós-operatório imediato, na Unidade de Terapia Intensiva e na Unidade de Cuidados Especiais	Durante todo o tratamento, em situações de internação
17	23 anos		Nutricionista (PS). Faz orientações em ambulatório	Durante todo o tratamento
18	23 anos		Atendimento na internação, com prescrição e acompanhamento de dietas específicas e cardápios adequados ao período pré e pós-operatório Fonoaudióloga (PS). Realiza exames e avaliações para diagnóstico, atua na equipe de Caso Novo faz orientação de alta e encaminhamento fonoaudiológico para terapia na cidade de origem do paciente	No Caso Novo, faz o 1º acompanhamentos durante todo o tratamento
19	14 anos		Fisioterapeuta (PS). Atua no ambulatório, rotina de internação e casos novos. Faz avaliações, entrevista e orientações com as mães Atendimento no pós-operatório e aos pacientes internados na UTI e na Unidade Semi Intensiva em grandes períodos de internação (malformações severas)	Durante todo o tratamento, e em especial nos períodos de internação

(continuação)

<b>Trabalhador</b>	<b>Tempo atuação</b>	<b>Profissão / Característica da atividade</b>	<b>Em que momento atende o paciente</b>
<b>20</b>	8 anos	Fonoaudióloga (PS). Realiza atendimentos de diagnóstico para as áreas de audição e fala	Inicia o tratamento fonaudiológico, na infância
<b>21</b>	2 anos	Técnico de apoio educativo (TAS). A tende usuários (pacientes e acompanhantes) em períodos pré-cirúrgicos. As atividades desenvolvidas são de caráter lúdico e de dinâmica de grupo, com brincadeiras, karaokê, teatro	Durante todo o tratamento, em especial nos períodos pré e pós operatório, durante a internação
<b>22</b>	2 anos e 2 meses	Idem no período de internação pós-operatório Técnico de apoio educativo (TAS). Atua no ambulatório no período pré-operatório, desde que entra no Hospital para a rotina	Atende os pacientes em todos os momentos do tratamento
<b>23</b>	16 anos	Idem no período de internação pós-operatório até a alta da cirurgia	
<b>24</b>	21 anos	Cirurgião dentista (prótese) (PS). Faz atendimento em ambulatório de reabilitação odontológica que inclui próteses e implantes dentários	Atende o paciente somente na fase adulta
<b>25</b>	20 anos	Recepcionista (TAO). Recebe os pacientes quando chegam para atendimento, seja para ambulatório ou para internação	Está em contato com o usuário a todo momento
<b>26</b>	12 anos	Auxiliar administrativo (TAO). Trabalha com a internação dos pacientes, tem o controle da agenda e faz a internação, além de receber os exames Cirurgiã dentista (odontopediatra) (PS). Atende pacientes infantis para tratamento odontológico preventivo e restaurador no ambulatório	Está em contato direto com os pacientes Desde a fase de bebê até os 12 anos de idade
<b>27</b>	24 anos	Idem na internação Cirurgiã dentista (odontopediatra) (PS). Inicia seu trabalho na 1ª consulta, com atendimento e acompanhamento preventivo e curativo da cárie dentária	Desde a fase de bebê até os 12 anos de idade
<b>28</b>	26 anos	Idem na internação Nutricionista (PS). Desenvolve atividades de ensino e pesquisa, atende a paciente no ambulatório	Durante todas as fases do tratamento
<b>29</b>	25 anos	Atende na UTI, Unidade de Cuidados Especiais e Internação Técnico administrativo. (TAO) Trabalha na Central de Agendamento, fornece orientações por telefone sobre agendamentos para os usuários	Mantém contato por telefone durante todo o tratamento
<b>30</b>	16 anos	Cirurgiã dentista (cirurgiã bucomaxilofacial) (PS). Faz atendimento ambulatorial No centro cirúrgico, faz cirurgias bucomaxilofaciais, (ortognática) e atendimento pós-operatório	Inicia seus atendimentos aos sete ou oito anos de idade
<b>31</b>	21 anos	Bióloga (genética) (PS). Faz atendimento ambulatorial, diagnóstico do quadro genético-clínico e aconselhamento genético	Em em casos novos e na rotina de acompanhamento do caso

(continuação)

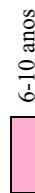
Trabalhador	Tempo atuação	Profissão / Característica da atividade	Em que momento atende o paciente
32	3 anos	Bióloga (PS). Atende mães e pacientes mulheres que participam da pesquisa do PPFO <sup>42</sup> para orientação, avaliação e acompanhamento	Atende a mulheres e pacientes femininos em idade gestacional
33	3 anos	Biomédica (PS). Atende mães e pacientes mulheres que participam da pesquisa do PPFO para orientação, avaliação e acompanhamento	Atende a mulheres e pacientes femininos em idade gestacional
34	3 anos	Bióloga (PS). Atende mães e pacientes mulheres da pesquisa do PPFO para orientação, avaliação e acompanhamento	Atende a mulheres e pacientes femininos em idade gestacional
35	16 anos	Técnico de Enfermagem (TAS). Atua na UTI, no Pós-operatório e em intercorrências mais graves dos pacientes internados	Atende em todos os momentos durante o tratamento
36	20 anos	Enfermeira (PS). Atua na UTI e na Unidade de Cuidados Especiais. Seus clientes são tanto o paciente como a mãe, geralmente por longos períodos de internação (casos de anomalias graves)	Atende em todos os momentos durante o tratamento
37	15 anos	Técnico de enfermagem (TAS). Trabalha na ala de Internação, presta atendimentos ao paciente em todo o período de internação até a alta	Atende em todos os momentos durante o tratamento
38	25 anos	Médico (pediatra) (PS). Atende os pacientes e usuários em ambulatório	Atende durante o tratamento até chegar a fase adulta
39	23 anos	Atua na Internação, UTI, UCE (Unidade de Cuidados Especiais) e Pós-operatório Médica (cirurgiã plástica) (PS). Faz atendimento ambulatorial Realiza cirurgias para reabilitar lábios, palatos <sup>43</sup> e narizes da criança fissurada e atendimento pós-operatório	Atende os pacientes em todas as fases do tratamento
40	26 anos	Médico (cirurgião plástico) (PS). Atende ambulatório em rotina de avaliação, atende o paciente na 1ª vinda ao Hospital para rotina de casos novos Realiza cirurgias de reabilitação de lábio, palato e nariz e atendimento pós-operatório	Inicia a partir dos três meses de idade e segue até a fase adulta

**Legenda:**

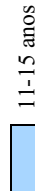
Tempo de atuação:



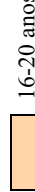
0-5 anos



6-10 anos



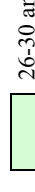
11-15 anos



16-20 anos



21-25 anos



26-30 anos

Profissão / atividade:



Técnico apoio operacional (TAO)



Técnico apoio em saúde (TAS)



Profissional de saúde (PS)

Atende o paciente:



Durante todo o tratamento

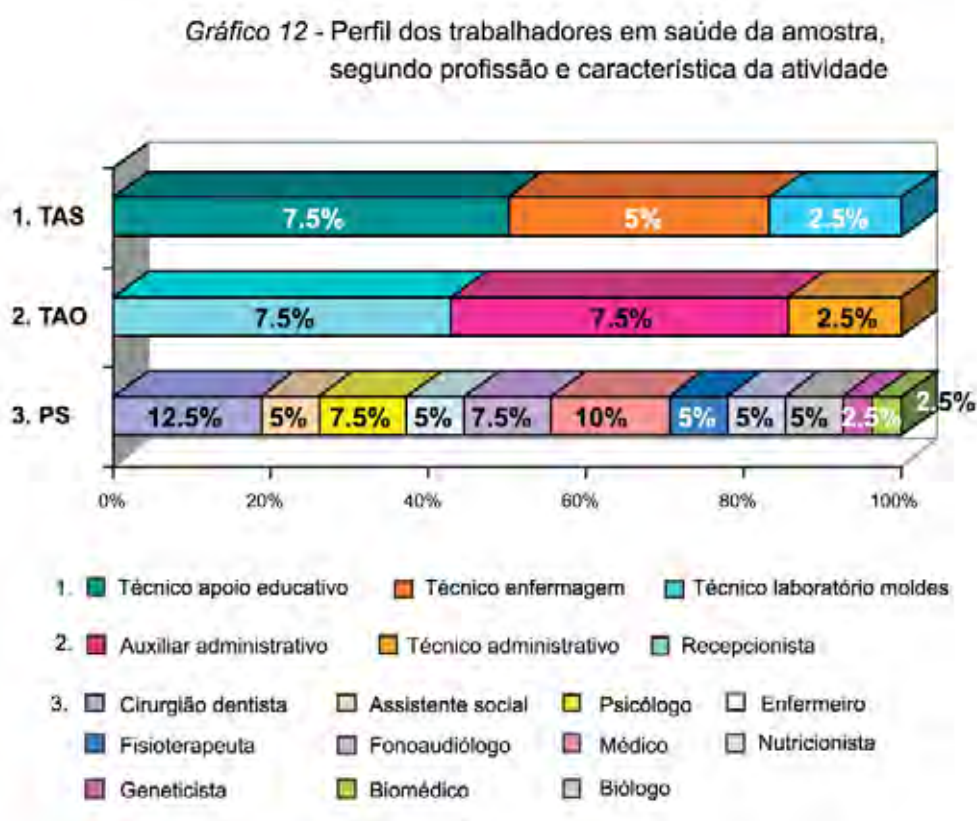


Em momentos estancos do tratamento

<sup>42</sup> PPFO: Programa de Prevenção de Fissuras Orofaciais: pesquisa desenvolvida em conjunto com a Universidade de Iowa (EUA), com auxílio financeiro do NIH – National Institute of Health, órgão público americano equivalente ao Ministério da Saúde do Brasil. Pesquisa se a ingestão de ácido fólico antes e durante a gravidez pode prevenir malformações do tubo neural.

<sup>43</sup> Palato: Céu da boca. Uma das características da fissura labiopalatina é o não fechamento do céu da boca. Pode ocorrer de forma isolada ou associada ao não fechamento do lábio, no período de gestação.

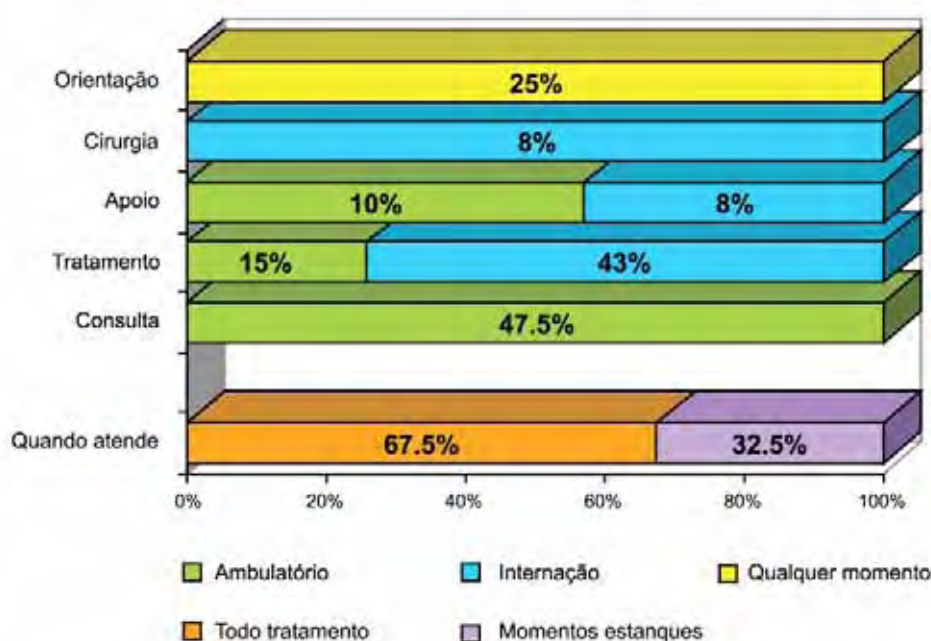
Da amostra, 27 (67,5%) são profissionais de saúde de nível superior (PS), sendo quatro (10%) médicos, cinco (12,5%) cirurgiões dentistas, dois (5%) assistentes sociais, três (7,5%) psicólogos, dois (5%) enfermeiros, três (7,5%) fonoaudiólogos, dois (5%) fisioterapeutas, dois (5%) nutricionistas, dois (5%) biólogos, um (2,5%) biólogo geneticista e um (2,5%) biomédico. Outros 13 entrevistados (32,5%) são trabalhadores técnicos que desenvolvem atividades de apoio ao tratamento do paciente, sendo sete (17,5%) técnicos de apoio operacional (TAO) divididos em três (7,5%) recepcionistas, três (7,5%) auxiliares administrativos e um (2,5%) técnico administrativo, e seis (15%) técnicos de apoio a saúde identificados como dois (5%) técnicos de enfermagem, três (7,5%) técnicos de apoio educativo e um (2,5%) técnico de laboratório de moldes.



Um aspecto importante para a análise das percepções dos trabalhadores sobre o relacionamento com os usuários é a avaliação da intensidade deste contato, ou seja, o número de contatos necessários ao longo do tratamento, o tipo e o momento em que esse se torna necessário. As respostas apontam que 27 (67,5%) dos entrevistados atendem o usuário por cerca de 18 a 20 anos, tempo médio em que o tratamento se completa e 13 (32,5%) mantém contato com os usuários em momentos estanques, nas fases em que o paciente é encaminhado

para sua especialidade. Na avaliação quanto ao momento em que este atendimento se efetiva, observa-se que muitos dos entrevistados atendem o usuário em diversos momentos. Esse dado tem sua relevância na avaliação da natureza do atendimento, considerando o estado psicológico do usuário que afeta percepções sobre o diálogo, e o grau de complexidade necessário para esse atendimento. A tal pergunta, 19 (47,5%) informaram que fazem consultas ambulatoriais, seis (15%) tratamentos ambulatoriais, quatro (10%) desenvolvem atividades de apoio ao tratamento ambulatorial, 17 (42,5%) atendem os usuários durante o período de internação, três (7,5%) desenvolvem atividades de apoio ao período de internação, três (7,5%) realizam cirurgias, e 10 (25%) fornecem orientações e encaminhamentos em momentos diversos.

Gráfico 13 - Natureza do contato com os usuários dos trabalhadores em saúde da amostra, segundo o tipo, momento e frequência que ocorre

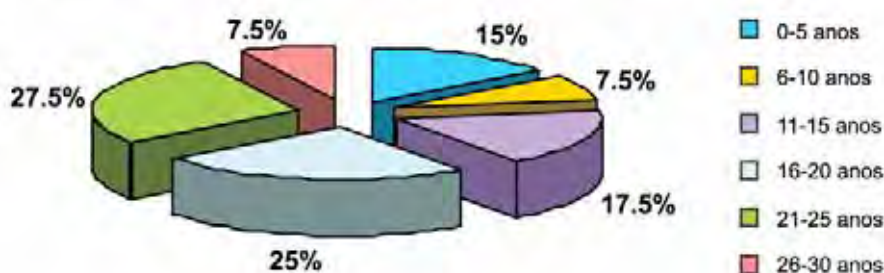


Quanto ao tempo de casa, na análise das respostas somou-se o tempo em que o trabalhador atua com funcionário contratado ao tempo relatado de estágio como parte de atividades de graduação, especialização, mestrado ou doutorado. Esse tempo permite ao entrevistado formular percepções a respeito da cultura organizacional, do relacionamento com o paciente e do diálogo praticado nesse relacionamento.

Uma das características marcantes dessa análise é o fato de que, via de regra, o trabalhador constrói toda uma carreira profissional dentro do HRAC-USP, fato creditado à

condição de funcionário público, à respeitabilidade da instituição na área da saúde e também à percepção da cultura interna, como pode ser observado mais adiante nas respostas à quarta questão. Para facilitar a análise, as respostas foram agrupadas em seis grupos, apresentando os seguintes resultados: de zero a cinco anos, seis trabalhadores (15%), de seis a dez anos, três (7,5%), de 11 a 15 anos, sete (17,5%), de 16 a 20 anos, 10 (25%), de 21 a 25 anos, 11 (27,5%) e de 26 a 30 anos, três (7,5%).

Gráfico 14 - Tempo de casa dos trabalhadores em saúde da amostra



Para avaliar a opinião dos trabalhadores quanto ao relacionamento com os usuários e os fatores que influenciam essa relação, foram formuladas duas questões. A quarta pergunta, “**Na sua opinião, como é a cultura aqui do Centrinho?**”, traz as percepções dos trabalhadores sobre a cultura organizacional do HRAC-USP e como essa cultura influencia o fazer profissional da equipe. A quinta questão, “**Como você definiria a relação entre o hospital e os usuários (pacientes e familiares)?**” relaciona diretamente as percepções relatadas na questão anterior com a natureza do relacionamento com os usuários e como ele, trabalhador, pensa que o usuário vê essa relação. São frequentes respostas como:

Em suas palavras, “*a gente enxerga o paciente de maneira diferente daquela no mundo lá fora*” (sic). Isso faz com que o profissional se envolva mais com o paciente, criando vínculos, e isso torna o ambiente diferenciado, com certeza na Ortodontia, onde trabalha (TRABALHADOR 2).

Do ponto de vista do usuário, acredita que ele está satisfeito. O paciente do Centrinho é muito cordato, talvez pelo grande tempo que frequenta o Hospital durante o tratamento, ele realmente acha que recebe o melhor tratamento do mundo e é extremamente grato por isso. Esse é o retorno que recebem dos pacientes, mas eles não tem noção de que poderia ser melhor (TRABALHADOR 30).

O Hospital foi criado para ajudar os pacientes que nascem com muitos problemas, as vezes bem graves, e busca fazer o melhor pelos pacientes, que sentem isso e se sentem bem aqui dentro (TRABALHADOR 37).

Tabela 7 - Percepções dos trabalhadores em saúde da amostra sobre a cultura organizacional do HRAC-USP e o relacionamento com os usuários.

Trabalhador	Como é a cultura organizacional?	Opinião sobre a relação com o usuário
1	Na Recepção, onde trabalha, tem notado que a preocupação com o paciente e com a humanização no atendimento está caindo, os funcionários estão desmotivados [...] e a função do recepcionista é tranquilizar e respeitar os direitos do paciente, buscando sempre fornecer a informação correta. Hoje já não vê essa atitude. Acha que isso é decorrente de desmotivação interna.	Acha que poderia ser melhor, pois no passado havia um contato mais estreito e prolongado, hoje há falta de atenção com o paciente. Os contatos estão cada vez mais rápidos, não há tempo para perguntas, e “ <i>a mãe sente</i> ” (sic). Tem muitos usuários que sempre procuram os funcionários antigos para tirar dúvidas quando ficam confusos ou inseguros com informações recebidas.
2	Considera o clima muito humano, uma experiência de vida única, bem diferente de consultório particular [...] e isso é pela condição patológica do paciente, porque a deficiência o torna mais fragilizado, e isso é entendido pela equipe. “ <i>A gente enxerga o paciente de maneira diferente daquela no mundo lá fora</i> ” (sic).	Devido ao fato do tratamento ser longo, em sua opinião os profissionais acabam se envolvendo pessoalmente com os pacientes, criando inclusive laços afetivos [...] porque o envolvimento faz com que “ <i>a gente vá um pouquinho mais além</i> ” (sic).
3	A cultura paternalista local influencia muito o modo como o usuário se reconhece como cidadão e seus direitos, refletindo na construção da auto imagem do usuário, que fica dependente do Hospital. Muitos colegas tem deixado a desejar, com a visão de que “ <i>sou ótimo, sou bom; e se não sou não tem importância porque estou na melhor instituição, posso fazer o que eu quiser</i> ” (sic). É necessário uma séria revisão dessa interdisciplinariedade, que não está funcionando a contento como já foi prática interna.	Apesar da propalada filosofia de humanização, observa um certo distanciamento com os usuários. O usuário acaba criando um vínculo muito grande com o Serviço Social pelo hábito da equipe de que, se o paciente vai passar por atendimento nessa área, muitas dúvidas não são esclarecidas e são deixadas a cargo do setor, o que não acha correto. Quando o setor recebe queixas de usuários encaminha para a Ouvidoria, pois a conduta sempre é a de não enganar o usuário ou deixá-lo com dúvidas.
4	Paternalista, com um cuidado especial com o usuário que chega a extrapolar as necessidades dele. Forma-se um vínculo muito grande, que afeta a sua percepção como cidadão, nas relações e valores de sua vida. Esse paternalismo também existe na relação entre colegas de trabalho e afeta a sua conduta profissional. Embora com problemas, a filosofia do Centrinho acaba trazendo muitos benefícios para os dois públicos e, em especial, para os alunos, pelo prática do humanismo no atendimento.	A relação se pauta pela preocupação total do Centrinho com os usuários, pacientes e família, e os esforços de proteção. Quando um profissional é menos afetivo no atendimento, sem deixar o profissionalismo de lado, ele acaba sendo mal visto pelo usuário, que reclama. Preocupa-se com o fato de que, mesmo atendendo às necessidades momentâneas do paciente, em especial no aspecto emocional, o reflexo disso é que o benefício a longo prazo, na construção de sua cidadania, é afetado.
5	A humanização é o traço primordial, mas acha que isso anda se diluindo pelo crescimento do Hospital, preço inevitável que se paga. Mas a essência ainda é trabalhar pelo bem do paciente e suas necessidades, e isso determina as relações entre a equipe. Os usuários destacam o tratamento humanizado e isso cria fortes vínculos. A equipe nunca cria expectativas além do que o caso permite, não se fantasia a respeito do resultado do tratamento.	Essa relação também mudou, os usuários dizem sentir falta do antigo clima familiar. Mas ainda é muito boa e eles valorizam o tratamento. A relação passa pelo sentimento de pertença porque eles se identificam com outros que passam pelos mesmos problemas, e pelo bem estar psicológico pois sentem que, aqui, não enfrentam preconceitos ou dificuldades de relacionamento social. “ <i>Aqui os pacientes encontram um chão</i> ” (sic).

(continuação)	Trabalhador	Como é a cultura organizacional?	Opinião sobre a relação com o usuário
6	A característica geral é a humanização. De maneira geral, os funcionários entendem que a reabilitação é complexa e sistêmica e não existe um aspecto mais importante que outro. Impera a cultura de tratar todos com atenção e com humanismo. Mas isso faz com que o paciente não respeite muito os limites, sentem que o Hospital é a “ <i>casa deles</i> ” (sic). Esse é o lado ruim desse ambiente familiar histórico, e afeta o atendimento.	<b>Opinião sobre a relação com o usuário</b> Quase que familiar. Os usuários dizem que são tratados como seres completos e únicos e não uma “ <i>boca fissurada, um lábio aberto</i> ” (sic). Chegam a querer mudar para Bauru porque acham que toda a cidade é como o Centrinho. Já presenciou paciente na alta do tratamento sem saber o que fazer e triste pela ruptura. Há mães que abandonam sua história pessoal e vivem em função dos agendamentos, constroem uma história dentro do Hospital e se sentem confortáveis aqui.	
7	Impera no Hospital o respeito pelo paciente e acompanhante, que nem sempre é a mãe. Porém, vem sentindo que muitos profissionais que entraram recentemente no Hospital não agem assim. Sente diferença de comportamento de anos atrás e um distanciamento com os usuários.	Uma relação normal, não dá tempo de estabelecer vínculo porque o paciente recebe alta em 24h, via de regra. Muitas vezes o paciente nem sabe qual o profissional que o está atendendo porque este não se identifica; isso é um problema porque o paciente tem direito a saber quem o está atendendo.	
8	Sempre identificou como paternalista, mas isso vem mudando. Antes o paciente sempre tinha razão e nunca era questionado; a instituição vem aprendendo que não é possível atender o usuário no momento e da forma que ele deseja; normas rígidas foram criadas e há um equilíbrio entre o desejo do usuário e as reais possibilidades do Hospital.	A relação com os usuários é pautada pela humanização, um resqício do citado paternalismo. E isso é positivo para a relação com o usuário. Cita inclusive fala de usuários nesse sentido, de que a atenção da equipe é um diferencial. Destaca que há sinceridade nesse relacionamento.	
9	Impera a filosofia de humanização nos atendimentos e relacionamento com o pacientes. Sente reflexos dessa cultura principalmente no momento da alta hospitalar, quando há o choque do rompimento.	Acredita que se desenvolve uma relação satisfatória, e o paciente se sente muito bem dentro do Hospital. Tem essa percepção pelo relato dos próprios usuários.	
10	É como se fosse um ambiente familiar. “ <i>A gente se sente muito bem, como se fosse em família, mesmo com os pacientes</i> ” (sic).	Todos se sentem bem no Hospital, agradecem os atendimentos e saem “ <i>elogiando muito nosso trabalho</i> ” (sic). Acha que o trabalho é bem feito e isso é reconhecido pelo usuário.	
11	Uma cultura multiprofissional. A maior parte elogia e dizem que “ <i>a gente deve ganhar muito bem para trabalhar aqui [...] porque parece que a gente gosta do que faz</i> ” (sic). Por também ter uma deficiência (física), atende os usuários como gostaria de ser atendida.	Os usuários estão começando a aprender agora a fazer mais uso da Ouvidoria. Por ser um serviço SUS, achavam que não podiam reclamar, mas ela mesmo orienta os usuários a procurar esse canal, quando não está satisfeito.	
12	Exercita-se uma filosofia muito humanitária e os pacientes elogiam muito isso. A equipe busca sempre o melhor para o paciente. Há quem afirme que o Hospital é muito paternalista e reconhece que há situações assim, mas a interdisciplinariedade é muito exercida, e isso beneficia os usuários.	Muito boa, em sua opinião. O Hospital atende uma classe heterogênea de usuários, dos mais ricos aos mais carentes. Esse perfil diversificado faz com que a equipe procure adequar sua conduta de acordo com o perfil socioeconômico de cada um de maneira a orientar individualmente.	
13	A cultura local é voltada para a humanização nos atendimentos. Mesmo que o paciente venha sem estar agendado, dá-se um jeito para que ele não fique sem atendimento. E por isso, acha o Centrinho acolhedor.	Considera uma boa relação principalmente porque os profissionais tem recebido muitos elogios, ultimamente. Então, presume que o relacionamento com os pacientes é o melhor possível.	









(continuação)	<b>Trabalhador</b>	<b>Como é a cultura organizacional?</b>	<b>Opinião sobre a relação com o usuário</b>
14		Em relação à saúde pediátrica e saúde pública, considera que o Centrinho possui uma das melhores qualidades em medicina no Brasil. Considera os profissionais altamente preparados para atender o paciente, e a interdisciplinaridade contribui para isso e para superar dificuldades que surgem. Há um enorme esforço pelo bom atendimento aos usuários.	A relação é excelente, a Ouvidoria contribui muito para isso. O paciente, quando está insatisfeito, a procura e tem a resposta. Ela mesma já foi chamada à Ouvidoria, mas considera isso normal e muito bom, tanto para o usuário como para o profissional. Esse canal direto com o usuário é totalmente incomparável a outras realidades de saúde.
15		"É o lugar que a gente mais fica, o Centrinho é como uma família para a gente" (sic). Um lugar ótimo de convivência.	A relação é excelente. Acha que há traços de paternalismo, transformando todos em um família, mas considera isso positivo. Os usuários comentam que "me falam que aqui vocês são com uma mãe" (sic), e se sentem a vontade.
16		O Hospital é muito humanizado e visa sempre o bem estar do paciente.	Considera muito humana e excelente. Todos vêem os pacientes como gente e não como mais um paciente, simplesmente.
17		O Hospital tem um visão diferenciada, não existe um ambiente rigidamente hospitalar para os pacientes. "Somos uma equipe multidisciplinar e a gente tem uma união entre nós, funcionários. Conversamos muito sobre cada caso, cada paciente" (sic). O Centrinho atende pessoas de todo o país e há muitos carentes, e a equipe trabalha para auxiliá-los a superar essas dificuldades.	Essa relação é a mais harmônica possível, a ligação que se forma acaba sendo meio que familiar, e acha isso muito legal. A equipe tenta sempre fazer de tudo para o bem do paciente e isso cria uma ligação muito forte entre as partes. E pelo retorno que recebem, acha que o Hospital consegue atingir o objetivo de atender bem e esclarecer as dúvidas.
18		É uma cultura de ajuda e compreensão mútua, predisposta ao diálogo. Há uma grande integração na equipe de Fonoaudiologia, e a cultura é a de auxiliar uns aos outros. Observa uma cultura geral de procurar ajudar ao máximo os pacientes. Há um grande esforço da equipe toda por se aperfeiçoar para oferecer o melhor tratamento possível.	Uma relação muito boa. Não acha que exista um hospital em que essa relação seja 100% positiva. Falhas acontecem, mas o Hospital procura sempre corrigir e melhorar. Por pesquisas de satisfação com os usuários, a grande maioria sai satisfeito com o atendimento recebido e poucos, tem queixa e esse é o principal objetivo da equipe.
19		É diferente de outros hospitais. O tratamento é acolhedor, amoroso, onde se trata os pacientes pelo nome, e essa é uma necessidade deles porque quando vêm estão fragilizados pela gravidade das malformações. Preserva-se essa atenção diferenciada, uma cultura de mais de 30 anos, e isso faz com que o Centrinho seja considerado um hospital de referência.	A relação é pautada por esse humanismo. O paciente se sente em casa, tem mais facilidade de acesso aos médicos e profissionais. A relação é a mais direta, limpa e transparente possível.
20		A idéia de humanização realmente se aplica na prática, o tratamento é respeitoso e até um pouco carinhoso.	A relação é bem paternalista, aliada à humanização. Os pacientes mesmos se sentem assim, protegidos.
21		Se resume em uma palavra: humanização. O diferencial do Hospital é que a equipe trata os pacientes o mais carinhosamente possível, tentando se colocar no lugar deles. "A gente desenvolve laços afetivos (...) <i>Procuramos chamá-los pelos nomes, não são um protocolo ou um prontuário, mas pessoas</i> " (sic). Os pacientes estão em momento emocional delicado, muito difícil para eles.	Considera uma relação super harmoniosa, os usuários conseguem se expressar bem em seu setor, ouve muitos elogios e dificilmente reclamações. Acha que isso é devido ao atendimento diferenciado, e isso é muito bom.

(continuação) <b>Trabalhador</b>	<b>Como é a cultura organizacional?</b>	<b>Opinião sobre a relação com o usuário</b>
<b>22</b>	O Hospital tem uma visão bastante humanista, de humanização e qualidade no atendimento, isso é um grande diferencial. A isso se soma a cultura dos funcionários, a missão da Instituição e esse quadro faz com que todos se identifiquem e leve essa cultura adiante, cada um na sua área consegue fazer bem o seu papel.	Todos tem um cuidado muito grande com o paciente, “ <i>o cliente sempre tem razão</i> ” (sic) e o Centrinho procura sempre ver o lado deles. O tratamento não é do tipo “ <i>vem porque está doente, se cura e vai embora; é um tratamento contínuo</i> ” (sic), e há uma preocupação efetiva de que o paciente faça todo o tratamento.
<b>23</b>	Existe uma integração muito grande entre os funcionários, em parte porque se conhecem há muito tempo devido ao tempo de casa. Também o fato de que o tratamento do paciente é global e envolve muita áreas faz com que os funcionários estejam sempre trabalhando juntos, trocando impressões sobre os casos, o que favorece a boa integração.	A relação é a melhor possível, talvez não exista outro hospital que respeita tanto o paciente. Aqui o horário e agendamento são respeitados, o paciente vem com uma agenda definida para o dia todo e nunca vai embora sem ter sido atendido. Considera uma grande virtude do Centrinho, não é em qualquer lugar que se encontra esse nível de atendimento e respeito ao paciente.
<b>24</b>	O Hospital é bem acolhedor, todos fazem de tudo para que o paciente seja bem atendido e não perca nenhum atendimento. Considera o ambiente bem familiar, ainda.	É uma relação humana e paternalista, segundo o que todos aprenderam da filosofia do Tio Gastão, o fundador do Centrinho, em que tudo deve ser feito em benefício dos pacientes.
<b>25</b>	A cultura interna é diferente de outros hospitais, é bem mais humanizada e acolhedora, apesar das mudanças ocorridas. O atendimento ainda é de referência. “ <i>Quando se precisa de atendimento pessoal de fora, percebe-se bem a diferença</i> ” (sic).	Define como uma relação ideal, se precisasse de atendimento para sua família gostaria que fosse como o do Centrinho. A acolha faz toda a diferença.
<b>26</b>	Os funcionários são bem envolvidos com sua prática, todo mundo que trabalha aqui gosta muito do que faz e tem muito interesse em fazer o bem para o paciente. Todos se preocupam muito com o bem estar deles.	Quase como uma relação entre pai e filho, porque o Hospital acolhe os pacientes como uma mãe acolheria um filho que tivesse com problemas. Outra característica é a humanização nos atendimentos, por isso faz a comparação.
<b>27</b>	É uma conduta bem paternalista, o Centrinho procura sempre resolver todos os problemas do paciente, se adequando à realidade dele. Isso em educação em saúde bucal é ruim, o paciente se acostuma a ter todos os seus problemas resolvidos sem precisar de muito esforço próprio. Isso atrapalha no reconhecimento dos tratamentos e dos resultados dos esforços dos profissionais.	Há uma corrente interna para fazer com que tudo funcione bem, mesmo com o crescimento do Hospital e a diluição dos contatos interessados. Apesar de tanta gente nova que ainda não incorporaram a filosofia de acolher e tratar o paciente como se fosse da família, aos “ <i>trancos e barrancos</i> ” (sic) o paciente acaba recebendo um bom atendimento.
<b>28</b>	Há duas culturas internas diferentes. Na Internação os profissionais são mais envolvidos no atendimento do paciente, colocando-o em 1º lugar, caminham para a interdisciplinaridade onde a interação da equipe é maior. Talvez porque o processo de internação exige um trabalho de equipe mais acirrado. No Ambulatório terço há a cultura de que o profissional vem em 1º lugar e o paciente pode esperar um pouco; em algumas áreas há descompromisso com os horários, prejudicando tanto pacientes como profissionais. Impera a multidisciplinaridade, múltiplas áreas atuando de forma estanque.	Pelo que se vê de retorno de pacientes “ <i>isso aqui é maravilhoso, todos ficam abobados quando vem para cá, não se cansam de agradecer</i> ” (sic). Mas o que tem ser considerado é que a maioria deles são carentes e não estão acostumados com atendimento público de qualidade, não estão habituados a questionar. É preciso resgatar essa mentalidade de há 20 anos atrás e trazer de novo a qualidade no diálogo. “ <i>Por mais que o paciente ache tudo o máximo, não somos o máximo e temos que trabalhar muito para chegar lá, e nos preparar para os pais que questionam e exigem, o que não vê hoje</i> ” (sic).

(continuação)	<b>Trabalhador</b>	<b>Como é a cultura organizacional?</b>	<b>Opinião sobre a relação com o usuário</b>
29	O paciente sempre tem razão e consegue o que quer por causa dessa relação paternalista. O Hospital sempre procura atender a todos, mas os usuários não entendem que o número de pacientes é muito grande e nem sempre é possível atender a todos na hora em que querem; esquecem que há mais pessoas com problemas.	O Hospital é muito paternalista e os pacientes se aproveitam disso, Muitas vezes faltam aos atendimentos sem justificativas e ligam querendo agendar novamente o mais rápido possível. E se você não consegue agendar, vão à Ouvidoria e reclamam por um problema causado por eles mesmos.	Do ponto de vista do usuário, acredita que ele está satisfeito. O paciente do Centrinho é muito cordato, talvez pelo grande tempo que frequenta o Hospital, ele realmente acha que recebe o melhor tratamento do mundo e é extremamente grato por isso. Recebemos esse retorno dos pacientes, mas eles não tem noção de que poderia ser melhor. Acha que o Hospital deve sempre buscar melhorar para fazer mais pelos pacientes.
30	A regra é o simples cumprimento do dever, e acha que se deve ao grande volume de pacientes. Não deveria ser assim, cada paciente deveria receber atenção individualizada e específica para suas necessidades, independente do volume de pacientes. Acha que hoje não acontece isso na imensa maioria das vezes, e que essa deveria ser a conduta geral. A equipe se esforça mas nem sempre consegue oferecer o melhor para o paciente.	Considera a relação muito boa e vê isso pelo comentários dos pais, que relatam sempre que foram bem atendidos no Hospital. Pessoalmente, nunca presenciou uma situação de mau atendimento.	O pouco que acompanhou desde que entrou no Hospital, acha a relação muito boa, os profissionais se esforçam por oferecer o melhor para o paciente.
31	É uma filosofia ímpar, a equipe é multidisciplinar e existe uma comunicação entre as diferentes áreas, na tentativa de mútuo auxílio para chegar a um diagnóstico. Acha que o atual nível de interação não é o ideal, mas o trabalho em equipe é muito importante e existe.	A tentativa de que essa seja boa existe e em sua opinião, para a maioria dos pacientes essa relação é muito boa, "aqui é considerado como o céu" (sic). Mas ainda assim vê falhas, tem aspectos que deixam a desejar.	A relação é muito boa, dá-se muita atenção aos pacientes, em especial na internação. A mãe também recebe grande suporte, o Centrinho se preocupa muito com o bem estar dos usuários (paciente e sua família). É um diferencial e uma atitude muito importante para os usuários.
32	Não tem opinião formulada a respeito.	Acha que essa relação é muito humana, todos os setores procuram dar o melhor de si para que o paciente se sinta bem acolhido, e o paciente sente isso.	Uma relação muito boa. Talvez por causa de sua especialidade, há um certo carinho e grande vínculo entre os profissionais e os pacientes, pelo longo período de convivência. É comum que um profissional acompanhe um paciente desde a fase de bebê até a idade adulta, não há como não formar vínculo afetivo.
33	Depende muito do profissional. Em certas situações observa um bom ambiente e boa conduta dos profissionais. Em outras vê falhas, então não há um perfil homogêneo, em sua opinião.	O Hospital trabalha com a filosofia de reabilitar completamente o paciente para que ele se insira na sociedade como uma pessoa normal porque, apesar da anomalia, ele é uma pessoa normal. Principalmente depois das intervenções que melhoram seu aspecto físico e funcional.	A filosofia é totalmente voltada para o bem estar do paciente, e é isso que o diferencia. O atendimento prestado envolve várias áreas e isso faz com que a equipe veja o paciente com uma visão global e não estanque, pois a atuação de diversas especialidades dá essa visão. E isso o paciente sente, de forma positiva.
34	Considera um ambiente muito bom, todos se esforçam por atender bem ao paciente.		
35	O Hospital trabalha com a filosofia de reabilitar completamente o paciente para que ele se insira na sociedade como uma pessoa normal porque, apesar da anomalia, ele é uma pessoa normal. Principalmente depois das intervenções que melhoram seu aspecto físico e funcional.		
36	A filosofia é totalmente voltada para o bem estar do paciente, e é isso que o diferencia. O atendimento prestado envolve várias áreas e isso faz com que a equipe veja o paciente com uma visão global e não estanque, pois a atuação de diversas especialidades dá essa visão. E isso o paciente sente, de forma positiva.		

(continuação)	<b>Trabalhador</b>	<b>Como é a cultura organizacional?</b>	<b>Opinião sobre a relação com o usuário</b>
37		Todos os pacientes são tratados com igualdade, independente de sua origem e de sua condição. Todos são tratados do mesmo jeito, com carinho, atenção e cuidado.	A relação é muito boa. O Hospital foi criado para ajudar os pacientes que nascem com muitos problemas, às vezes bem graves, e busca fazer o melhor por eles, que sentem isso e se sentem bem aqui dentro.
38		Acha que toda a equipe é bem capacitada, bem intencionada e que se esforça sempre para atender ao paciente da melhor maneira possível, em todos os aspectos.	Considera uma boa relação, e baseia seu comentário em resultados de várias pesquisas de satisfação do usuário, onde os funcionários são sempre elogiados pela boa qualidade do atendimento oferecido.
39		É um hospital bastante agradável para se trabalhar, há uma multidisciplinariedade que faz com que os profissionais de diferentes áreas aprendam muito à medida em que interagem constantemente, existe um ganho profissional muito grande, a instituição oferece muitas alternativas e oportunidades de reciclagem para que o profissional se torne “ponta de lança” em tratamento da fissura. Tanto que é muito procurado por alunos de residência de várias áreas para estágios, porque existe um avanço tecnológico, nas pesquisas e cultural.	É uma relação muito transparente e destaca o trabalho da Ouvidoria. Acha que o Hospital procura sempre, na medida do possível, atender a todas as necessidades do cliente. O Hospital é muito humanizado, existe algumas coisas para serem melhoradas, mas o Centrinho hoje apresenta uma humanização que é incomum ver em outros hospitais.
40		O Centrinho tem uma diversidade muito grande de comportamentos, culturas e hábitos que não possibilita um panorama homogêneo. Observa essa diversidade até mesmo dentro de uma única equipe.	É uma relação muito intensa. Porque o Hospital atua diretamente em um bem maior de um casal, que é um filho esperado com grande ansiedade e, de repente, esse filho vem com um probleminha de saúde, muitas vezes não entendido, gera-se um série de expectativas. O vínculo que se forma com os usuários é muito grande, “para eles é como se tivessem achado uma luzinha no escuro” (sic). E o posicionamento da equipe perante os usuários complementa essa idéia.

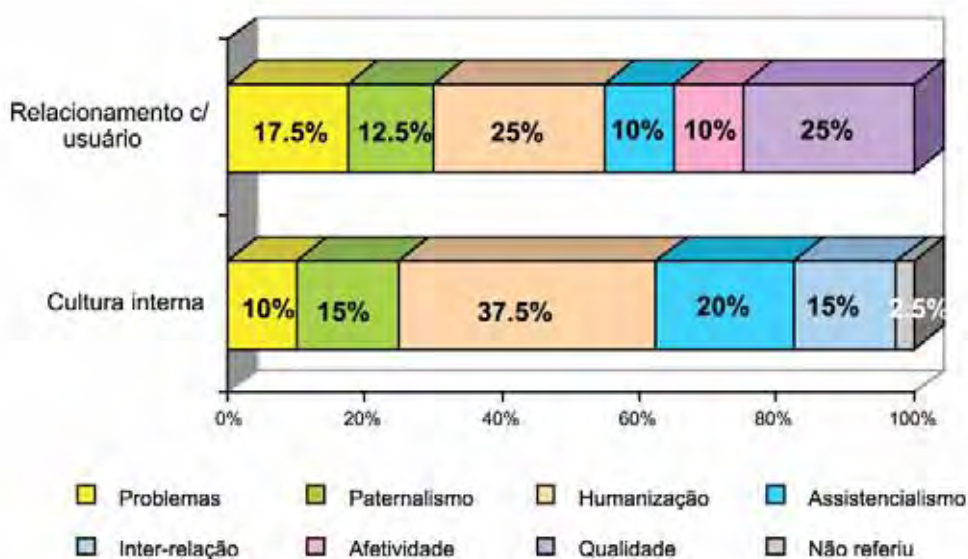
**Legenda:**

	Predomina problemas		Predomina humanização		Predomina paternalismo		Predomina assistencialismo
	Predomina inter-relação da equipe		Predomina afetividade		Predomina qualidade		Não referiu

Na análise das respostas de ambas as perguntas, há frequente recorrência a expressões como “humanização” e “atendimento humanizado” comumente associadas a esforços para suprir todas as carências do usuário e a qualidade no atendimento. Muitas vezes, o cerne da resposta é, na realidade, um retrato assistencialista, e os entrevistados acabam entrelaçando todos esses conceitos. Assim, na análise foi usado o critério de predomínio de um dos conceitos presente no discurso dos entrevistados. Quanto à percepção da cultura organizacional, em 15 (37,%) dos entrevistados predomina a humanização, em oito (20%) o assistencialismo, em seis (15%) o inter-relacionamento da equipe, em outros seis (15%) o paternalismo, em quatro (10%) predomina problemas internos e um (2,5%) não emitiu sua opinião.

Observa-se o mesmo tipo de discurso na análise do relacionamento com os usuários e, portanto, o mesmo critério foi utilizado. Ao serem questionados sobre o relacionamento com os usuários, em 10 (25%) predomina a humanização, em outros 10 (25%) a qualidade do atendimento, em sete (17,5%) problemas na relação, em cinco (12,%) o paternalismo, em quatro (10%) o assistencialismo e em outros quatro (10%) a afetividade. Destaca-se que nem sempre a percepção da cultura organizacional coincide com o do relacionamento, ocorrendo de trabalhadores se referirem à cultura humanizada e relação paternalista, por exemplo.

**Gráfico 15 -** Percepções dos trabalhadores em saúde da amostra sobre a cultura interna e o relacionamento com os usuários, segundo a natureza



A sexta pergunta, **“No seu dia a dia, quais as maiores dificuldades encontradas no atendimento ao paciente?”**, foi formulada com o objetivo de tentar situar a relevância que os trabalhadores de saúde atribuem às diferenças de repertório e eventuais dificuldades no diálogo para o seu exercício profissional, sem abordar diretamente a opinião que os mesmos têm sobre a qualidade do diálogo. Essa estratégia foi adotada pois há uma tendência em relacionar a qualidade do diálogo à qualidade do desempenho profissional e, assim, as respostas podem ser mascaradas por reações subjetivas de autopreservação e autocrítica. Busca-se, assim, provocar respostas espontâneas e não padronizadas sobre o assunto, além de identificar também se a qualidade do diálogo com o usuário é alvo de preocupação dos trabalhadores ou se há outras questões que se mostrem mais relevantes.

Para facilitar a análise dos resultados, as respostas foram agrupadas em quatro grandes temas identificados no discurso dos entrevistados, a saber: relacionados ao contexto do Hospital como políticas internas, comportamento da equipe, questões estruturas relacionadas a instalações físicas e equipamento; temas relacionados ao processo comunicativo envolvendo trabalhadores e usuários; temas relacionados à condição do usuário como limitações financeiras, diversidade cultural, expectativa com os resultados do tratamento entre outras; e outros temas que fogem ao contexto hospitalar como políticas públicas.

Tabela 8 - Dificuldades relatadas pelos trabalhadores em saúde da amostra no atendimento ao usuário, por natureza.

Trabalhador	Referem-se ao Hospital (políticas, comportamento, estrutura)						Referem-se a processo comunicativo					Referem-se ao usuário										Outros			
	Volume pacientes	Tempo consulta	Comportamento equipe	Falta pessoal	Atrasos na agenda	Incompatibilidade horário	Estruturais	Diferença repertório	Desinteresse usuário	Volume informações	Desinformação usuário	Comunicação inter equipe	Limitações financeiras	Estado psicológico	Expectativa resultados	Diversidade cultura	Estrutura familiar	Desinteresses orientações	Acesso tratamento fora	Pedidos encaixe agenda	Não compreende limites	Políticas públicas	Conforto extra Hospital	Não sente dificuldades	
1	X	X																							
2	X	X		X							X	X				X				X		X			
3											X	X									X				
4	X					X					X	X										X			
5																									
6														X											
7	X	X						X									X								
8					X		X																		
9																					X				
10							X														X				
11						X	X																		
12						X	X					X													
13						X	X																		
14							X																	X	
15						X															X				
16																									
17												X										X			
18																			X						
19																		X				X			
20																									
21					X																				
22								X																X	
23								X							X										

(continuação)

Trabalhador	Referem-se ao Hospital (políticas, comportamento, estrutura)							Referem-se a processo comunicativo					Referem-se ao usuário										Outros		
	Volume pacientes	Tempo consulta	Comportamento equipe	Falta pessoal	Atrasos na agenda	Incompatibilidade horário	Estruturais	Diferença repertório	Desinteresse usuário	Volume informações	Desinformação usuário	Comunicação inter equipe	Limitações financeiras	Estado psicológico	Expectativa resultados	Diversidade cultura	Estrutura familiar	Desinteresse orientações	Acesso tratamento fora agenda	Pedidos encaixe agenda	Não compreende limites	Políticas públicas	Conforto extra Hospital	Não sente dificuldades	
24									X											X					
25									X	X															
26																X									
27																X									
28			X																						
29														X											
30		X		X																	X				
31					X																				
32						X																			
33						X																			
34					X																				
35														X											
36																								X	
37																						X		X	
38													X												
39							X																		
40															X										

Na análise das respostas, destaca-se que os entrevistados se referem a mais de um tema, muitas vezes fazendo uma interrelação de diferentes contextos, somando-se um total de 74 dificuldades apontadas. Desse total 25 (33,8%) referem-se ao contexto hospitalar sendo que quatro (16%) apontam o grande volume de pacientes, quatro (16%) mencionam o tempo insuficiente para as consultas, uma (4%) aponta o comportamento inadequado da equipe, dois (8%) referem-se à falta de profissionais, quatro (16%) destacam os atrasos na agenda que afetam tanto os colegas como os usuários, dois (8%) se referem à incompatibilidade de horário de funcionamento dos diferentes setores, e oito (32%) referem-se à dificuldades estruturais relacionadas ao espaço físico, falta de equipamentos e dificuldades tecnológicas para oferecer tratamento para patologias mais complexas.

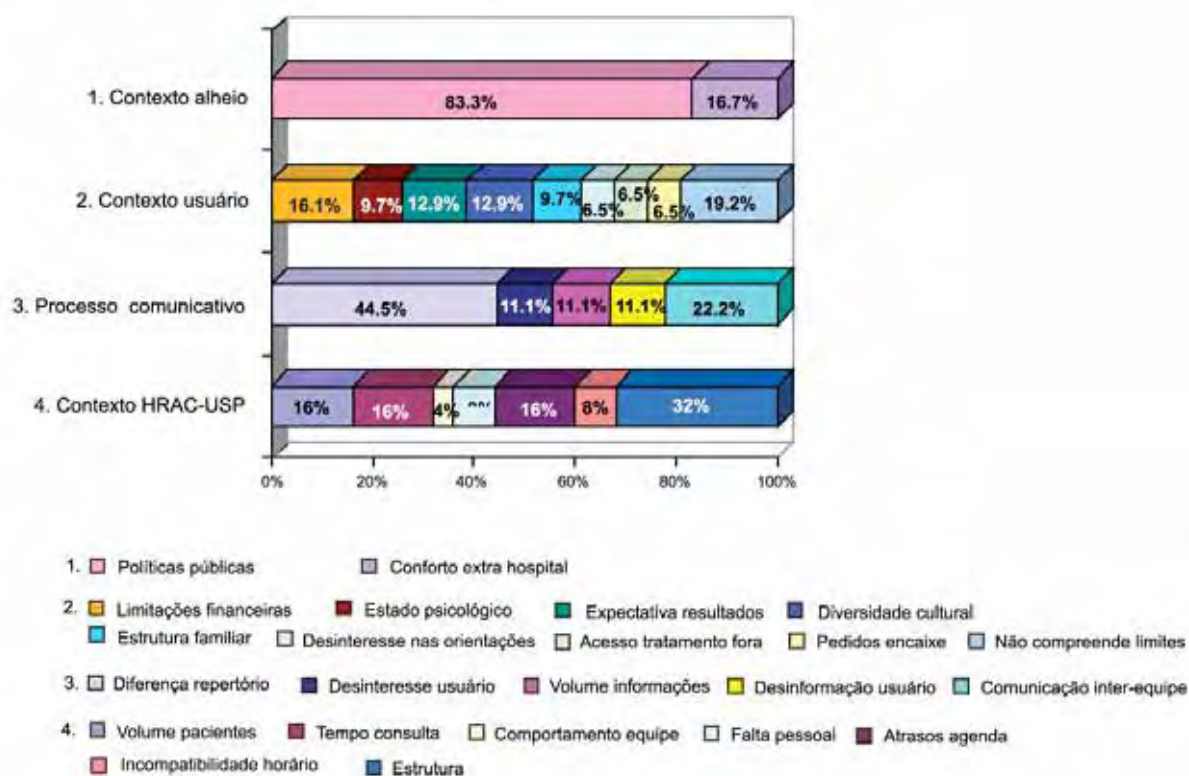
Foram registradas nove (12,2%) referências a dificuldades concernentes ao processo comunicativo, sendo que desse total quatro (44,5%) mencionam a diferença de repertório entre a equipe e o usuário, uma (11,1%) destaca o desinteresse do usuário nas informações prestadas, uma (11,1%) registra o grande volume de informações que é necessário oferecer ao usuário, uma (11,1%) aponta a desinformação do usuário, e duas (22,2%) destacam problemas na inter-comunicação da própria equipe de profissionais.

Os resultados apontam ainda 31 (41,8%) referências à dificuldades relacionadas diretamente ao contexto do usuário como fator complicador, sendo que desse total cinco (16,1%) referem-se à limitações financeiras, três (9,7%) ao estado emocional e psicológico, quatro (12,9%) relacionam-se ao grau de expectativa do usuário com o resultado do tratamento, quatro (12,9%) referem-se à diversidade cultural, três (9,7%) são relacionadas à estrutura familiar, duas (6,5%) observam o desinteresse dos usuários nas orientações oferecidas, duas (6,5%) mencionam dificuldades que o paciente encontra para obter tratamento de qualidade em sua cidade de origem para poder completar a reabilitação, duas (6,5%) referem-se aos pedidos de encaixe de agenda para atendimentos não previstos, gerando sobrecarga, atrasos na agenda e afetando outros usuários, e seis (19,2%) relatam que os usuários têm dificuldades em entender os limites do Hospital para atender seus desejos - e não necessidades -, o que gera insatisfação do usuário.

Seis (8,1%) respostas referem-se a questões que não estão na esfera de competência do HRAC-USP para que busque soluções, sendo cinco (83,3%) referentes à políticas públicas que afetam tanto a Instituição como os usuários e afetam o tratamento desses, e uma (16,7%) menciona a falta ou inadequação de acomodações para os acompanhantes fora do Hospital, em alojamentos.

Finalmente, registra-se três respostas (4,1%) no sentido de que não encontram dificuldade alguma para o atendimento dos usuários, num universo de 74 manifestações.

Gráfico 16 - Dificuldades relatadas pelos trabalhadores em saúde da amostra no atendimento ao usuário, por natureza e tipo



Observa-se no discurso dos entrevistados que quando são estimulados a refletir, no contexto do seu desempenho profissional, sobre as diferenças de níveis de compreensão dos usuários decorrentes de diversidade cultural, condições socioeconômicas, formação educacional e linguagem, a maioria dos trabalhadores reconhecem suas existências porém não classifica como dificuldade para o exercício profissional, mas sim uma condição pré-existente que entende ser sua responsabilidade a percepção e esforços para superá-las, como pode ser observado pelas declarações abaixo destacadas:

Não considera a diferença de repertório um dificuldade; embora saiba que a grande maioria dos pacientes é de origem humilde, entende que o profissional deve se esforçar mais, ter paciência e adequar sua fala ao nível de compreensão do usuário (TRABALHADOR 17).

Como vem gente de todas as regiões do Brasil, de todas as classes econômicas e níveis culturais, é preciso que os profissionais estejam sempre atentos à linguagem adotada. Há pacientes que são de tribos indígenas, por exemplo, e é necessário se fazer entender por esses para que se sintam acolhidos, não percam atendimentos e compreendam todas as orientações. O

olhar atento e a flexibilidade são condições indispensáveis no atendimento ao paciente, para se fazer entender pelos usuários (TRABALHADOR 22). Não vê dificuldades. Cada paciente é único, cada acompanhante também, então é necessário que cada profissional tenha sabedoria para lidar com essas diferenças, seja de personalidade, cultura ou nível de informação. Os profissionais têm que atender a todos de forma individualizada e suprir as necessidades de cada um [...] As situações difíceis fazem com que o profissional cresça, tanto técnica como humanamente (TRABALHADOR 36).

Nas duas questões que se seguem, há a abordagem direta das percepções sobre o diálogo praticado no âmbito interno. A sétima questão, **“Qual a sua opinião sobre o diálogo entre os profissionais de saúde e os usuários (pacientes e familiares) dentro do Centrinho?”**, pretende avaliar como o trabalhador em saúde vê a qualidade desse processo de comunicação e como ele se desenvolve. A oitava pergunta, **“Em que medida este processo reflete na reabilitação do paciente?”**, contextualiza a opinião relatada na questão anterior na maior ansiedade da equipe profissional e do usuário, que é a reabilitação do paciente. A análise comparativa de ambas permite aferir o grau de preocupação dos profissionais do HRAC-USP com o nível de compreensão de todas as informações que são oferecidas ao usuário sobre e durante todo o tratamento oferecido, e a postura de enfrentamento das dificuldades na área, observado nas respostas dos entrevistados.

**Tabela 9 -** Percepções dos trabalhadores em saúde da amostra sobre o diálogo praticado com os usuários e o reflexo no tratamento, por classificação e intensidade.

Trabalhador	Qual a sua opinião sobre o diálogo entre os profissionais de saúde e os usuários (pacientes e familiares) dentro do Centrinho?	Em que medida este processo reflete na reabilitação do paciente?
1	O processo de comunicação é bom, mas tem usuário que não sabe ler ou não dá atenção aos cartazes, às chamadas pelo sistema de som, aos bânerez, aos folhetos. É acostumado a perguntar mesmo tendo a informação à disposição. Há todo tipo de informação, de forma correta, não falta informação. “Se a pessoa não conversar com ninguém, ela se acha pelas informações que estão espalhadas” (sic).	A falta de atenção para um diálogo com o paciente não chega a prejudicar o atendimento, mas poderia ser melhor. Os novos pacientes não sentem, elogiam muito o Hospital. Muitos dizem que o atendimento recebido não se compara à outros lugares, porque os funcionários se esforçam para dar atenção. Sobre o tratamento, considera que os usuários são esclarecidos.
2	É fácil, há uma relação forte de confiança, os pacientes não se sente constrangidos em responder a perguntas. Muitas vezes há dificuldade de compreensão das informações pela diferença de nível social. Mesmo explicando mais de uma vez e o paciente afirmando que entendeu, não há total compreensão. Procura sanar isso com a repetição em todas as fases do tratamento. A maioria aceita as informações sem questionar, mas tem quem faça perguntas, interaja e até dê palpite nas opções de tratamento. Porém, sente falhas no processo pois muitos têm dúvidas sobre algumas etapas do tratamento. É comum os usuários fazerem perguntas ao ortodontista, mesmo que não seja de sua área, como sobre cirurgias.	Quando o paciente sente que suas expectativas foram atendidas ou entende a complexidade do tratamento, há maior colaboração, valorização e melhor evolução. A falta de compreensão faz com que o paciente falte no agendamento, faça mal uso do aparelho e até mesmo quebre, provocando atraso no tratamento em geral, se perde meses, muitas vezes voltando à estaca zero. Essa compreensão se deve ao fato de que o tratamento inteiro é custeado pelo SUS e o paciente acha que é de graça, não valoriza e descuida do aparelho ortodôntico. A reação é de que “eu não sabia que tinha que cuidar do aparelho” (sic).
3	Como não presencia outros atendimentos, não se sente à vontade para opinar se todos trabalham por uma diálogo efetivo. A Ouvidoria é eficaz, a Instituição se esforça para ouvir o paciente, mas sente dificuldades que pode ser de linguagem utilizada. Ouve dos colegas que muitas vezes o usuário não questiona os profissionais, principalmente médicos, e depois vem tirar suas dúvidas com o Serviço Social. Instiga sempre o usuário para que ele questione quando tiver dúvida. O contato telefônico do usuário com o Hospital é extremamente falho, concentrado em um único setor que distribui as ligações, muitas vezes de forma errada. Há falta de preparo dos atendentes que não ouvem tudo antes de transferir, e isso compromete a imagem do Hospital, o atendimento, a rotina de outras áreas e até mesmo a reabilitação do paciente. Acha positivo os materiais presentes no ambulatório, como bânerez, fôlderes e o painel eletrônico informativo, mas ainda falta meios de difusão de informações.	O diálogo é algo fundamental no tratamento do paciente. Os problemas citados tem reflexo direto no tratamento. O fato de que os usuários não questionam as cirurgias, por exemplo, aceitando-as mesmo sem ser essa a sua expectativa, acaba influenciando na reabilitação. Porque esse fato está diretamente relacionado com as expectativas do usuário quanto ao tratamento e, quando se entra no campo de nível de satisfação, isso compromete a reabilitação pós-cirúrgica e a auto imagem do paciente - principalmente nos pacientes do Centrinho, cuja maior expectativa é a estética. Na verdade, a expectativa com o sucesso do tratamento se assemelha a um sonho, sonho de ser igual a todos os outros indivíduos que não tem problemas com sua aparência.

Trabalhador	Qual a sua opinião sobre o diálogo entre os profissionais de saúde e os usuários (pacientes e familiares) dentro do Centrinho?	Em que medida este processo reflete na reabilitação do paciente?
4	<p>Sua experiência na Ouvidoria mostra que o nível de satisfação do usuário com esse diálogo é muito satisfatório. Claro que há casos de insatisfação, mas são em menor número pois todas as vezes que o usuário procura informações, as recebe. Acha que há falhas nesse diálogo, e que quando o usuário tem dificuldade de assimilar as informações, a postura tem sido não se aprofundar na questão e seguir com o atendimento, deixando dúvidas. E o usuário não questiona porque considera o tratamento muito bom e acaba aceitando as informações que lhe são dadas. Sente que há dificuldade do usuário em questionar médicos principalmente, porque acha que o profissional vai se sentir ofendido. Em sua simplicidade se sente intimidado para retornar e perguntar qualquer coisa. Alguns profissionais tem dificuldade em adequar sua fala ao repertório dos usuários. A rotina de repetição constante de informações é positiva, pois cada vez que o paciente vem para um atendimento, para ele é como se fosse a 1º vez, principalmente para cirurgias.</p>	<p>Esse processo está claro no vínculo que se forma e que sofre grande influência da própria cultura do usuário, que sente gratidão pelo tratamento recebido. O diálogo falho não chega a prejudicar o tratamento, porque a rotatividade dos profissionais no atendimento é grande, e essas falhas acabam sendo supridas por outros profissionais em outras fases do tratamento. Porém, as pesquisas e o acompanhamento dos casos feitos pela Ouvidoria, quando ocorre manifestações, mostram que quando o usuário questiona, dificilmente ele retorna dizendo que não recebeu o esclarecimento solicitado.</p>
5	<p>Há um esforço da Instituição em fornecer todas as informações, mas que esbarra em traços culturais do usuário e da cultura do Hospital. O grau de confiança no tratamento chega ao extremo do paciente não se lembrar qual a cirurgia que fará, embora receba a informação em sua convocação. A postura é a de que sabe que fará uma cirurgia, que essa é para o bem de seu tratamento e que “o Centrinho cuidará dele” (sic). Talvez porque a maior expectativa não seja com as informações pontuais mas com o resultado final. Muitos até se referem aos médicos por seu primeiro nome e frequentemente ouve, na pré-internação, a fala “disse ao fulano (sem usar a expressão doutor ao se referir ao médico) para caprichar na cirurgia e me deixar bonito” (sic). Há uma entrega do paciente, quase que incondicional, à instituição. Observa que nem sempre o paciente está interessado nas informações que são passadas, contanto que o resultado daquele atendimento seja para melhorar sua condição.</p>	<p>O diálogo, embora não seja o ideal, não traz grandes consequências porque a equipe trabalha com esse foco, e a repetição de informações é constante.</p>
6	<p>Excelente, não vê dificuldades nesse diálogo, nem de linguagem ou de volume de informações. Quando o paciente demonstra dúvidas a equipe procurar saná-las. Quanto ao tratamento, se o paciente ficou com dúvidas em alguma fase, a equipe que o atende depois acaba sanando-as. Acha o paciente bem informado de maneira geral, mas há aqueles que tem dificuldades de entendimento devido à sua condição sócio-educativa. Outros tantos se sentem intimidados para questionar diretamente os profissionais, um pouco porque tem receio de que seu tratamento seja prejudicado - embora sejam esclarecidos que tal fato não ocorre.</p>	<p>Não acredita que essas falhas de informação prejudique o tratamento. Porque se a mãe não entende direito uma explicação, o amor ao filho acaba motivando essa mãe para que procure se informar. Mesmo porque há várias fontes de informação e receptividade da equipe em esclarecer o usuário em qualquer momento e o Hospital oferece várias oportunidades e meios de informação. Quando percebe essas situações estimula, de forma amistosa e informal, que o usuário procure a área específica e peça orientação.</p>

(continuação)	<b>Trabalhador</b>	<b>Qual a sua opinião sobre o diálogo entre os profissionais de saúde e os usuários (pacientes e familiares) dentro do Centrinho?</b>	<b>Em que medida este processo reflete na reabilitação do paciente?</b>
7	Muitos procuram a Enfermagem com dúvidas sobre cirurgia porque não consegue identificar o médico que o atendeu e não sabe como procurá-lo. Mas há situações em o paciente não fala para o médico o que ele espera e o médico não pergunta, em especial em casos cirúrgicos. As vezes o paciente nem sabe qual é a cirurgia que vai fazer e para quê serve; se submete ao procedimento acreditando que é o melhor para seu caso. Por outro lado, o paciente não dá importância para os informativos do Hospital; é frequente chegar para internação sem ter trazido exames solicitados e com doenças que impedem a cirurgia, e essas informações vão junto na carta de agendamento. <i>“Eles não lêem nada do que é enviado”</i> (sic). Quando confrontados com a informação, reagem <i>“mas, desde quando essas informações são enviadas?”</i> , mesmo com a sua carta nas mãos contendo a informação. Mesmo no caso novo, quando o usuário vem pela 1ª vez ao Hospital, ele é orientado e recebe informativos, mas na próxima vinda percebe que ele não leu as orientações.	Não há influência dessas falhas de diálogo na reabilitação. De maneira geral, os pacientes são informados o suficiente e credita isso ao hábito da equipe de repetição das orientações. Mas também existem profissionais que falham, pois se o paciente não questionar, principalmente o médico, esse não informa espontaneamente o que será feito e qual a finalidade do atendimento.	
8	Há canais de comunicação com o usuário como telefone, e-mail e atendimento pessoal. Reconhece que há esforços tanto da equipe como da política da Instituição em manter o usuário informado, inclusive com trabalho de assistência social. Mas ainda assim não considera o usuário bem informado sobre o tratamento, seus direitos e legislação pertinente. Destaca também que muitas vezes os pacientes retornam para tirar dúvidas com os funcionários que já conhecem, mesmo que não sejam médicos ou fonoaudiólogos que o atendeu, pois esquecem de perguntar no atendimento e se sentem à vontade para perguntar para os recepcionistas ou circulantes de prontuário.	A falta de informações prejudica não só o tratamento mas a vida dos usuários, como cidadãos. Muitos ignoram direitos básicos, como aposentadorias e passe livre nos ônibus circulares. O nível sociocultural influencia muito pois a maioria dos usuários são de origem humilde, não entendem a informação por completo, ou não prestam atenção nas orientações. Muitos não são informados em seu serviço de saúde de origem, e isso é uma questão de política pública. A falha nessa comunicação não é do Hospital, mas sim do próprio contexto social, onde soma-se o sistema básico de saúde, a falta de crença nas instituições públicas e o comportamento do usuário, enquanto cidadão.	
9	Dentro do possível, é um excelente diálogo. Há um grande esforço da equipe para que todas as informações sejam fornecidas, há espaço para questionamentos, mas observa que muitas vezes o paciente permanece passivo, sem questionar. Há também o constrangimento perguntar aos profissionais que representam pessoas de nível cultural mais elevado e, assim, o próprio paciente diz que não tem dúvidas porque não se sente à vontade de questionar um médico, por exemplo.	Não vê grandes impactos porque há o hábito da equipe de repetir, constantemente, as informações. Então, mesmo que o usuário saia de um atendimento sem o completo entendimento de tudo, o próximo profissional supre essa necessidade.	
10	Aos deficientes auditivos sempre é solicitado que venha com um acompanhante devido à própria deficiência, que dificulta o entendimento de explicações, o que acaba sendo um fator complicador. Mas acha que o diálogo é muito bom, pois os profissionais orientam a todos, explicando tudo tanto para acompanhantes como para os pacientes, detalhando como usar o aparelho auditivo.	Em sua opinião ajuda muito, porque no dia a dia do paciente o acompanhante, geralmente da família, acaba auxiliando-o no uso do aparelho, como colocar e cuidar do mesmo, pois crianças e idosos tem dificuldades nessas operações. E essa capacitação do acompanhante ajuda muito na reabilitação do paciente.	

(continuação)	<b>Trabalhador</b>	<b>Qual a sua opinião sobre o diálogo entre os profissionais de saúde e os usuários (pacientes e familiares) dentro do Centrinho?</b>	<b>Em que medida este processo reflete na reabilitação do paciente?</b>
<b>11</b>		Esse diálogo tem que ser praticado de forma clara. Vê problemas com as letras dos médicos, embora o Hospital faça constantes campanhas a respeito. As vezes os pacientes se queixam de que não tomou o medicamento certo porque não entendeu o receituário. Considera que a letra do médico é um grande obstáculo na comunicação com o paciente.	O reflexo é grande, em seu entendimento, pois pode dificultar a reabilitação. Mas, de maneira geral, acredita que há um grande esforço da equipe para superar as dificuldades, seja de natureza da deficiência auditiva ou de esclarecimento a dúvidas.
<b>12</b>		O diálogo é bom, há muita interação, atenção e afetividade nesse diálogo e isso faz com que os pacientes criem um vínculo de tal forma que valorizem os atendimentos e participem no tratamento.	Conforme já relatou, esse bom diálogo faz com que o paciente procure constantemente atendimento durante seu crescimento, e isso é ótimo para o tratamento.
<b>13</b>		O diálogo é bem acessível. Como os deficientes auditivos, é natural surgir dificuldades, mas a equipe é consciente desses obstáculos e se esforça para superá-los. Os profissionais são repetitivos com os pacientes exatamente para que o usuário entenda bem todas as explicações.	Um bom diálogo é fundamental para que o usuário consiga entender a importância do uso correto do aparelho auditivo e assim auxiliar em seu tratamento.
<b>14</b>		Considerando a interdisciplinariedade, acha que o paciente acaba saindo satisfeito, pois uma área complementa as informações de outras quando o paciente tem dúvidas. O bom entendimento entre a equipe faz com que falhas de uma determinada área seja compensada pelas demais.	O bom diálogo reflete, principalmente, na motivação do usuário para continuar o tratamento, seja ele mãe ou paciente. Há um grande empenho da Pediatra para que o paciente não desista de seu tratamento e, assim, alcance a reabilitação completa.
<b>15</b>		Considera um diálogo super bom e os pacientes sempre elogiam, inclusive por escrito. Acha que parece uma relação entre pai e filho, irmão e irmã, e isso ajuda para que os pacientes entendam tudo e saiam satisfeitos.	Reflete muito na reabilitação, pois se os pacientes entendem tudo, fazem o tratamento correto. Mas é preciso falar a linguagem deles, praticar um diálogo de fato. Isso acontece no Centrinho.
<b>16</b>		Considera que o diálogo é bom, mesmo com as dificuldades de compreensão devido ao grau de instrução dos usuários. Mas os profissionais procuram explicar tudo da maneira mais fácil e clara, de forma que tanto os pacientes como acompanhantes entendam.	Se o usuário não entender bem o que está sendo feito ele pode não dar continuidade ao tratamento quando volta para sua casa. Uma boa comunicação faz com que ele saiba o que tem que continuar fazendo. Caso contrário, o tratamento acaba no momento da saída, trazendo problemas futuros para a reabilitação global.
<b>17</b>		O diálogo sempre tem que existir, e acha que esse diálogo é muito bom. Quando uma mãe é mais resistente, o profissional deve insistir e ser mais amável até atingir um diálogo efetivo. A equipe já tem larga experiência e sabe das dificuldades dos usuários, então é mais fácil o profissional fazer esse esforço do que o usuário se empenhar para que a situação atinja o nível satisfatório.	Acha que o diálogo, esse espaço representado por uma abertura com os usuários, é o que dá segurança para que eles retornem e façam o tratamento corretamente. Afirma que os pacientes tem a maior segurança no atendimento do Hospital e demonstram isso em suas vindas.
<b>18</b>		Acredita que o diálogo dos funcionários com o paciente é bom, não vê problemas ou dificuldades nessa área.	O impacto é muito grande porque se não há um diálogo adequado, de forma que haja um perfeito entendimento entre profissional e paciente, o tratamento fica prejudicado. O profissional deve se esforçar para que o diagnóstico e tratamento seja feito de forma que o paciente entenda e possa opinar, participando da reabilitação. Deve sempre utilizar linguagem leiga para que haja diálogo efetivo e que o paciente possa fazer suas escolhas de forma consciente e se envolva com o tratamento.

(continuação)	<b>Trabalhador</b>	<b>Qual a sua opinião sobre o diálogo entre os profissionais de saúde e os usuários (pacientes e familiares) dentro do Centrinho?</b>	<b>Em que medida este processo reflete na reabilitação do paciente?</b>
<b>19</b>	Um diálogo diferenciado, com uma grande receptividade da equipe do Hospital. Devido ao longo tempo do tratamento, é comum o paciente estabelecer vínculo com os profissionais, que o acompanha desde a infância e durante todo seu crescimento, e isso torna mais fácil o diálogo. Há muito calor humano nessa relação, com mútuo conhecimento entre as partes. Já foi muito melhor, mas ainda há uma comunicação livre e aberta entre os profissionais e os pacientes.	Considera muito importante, e de influência direta no diagnóstico e na evolução do caso. O paciente sempre busca a melhor resposta para suas expectativas e que nem sempre é o mais adequado para seu caso. Mas a postura do Hospital é sempre optar pela verdade e clareza, e os usuários acabam por entender as suas condições.	
<b>20</b>	Acha que o diálogo praticado atinge o objetivo de manter o usuário bem informado, de forma que seja clara para eles, e acredita que funcione bem dentro do Hospital.	Considera muito importante porque o paciente precisa compreender o que se passa com ele, é necessário esclarecer o que ele não está entendendo e as alternativas de tratamento, para que ele possa optar por um ou outro procedimento e seguir as orientações. E sem um diálogo adequado não há como dar satisfações dos atendimentos e transmitir segurança no acerto do tratamento.	
<b>21</b>	Registra a importância da Ouvidoria e diz que os usuários conhecem esse canal. Por vezes, o usuário não quer reclamar mas sim desabafar emocionalmente, e o faz tranquilamente na Recreação, porque se sente a vontade com os profissionais. Acha que o diálogo é tranquilo e os usuários são realmente ouvidos, e isso não é demagogia.	Acha que ajuda muito na autoestima dos usuários, na medida em que percebem que estão sendo realmente ouvidos e não tratados de forma mecânica. A opinião do paciente por vezes provoca mudanças internas, eles percebem isso e se sentem valorizados.	
<b>22</b>	Todos trabalham pelo bom diálogo, procurando se adequar às necessidades do usuário e passar as informações de forma adequada. Tanto na postura dos profissionais em procurar se fazer entender pelos usuários como a instituição da Ouvidoria, que abre um canal de comunicação direta com o paciente, que funciona. Acha que a comunicação com o paciente é bem feita, bem bacana.	Reflete positivamente nas questões do acolhimento, das informações bem dadas e no trabalho de educação e conscientização sobre os direitos do cidadão de acesso aos recursos em saúde, feito pelo Serviço Social. Isso tudo contribui para que o paciente não abandone o tratamento e atinja a reabilitação.	
<b>23</b>	É necessário um volume maior de explicações em relação ao tipo de tratamento e o que vai ser feito. Não é raro que um paciente se sente na cadeira odontológica sem saber que cirurgia vai fazer. Como o tratamento odontológico é mais fácil de ser entendido e como o dentista fica mais tempo com o paciente, o entendimento é maior. Já com o médico, o paciente passa por um atendimento e já vai para cirurgia. Acha que o médico deveria dar uma carta para o paciente com as informações do que vai ser feito, a data, como será o período pós-operatório, pois a grande maioria não sabe desses aspectos. Considera isso um falha no diálogo.	Principalmente nas pessoas mais simples, essa falha de comunicação tem grandes consequências, "deixa o paciente praticamente perdido" (sic). Muitas vezes são trabalhadores braçais que não foram informados de que não podem trabalhar operados e isso pode fazer até com que percam o emprego ou a cirurgia, porque fazem grandes esforços no período de recuperação. Os dentistas percebem muito isso, às vezes falam no atendimento não basta, é preciso dar a informação por escrito ou chamar o acompanhante para que mais pessoas saibam do tratamento que vai ser realizado.	

(continuação)	Trabalhador	Qual a sua opinião sobre o diálogo entre os profissionais de saúde e os usuários (pacientes e familiares) dentro do Centrinho?	Em que medida este processo reflete na reabilitação do paciente?
24		O que é sentido na Recepção é que muitas vezes o paciente sequer sabe o nome do profissional que o atendeu. Ele vem no setor dizendo que tem dúvidas e, diante do questionamento do porquê não ter perguntado ao médico que acabou de atendê-lo, muitas vezes o usuário diz: <i>"mas eu não sabia que era ele"</i> (sic). Acha isso meio difícil, tem profissionais que atendem muito rápido e não se identificam para o usuário, pensa que isso deve ser melhorado.	O diálogo é muito importante e, quando os profissionais da Recepção sente que há falhas, porque é frequente que os usuários procurem o setor para tirar dúvidas, encaminham e direcionam esse usuário para quem deve ser feita a pergunta, se assistente social, médico, dentista, enfermeira, fonoaudiólogo, enfim.
25		Acha que falta para muitos funcionários um olhar diferenciado para cada paciente, porque os atendimentos são muito rápidos, e na Recepção é possível perceber que o paciente não entendeu o que foi dito no atendimento, e acabam perguntando para as recepcionistas. Precisa melhorar esse diálogo. <i>"Tem funcionários que são meio complicados"</i> (sic).	Reflete muito, às vezes os usuários saem confusos ou descontentes pela falta de informações ou com dúvidas, tem que voltar novamente para tirar dúvidas que poderiam ter sido esclarecidas no 1º atendimento. Talvez o pouco tempo para atendimento e o grande volume de pacientes sejam responsáveis por essa situação, <i>"mas não é bem por aí. O paciente é o paciente e cada um tem que saber que isso é um hospital"</i> (sic).
26		Acredita que seja uma situação boa e equilibrada. Tanto os profissionais procuram dar abertura para que os pacientes façam perguntas e usam de linguagem acessível, como os pacientes se sentem a vontade para fazê-las.	Um paciente bem informado adere melhor ao tratamento. <i>"Quando você sabe as causas e consequências dos procedimentos que estão sendo feitos, se sente mais satisfeito com o atendimento e aumenta a probabilidade de que esse seja repetido quantas vezes forem necessárias"</i> (sic).
27		Na Odontopediatria os profissionais sempre usam linguagem acessível, principalmente para as crianças, seus maiores clientes, com termos que ela compreenda e técnicas de comportamento para que se sinta a vontade no ambiente hospitalar. Com os pais também há o cuidado com as diferenças de repertório, orientando da melhor forma possível considerando seu grau de formação. Mas uma informação não é suficiente para mudar hábitos culturais.	A oportunidade real do diálogo, ou seja, não só falar mas também dar abertura para que o usuário também fale e questione, faz com que a expectativa do paciente seja mais fácil de ser atingida. Muitas vezes os profissionais querem impor uma conduta de tratamento e o pacientes não tem a mesma preocupação. No diálogo você pode unir tanto os desejos do paciente com a melhor orientação para cada caso.
28		Na Nutrição se busca o melhor diálogo possível, os profissionais se preparam para isso. Há uma constante interação e cobrança mútua na área de forma que, quando um profissional não está indo muito bem, ele recebe o retorno dos colegas e procura mudar sua atitude, os colegas procuram motivar o profissional mostrando que ele tem que estar aberto ao diálogo e a adaptações e não esperar do paciente tal atitude. Isso é ser um profissional adequado. <i>"Se você é um profissional que não atinge o seu paciente, você é uma porcaria de profissional"</i> (sic).	Em pelo menos 70% da reabilitação. Em sua opinião 30% são decorrentes do que chama de "trabalho seco": os atendimentos, as prescrições e o acompanhamento. Os outros 70% são do vínculo que se forma entre profissional e paciente. Quando você procura um atendimento particular e não consegue formar um vínculo com o profissional, você troca por outro. Os pacientes daqui não tem essa alternativa, então o vínculo é responsável pela forma como aceitam e se envolvem no tratamento.

(continuação)	<b>Trabalhador</b>	<b>Qual a sua opinião sobre o diálogo entre os profissionais de saúde e os usuários (pacientes e familiares) dentro do Centrinho?</b>	<b>Em que medida este processo reflete na reabilitação do paciente?</b>
<b>29</b>	Há problemas nesse diálogo. Muitas vezes os pacientes afirmam que os profissionais garantiram que ele voltaria em determinada época e, quem trabalha com agendamento sabe que não funciona exatamente assim, que há uma fila e um número muito grande de pacientes aguardando atendimento. Isso acaba causando muita dor de cabeça para o Serviço de Agendamento. Deveria haver uma conscientização dos profissionais para não criar esse tipo de expectativa no paciente.	Tudo o que envolve ansiedade do paciente é muito delicado. Quando você fala ao telefone para a mãe que a 1ª cirurgia de palato só pode ser feita ao um ano de idade, ela se desespera e quer fazer a cirurgia imediatamente. O paciente muitas vezes não entende que o tratamento tem uma sequência e tempo certo para que cada etapa seja feita da forma correta. Os atendentes tem que ter muita paciência para lidar com a ansiedade dos usuários e explicar que não podem pular etapas.	
<b>30</b>	Ambas as partes não se falam tempo suficiente. O profissional conversa pouco com o paciente e dá pouca atenção às suas expectativas com seu tratamento. E os pacientes estão acostumados a não questionar, são poucos que o fazem. Acha importante que os pacientes sejam estimulados a questionar todos os profissionais, muitas vezes eles trazem dúvidas para a Ortopedia porque não tem coragem de questionar algumas áreas e isso deveria ser desmistificado. É triste, mas há profissionais que mal olham para o paciente e questioná-lo é impensável para o usuário, na rapidez e velocidade dos atendimentos. E perde-se qualidade do atendimento quando o usuário não é ouvido.	O diálogo efetivo é muito importante porque às vezes se investe num tratamento que não interessa ao paciente que seja feito, pois não atende suas expectativas. E quando isso ocorre, há uma sequência de cirurgias que não é a expectativa do paciente mas que ele as aceitou porque o médico assim decidiu; ou o inverso, quando o paciente deseja determinado resultado e o médico não explicou a ele que seu objetivo é tecnicamente inalcançável devido a sua patologia.	
<b>31</b>	A Genética atende, em sua maioria, pacientes que tem outras malformações além da fissura labiopalatina, como síndromes e múltiplas anomalias, muitas vezes graves e insolúveis. Então os profissionais tem muito cuidado na hora de dizer aos pais que seus filhos tem outros comprometimentos mais sérios. As síndromes não são de fácil diagnóstico, então é necessário ter cuidado e tato para passar a informação apenas quando o diagnóstico é completamente fechado.	A influência é muito grande. Relatos dos pacientes sobre atendimentos em outros serviços com diagnósticos equivocados são frequentes, e isso acaba gerando na família preocupação e esforços vão na busca por tratamento. Quando há cuidado nessa comunicação, conversando com os pais de um forma adequada que também amenize a sua dor, a confiança da família é reforçada. Os pais passam a acreditar na reabilitação e transmitem o sentimento ao paciente.	
<b>32</b>	Considera o diálogo até bom, mas poderia ser melhor. Talvez ajudaria se existisse um ambiente próprio, aberto, em que os profissionais ficassem a disposição para esclarecer dúvidas tanto dos pais como dos pacientes. Observou isso quando permaneceu o dia todo no ambulatório, e os usuários frequentemente vinham trazer dúvidas simples.	A medida em que as dúvidas são esclarecidas, o usuário vai desmistificando aspectos tanto da patologia como do tratamento e se sente mais seguro.	
<b>33</b>	Alguns profissionais dão mais liberdade para que os pacientes questionem e muitas vezes observa que os pacientes não sente abertura para perguntar a outros. Já atendeu um paciente que frequenta o Centrinho há mais de 20 anos e que ainda tem dúvidas simples. Pode ser que as informações sejam oferecidas e que o paciente não as entenda completamente mas, nesse caso, percebeu o receio do paciente em questionar o médico, observa frequentemente esse constrangimento. Então é preciso estimular o paciente para que sempre questione quando tem dúvidas, pois acha que o diálogo ainda deixa a desejar.	Influencia totalmente porque a partir do momento que ele não tem toda a informação, a dúvida persiste e com isso vem o medo e várias outras coisas que o paciente já traz. Se o profissional que está ali para o atendimento não sanar essas dúvidas, não interagir com o paciente, o medo impera. Todos tem medo do desconhecido. A falta de informação gera obstáculos para o tratamento.	

(continuação)

Trabalhador	Qual a sua opinião sobre o diálogo entre os profissionais de saúde e os usuários (pacientes e familiares) dentro do Centrinho?	Em que medida este processo reflete na reabilitação do paciente?
34	<p>Considera que existe um bom diálogo, mesmo com as diferenças de níveis sociais, culturais, educacionais e de escolaridade. Mas o profissional é quem tem que adequar sua fala para o usuário consiga compreender todas as informações, acha que essa flexibilidade é inerente ao exercício profissional em saúde pública.</p>	<p>O entendimento e a compreensão do que está sendo feito no tratamento reflete de modo positivo na reabilitação, provoca maior adesão ao tratamento e colaboração, além de trazer tranquilidade tanto para o paciente como para a família.</p>
35	<p>O diálogo é bem franco, esclarecedor, procurando atender a todas as dúvidas que o usuário manifesta. Das instituições que já trabalhou, considera que o Centrinho é a que melhor resolve esse problema, de esclarecer o usuário e dar tanta satisfação do tratamento, tanto para o paciente como para o acompanhante.</p>	<p>Acha que é o grande "X" da questão orientar corretamente o paciente, não esconder nada, os limites, os riscos, a necessidade de colaboração dele no tratamento. Esses esclarecimentos faz com que o paciente se sinta melhor e capaz. Tudo o que é feito no sentido de esclarecer o paciente sobre sua patologia é muito importante para a vida dele fora do Hospital principalmente, faz com que ele se sinta mais seguro.</p>
36	<p>Na equipe de Enfermagem não vê problemas. Mas há falas dos próprios pacientes de que determinado profissional não dá muita abertura para que ele tire suas dúvidas; essa é uma queixa principalmente do paciente quando adulto e de acompanhantes. Às vezes a consulta é muito rápida, ou a linguagem usada é muito técnica, e assim o paciente fica com dúvidas. Para que a comunicação seja realmente eficaz, o profissional tem que estar mais atento e falar de maneira que o paciente entenda, a diversidade de níveis dos usuários é muito grande.</p>	<p>Há dúvidas que os usuários trazem para a Enfermagem que não são da área, e isso é complicado. Pensa que os profissionais devem orientar mais o usuário quanto ao resultado de determinados procedimentos porque observa a decepção desses, nem sempre a expectativa do paciente é o resultado possível, tecnicamente falando, e isso gera frustração e insatisfação. Se isso fosse mais esclarecido talvez o paciente optasse por não passar por determinado procedimento cirúrgico, principalmente.</p>
37	<p>O diálogo é bom. Quando o paciente vem para a internação, a equipe já o orientou completamente sobre tudo o que vai acontecer, o que vai ser feito. Os pacientes recebem todas as orientações.</p>	<p>Reflete muito, porque se os pacientes entenderem as informações, há maior colaboração e os resultados do tratamento serão melhores</p>
38	<p>A equipe procura manter um bom diálogo levando em consideração as condições socioeconômicas e culturais dos familiares e pacientes. Ao menos a Pediatra sempre procura orientar da melhor forma possível esses usuários sobre a físsura e o tratamento, as condutas terapêuticas, sempre dando esperança de que o prognóstico sendo bom, a equipe vai trabalhar para que esse se concretize.</p>	<p>Acha fundamental, na área médica, explicar para o paciente o que ele tem, o que deverá fazer para uma recuperação plena.</p>

(continuação) Trabalhador	Qual a sua opinião sobre o diálogo entre os profissionais de saúde e os usuários (pacientes e familiares) dentro do Centrinho?	Em que medida este processo reflete na reabilitação do paciente?
39	Ainda fica um pouco a desejar. Por vezes recebe pacientes que passaram por um profissional e mesmo assim não sabe que passou por ele e nem o que falou. Não sabe dizer se é falta de comunicação ou se o paciente não prestou atenção, devido a sua ansiedade. Pelo enorme volume de pacientes que o Hospital recebe e o grande número de atividades que o profissional tem que realizar, muitas vezes esse diálogo fica aquém do desejável. Acha que ele acaba atendendo muito rápido e tudo que é feito muito rápido acaba perdendo qualidade. Não considera que a condução das consultas hoje seja ideal, é preciso melhorar nessa qualidade do atendimento. Acha difícil resolver isso, pois o volume de pacientes que precisam ser atendidos é enorme e há poucos profissionais para cumprir aquela meta.	Reflete totalmente. Um paciente bem recebido, que recebe todas as explicações necessárias para o que ele vai fazer com o médico, um médico que tem paciência de ouvir e responder todas as questões de forma que o paciente entenda, em que ele fale todos os prós e contras do que ele vai fazer, dificilmente você vai ter problemas com aquele paciente. O paciente que vai trazer problemas é aquele que está mal orientado. Então, acha que a consulta bem adequada e a orientação bem feita é tudo no tratamento, é a base.
40	O Centrinho tem uma característica de dinâmica muito grande. A equipe procura ser clara e acessível, busca esclarecer da forma mais fácil para que haja entendimento por parte do usuário. Mas também tem um volume muito grande de pacientes diariamente e, por isso, acha que o Hospital peca um pouco nisso, “no sentido de que a fila precisa andar” (sic). A pressão por volume de produção e quantidade de atendimento é uma das coisas que mexe um pouco. Acha que esses fatos não chegam a macular o serviço, mas as vezes percebe que a forma de atender pode não ter sido a ideal, nem sempre é aquela conversa que você pode dedicar mais tempo ao usuário.	Reflete na medida em que o paciente tem que ter confiança naquilo ao qual está se entregando. Ele tem que saber passo a passo o que está acontecendo, o que está se passando, para poder se entregar, se disponibilizar da melhor forma e lutar junto, assumir também aquela reabilitação que não depende só do profissional. Se ele não estiver muito bem esclarecido e orientado sobre a importância de todas as etapas do tratamento, este não evolui. Então é preciso que o paciente esteja integrado na própria reabilitação, sabendo o que precisa fazer e porquê precisa fazer, e brigar por isso.

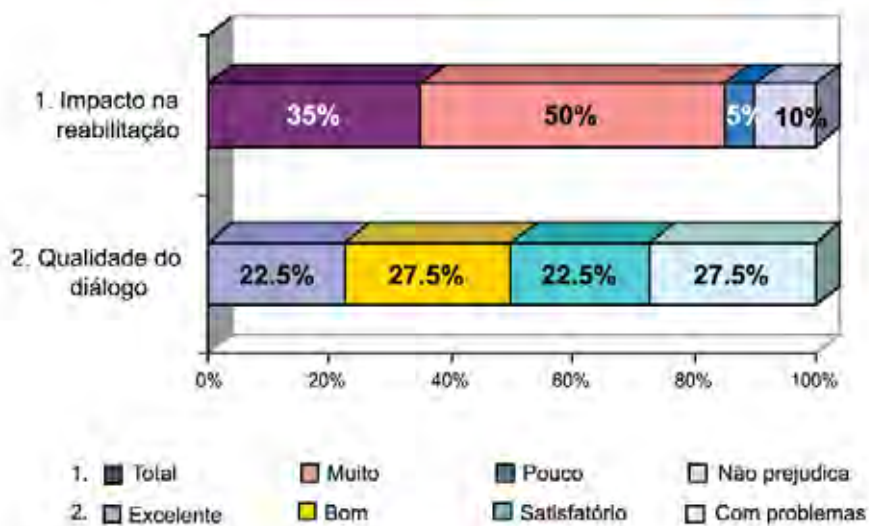
**Legenda:**

	Excelente		Bom		Satisfatório		Apresenta problemas
	Reflete totalmente		Reflete muito		Reflete pouco		Não prejudica

As respostas à essas duas questões, primordiais para o estudo, trazem elementos que permitem aferir a presença de criticidade nos trabalhadores em saúde do HRAC-USP. Embora existam referências anteriores ao ambiente humanizado, à qualidade do atendimento, à satisfação dos usuários, aos esforços de interação entre a equipe e ao constante foco no bem estar do paciente, os entrevistados não hesitam em apontar problemas no diálogo praticado, apontando suas causas e o reflexo desse diálogo na reabilitação do paciente, esse o maior propósito do Hospital.

No que se refere ao diálogo praticado com os usuários, há um equilíbrio de percepções quando metade da amostra aponta problemas no processo, sendo que nove (22,5%) o consideram excelente, 11 (27,5%) muito bom, nove (22,5%) o consideram satisfatório, embora apresente problemas, e 11 (27,5%) consideram que esse diálogo apresenta problemas. Já quanto ao impacto desse diálogo no tratamento do paciente, a grande maioria considera que há grande influência, sendo que 14 (35%) referem que o reflexo é total, 20 (50%) consideram que reflete muito, dois (5%) dizem que pouco reflete, e quatro (10%) não vê impacto no tratamento.

*Gráfico 17 - Percepções dos trabalhadores em saúde da amostra sobre a qualidade do diálogo com os usuários e o impacto no tratamento, segundo a classificação e intensidade*



Para finalizar o quadro de percepções dos trabalhadores em saúde sobre o processo de comunicação com o usuário e trazer elementos que permita contextualizar o papel da gestão em comunicação nesse processo, foi formulada a nona pergunta “**Nesse contexto, você tem alguma sugestão para modificar essa comunicação?**” com o objetivo de avaliar se os

trabalhadores estão satisfeitos com o atual diálogo que se pratica internamente, que pontos considera que devem ser melhorados, e quais as estratégias que consideram ideais para resolver os problemas levantados.

Na análise, as respostas foram agrupadas em quatro áreas de atuação de acordo com a natureza de cada sugestão, sendo: ações de capacitação da equipe de trabalhadores, ações de comunicação, ações administrativas e mudança comportamental da equipe. Assinalam-se ainda manifestações em que o entrevistado não considera a necessidade de mudanças no diálogo praticado internamente. Destaca-se também que, por vezes, os entrevistados se referem a mais de uma sugestão de áreas distintas de atuação.

*Tabela 10 - Sugestões apresentadas pelos trabalhadores em saúde da amostra para melhoria do diálogo no âmbito do HRAC-USP, segundo a natureza.*

<b>Trabalhador</b>	<b>Nesse contexto, você tem alguma sugestão para modificar essa comunicação?</b>
<b>1</b>	A falha maior é a intercomunicação entre os próprios funcionários do setor e dos profissionais com o pessoal de apoio. Sugere que haja ações de atualização e reciclagem, pois não se deve <i>“deixar a mãe com dúvidas, não fica bem falar ‘não sei’ para a mãe”</i> (sic). Algumas informações os próprios recepcionistas poderiam esclarecer para o paciente, sem recorrer a profissionais com agenda, pois perde-se tempo e horário para encaixe dos pacientes com dúvidas banais.
<b>2</b>	Materiais informativos impressos seriam de grande auxílio. O paciente deve ter mais informações à mão para levar para casa, como fôlderes ou cartilhas, com o protocolo do tratamento completo e cada etapa deste – no caso novo -, as especificidades e importância de cada aparelho usado na etapa de ortodontia. O volume de informações para o paciente é muito grande, e o usuário não absorve todas as explicações, seja pelo seu estado psicológico ou pelo volume e complexidade das informações.
<b>3</b>	Aumentar o tempo de consulta também seria interessante. A atualização do <i>site</i> institucional é fundamental, em especial na parte restrita ao paciente, hoje muito complicada e que gera constantes problemas com os usuários. Materiais audiovisuais veiculados pelo Hospital seriam um excelente auxílio para fixação de informações para os usuários. Vê como primordial a reciclagem e capacitação dos funcionários, pois o Hospital é interdisciplinar e, quando uma parte do atendimento é falha, compromete o todo. Acha fundamental que os funcionários tenham boa vontade no atendimento, em especial aqueles que classifica como “de ponta” ou seja, quem recebe o paciente assim que chega ao Hospital. A instalação de um telefone 0800 para atendimento geral e esclarecimento de dúvidas agilizaria.
<b>4</b>	Outra ação, de simples aplicação, é uma reunião diária na chegada do usuário, às 7h30, abordando os principais direitos e as informações necessárias para sua rotina. Acha primordial que o usuário tenha claro que o tratamento tem um começo, meio e fim, que vai chegar o momento de se desvincular da Instituição. E essa informação teria que ser fornecida logo no início do tratamento, com o esclarecimento de toda a conduta terapêutica, todo o trajeto que ele vai percorrer.
<b>5</b>	Mais materiais informativos, ilustrações e outros meios que atinja um público heterogêneo seria benéfico. <i>“Informação nunca é demais”</i> (sic). A prática das consultas deveria ser revista. Muitas vezes, o paciente não questiona o médico mas depois vem tirar dúvidas com o psicólogo ou com o assistente social, pois se sente constrangido em questionar o médico. E ele não perguntando, o médico não tem como saber dessas dúvidas. Mas quando a Psicologia recencinha esse usuário para o médico, suas dúvidas são esclarecidas. Porém, há um grande número de pacientes que criam vínculos e tratam esses profissionais com intimidade e relação de amizade, e questionam os atendimentos e procedimentos. Vê isso como positivo e resultado da própria cultura interna.
<b>6</b>	O <i>site</i> do Hospital deveria trazer, de forma acessível e completa, informações sobre o que é fissura, qual o tratamento, como amamentar e outros cuidados. Isso poderia ajudar e tranquilizar muito os pais.
<b>7</b>	Em sua área, a maior dificuldade é fazer com que as orientações pré-agendamento sejam assimiladas. Hoje essas orientações vão junto com a carta de convocação, onde consta a data e os atendimentos que o mesmo tem agendado. A Enfermagem está reformulando essas orientações, e pensa que somente um trabalho de comunicação visual poderia ajudar a superar essa dificuldade. O usuário se acostuma com o padrão de impresso que lhe é enviado e acaba não lendo, como se fosse uma conta de energia elétrica onde lê somente a data de vencimento e o valor. No caso, só lêem a data e o atendimento agendado. Ressalta que considera fundamental que o Hospital programe ações de reciclagem e capacitação para os funcionários, porque observa um crescente desinteresse, principalmente nos mais novos membros da equipe, pela própria filosofia da Instituição.

(continuação)	<b>Trabalhador</b>	<b>Nesse contexto, você tem alguma sugestão para modificar essa comunicação?</b>
<b>8</b>		Ferramentas de comunicação como mala direta com os principais direitos deles como cidadão que fosse enviada periodicamente para a residência dos usuários, surtiria efeito, pois as informações vindas do Hospital têm maior credibilidade do que as informações que partem de postos de saúde ou outros serviços, mesmo que com o mesmo conteúdo. Os usuários sentem maior segurança no Hospital como fonte de informação do que os demais meios oficiais de saúde. Sobre manuais e folhetos de orientação, principalmente sobre uso e conservação de aparelhos, é sua opinião que os usuários não lêem, e acabam por danificar o aparelho auditivo. Esses manuais precisam ser detalhados, porém folhetos com informações mais condensadas já foram tentados e não surtiram efeito; então realmente não tem idéia de como resolver o problema.
<b>9</b>		Seria desejável que a equipe passasse por processos de capacitação e reciclagem com mais frequência, principalmente no que se refere a atender o paciente com qualidade, adequar sua linguagem e dar mais atenção às expectativas do paciente.
<b>10</b>		O processo já está muito bom. Os pacientes gostam muito dessa interação e muitos pedem por folhetos para levarem para casa, eles gostam de saber de assuntos do Hospital, tudo o que acontece na Instituição e seus direitos. E, em seu entendimento, a comunicação com os usuários é muito boa.
<b>11</b>		Não consegue se recordar de nada, no momento.
<b>12</b>		Há necessidade de um intérprete de Libras <sup>44</sup> na Saúde Auditiva para que o paciente não passe pelo constrangimento de não conseguir se comunicar. Capacitar os profissionais com curso de Libras é fundamental para a melhoria desse diálogo, ou contratar um profissional para tal tarefa. Ressalta que os adolescentes ou adultos mais conscientes se recusam a se expressar de outra maneira, como a escrita, por exemplo, e se revoltam com essa inacessibilidade.
<b>13</b>		A presença de um intérprete de Libras é fundamental para auxiliar no diálogo com os deficientes auditivos, pois muitos deles só conseguem se expressar de maneira satisfatória para ele pela linguagem de sinais. No restante, acredita que tudo esteja a contento.
<b>14</b>		Pensa que o Centrinho está num bom caminho e procura sempre alcançar os objetivos de um atendimento de boa qualidade e humanizado, mesmo enfrentando algumas dificuldades. O paciente realmente sai satisfeito do Centrinho e, assim, não tem sugestão para apresentar no momento.
<b>15</b>		Seria excelente se os funcionários tivessem um bom curso de Libras, para ajudar a todos no diálogo com os pacientes. Porque muitos deles tem grandes dificuldades de entendimento e tem a Libras como meio de comunicação.
<b>16</b>		Cada vez mais é preciso que o profissional seja capacitado para usar uma linguagem mais acessível ao usuário.
<b>17</b>		Já existem manuais que são dados para os pacientes, informações por escrito são sempre necessárias para que os pais levem para casa. Muitas vezes os usuários não prestam atenção às orientações verbais e, assim, lembretes escritos são uma ajuda muito grande pois ajudaria os usuários a lembrar dessas orientações.
		Tem observado que mudanças administrativas, referentes a metas de maior número de atendimentos feita pelo SUS, influenciou diretamente o tempo disponível para cada atendimento. Considera que seria ideal poder dedicar mais tempo a cada usuário, hoje a consulta é fixada em 15 minutos no ambulatório. Além da agenda, há pedidos constantes de encaixes para atendimento a usuários que querem falar com a nutricionista, mesmo sem estar agendado. E isso é angustiante, gostaria de ter mais tempo para atender a todos. Já na internação, os profissionais conseguem driblar esse problema e dedicar mais tempo aos usuários.

<sup>44</sup> Libras – Língua Brasileira de Sinais, utilizada por deficientes auditivos que não conseguem se expressar oralmente devido a profundidade de sua perda.

(continuação)	<b>Trabalhador</b>	<b>Nesse contexto, você tem alguma sugestão para modificar essa comunicação?</b>
<b>18</b>	Acha que a Ouvidoria cumpre muito bem a função de canal entre os funcionários e os usuários, considera fundamental a presença desse serviço em qualquer área de atendimento ao público. E no Centrinho a Ouvidoria funciona muito bem pois quando o usuário tem queixas, não gostou do tratamento ou ficou com dúvidas, é ali que ele vai recorrer. A Fonoaudiologia já vem trabalhando na elaboração de manuais com linguagem bem simples e ilustrações, de forma que o paciente possa compreender bem o tratamento, as cirurgias e o processo de reabilitação. Esses materiais devem ser disponibilizados tanto no formato impresso como no formato eletrônico, utilizando o <i>site</i> do Centrinho, o que possibilitaria que os pacientes já viessem com uma série de noções ou perguntas formuladas, ou ainda que pudessem recorrer a elas sempre que for necessário. Ao mesmo tempo, facilitaria para que outros profissionais de fonoaudiologia entendam melhor a especificidade da intervenção dessa área na reabilitação das fissuras labiopalatinas, que é muito específica e diferente dos distúrbios comuns de fala. Sugere que o <i>site</i> seja reformulado e adequado a esse propósito.	É sempre salutar a crítica construtiva, mas não vê muito a acrescentar nessa relação. Algumas vezes, porém, percebe que alguns usuários extrapolam o nível de respeito com o Hospital pelo excesso de familiaridade e esquecem que estão num Hospital; deveriam respeitar mais alguns limites. Há que se ter cuidado, então, com essa relação de familiaridade.
<b>19</b>	Sempre é necessário que os profissionais tenham em mente que o cliente é o paciente e, portanto, a equipe deve se esforçar para se colocar sempre disponível e não exigir a total compreensão dele de imediato, e tentar atingir a forma mais adequada de se comunicar com os usuários e se fazer compreender pelos mesmos.	Tem observado as opiniões e queixas dos usuários sobre as pensões que ficam ao redor do Hospital e nas quais muitos se hospedam. Sabe que o controle da qualidade dessas foge à competência do Centrinho, mas pensa que o <i>site</i> do Hospital poderia abrir um canal para que o usuário possa opinar sobre essas acomodações e trazer recomendações daquelas que apresentam boas condições e não somente uma listagem, como é hoje. Muitas vezes o paciente sai de condição cirúrgica, adoece por problemas de higiene e inadequações desses lugares. Pensa que o Hospital poderia ajudar os usuários nessa questão porque o paciente confia nas informações dadas pelo Centrinho.
<b>22</b>	A Ouvidora faz um bom papel, deixando todos a vontade. Na reunião de internação, os profissionais desse setor explicam seu papel e deixam claro que não é o de punição, mas sim de ouvir as manifestações em busca de melhoria contínua. Mas mesmo assim ainda há usuários que tem receio de recorrer à Ouvidoria, então entende que deveria ser intensificado o esclarecimento do seu papel para os usuários. Registra que vê muitos pacientes rasgar e jogar fora fôlderes, então acha que o usuário não dá importância a esse tipo de ferramenta.	Acha que o Centrinho funciona muito bem, é difícil dar sugestões. Acredita que é necessário mais informações a respeito de cirurgia que sejam fornecidas por escrito, da maneira mais simples possível, com todos os procedimentos, os riscos, as épocas que vão ser realizadas as cirurgias, o tipo de cuidado a ser tomado depois da cirurgia e quanto tempo de repouso. E orientar o paciente para que guarde o impresso e traga sempre em seus atendimentos e entregue aos outros profissionais, porque às vezes a equipe de reabilitação oral inicia um tratamento que não é possível ser concluído no mesmo dia por questões técnicas, e aí o paciente diz que não vai poder retornar no dia seguinte porque vai operar e não sabe dizer qual tipo de cirurgia. É de opinião que certamente o médico informou o que vai ser feito mas às vezes o paciente está nervoso, não entendeu o que foi dito, é muito humilde e nem consegue encarar o médico e assim não pergunta nada. A informação por escrito, então, ajudaria bastante.
<b>24</b>		Em sua opinião é muito difícil oferecer sugestão. Percebe que os usuários não lêem os informativos, sejam fôlderes ou cartilhas. Assim, só consegue pensar que alguns profissionais deveriam conversar com mais qualidade com o usuário, explicando tudo de forma clara e simples.
<b>25</b>		“Crescer, o Hospital vai crescer mesmo” (sic). Então sempre é preciso mais atenção e carinho para a saúde pública e para o atendimento aos pacientes.

(continuação)	Trabalhador	Nesse contexto, você tem alguma sugestão para modificar essa comunicação?
26		Na área de Odontopediatria, desenvolver materiais educativos e instrutivos, com o auxílio do setor de Comunicação. É um projeto que já está em discussão entre os profissionais da área. Seria ideal que o paciente levasse pôsteres com técnicas de escovação e tipo de cuidados que o paciente deve ter em casa. No momento essas informações são dadas verbalmente, mas julga que é sempre bom que o paciente tenha esse material em mãos para consultar em casa.
27		Concorda que deve haver informações por escrito, além de audiovisual para ser veiculada nas televisões nas salas de espera. Acha que o impacto visual de cáries e dentes estragados talvez cause maior impacto do que qualquer orientação verbal ou escrita, e vê a internet como um importante meio de divulgação dessas orientações.
28		Considera que um trabalho educacional com os profissionais seria interessante, mas “ <i>acha que não existe educação para arrogância, para aqueles profissionais que se sentem deuses</i> ” (sic). Destaca que não está se referindo somente a área médica porque vê esse perfil em todas as áreas, “ <i>sempre tem um deusinho em cada área</i> ” (sic).
29		Vê como necessário uma atitude de cobrança maior da direção, de forma igualitária e por resultados de qualidade, baseada em critérios objetivos e claros, e não em “ <i>puxa saquismo</i> ” (sic). Ainda vê muito isso.
30		Além da atenção e paciência, sente a necessidade de que os profissionais sejam mais realistas para não criar expectativa errada no paciente. Acha que sua sugestão é algo tão falado, mas ainda não resolvido. Em toda reunião é citada a necessidade de que o Hospital passe de multidisciplinar para interdisciplinar, com uma interação maior entre as áreas e com o usuário.
31		Há outra proposta antiga de restabelecimento de miniequipes e pensa que deveria ser feito um teste para tentar melhorar essas deficiências apontadas, para verificar se as miniequipes reaproximam os profissionais de diferentes áreas e os usuários porque, em tese, essa é a proposta deste tipo de ação. As vezes sente muita falta de cursos de capacitação ou reciclagem para os próprios profissionais; tem a percepção de que nem todos profissionais sabem como a Genética funciona, assim como também ela mesma não conhece bem todos os setores. Sente falta também de cursos que auxiliem e preparem melhor os profissionais para o diálogo com o paciente, acha isso fundamental.
32		Sugere criar no ambulatório um ambiente próprio e disponível para pequenas dúvidas que pudessem ser esclarecidas, talvez por uma enfermeira, em uma sala de fácil acesso em que o paciente poderia recorrer a qualquer momento, sem necessidade de agendamento.
33		Considera que se a comunicação entre setores for melhorada, a comunicação com os pacientes sofrerá consequências positivas. O respeito aos horários e a integração entre as diferentes áreas é indispensável.
34		Entende que o maior problema é a comunicação entre profissionais de diferentes áreas, e não com os usuários. Então pensa que a mudança para a interdisciplinariedade é o grande caminho para resolver as falhas na comunicação.
35		Acha que esse diálogo é bom, não precisa mudar nada em relação ao paciente. Já em relação ao acompanhante, a Psicologia poderia intervir mais e com mais qualidade no sentido de dar suporte emocional e trabalhar os problemas psicológicos de negação ou revolta com a fissura. Não vê a Enfermagem com o papel de intervenção nessa área, mas na prática essa equipe acaba suprimindo essa necessidade do usuário.
36		Deve haver mais conscientização do próprio profissional quanto a importância do diálogo com o paciente. Às vezes a Enfermagem leva queixas ao profissional como as relatadas acima, e observa que não há uma disposição em mudar esse comportamento. O diálogo e a comunicação é tudo na vida.
37		Não consegue se lembrar de nada, considera que é bom do jeito que está.
38		Acredita que os funcionários procuram sempre fazer o melhor, de maneira bem humana procuram transmitir esperança no tratamento e tirar todas as dúvidas. No momento, não tem nada a sugerir pois entende que há um grande esforço de toda a equipe multidisciplinar em trazer o melhor para o paciente.

(continuação)

Trabalhador	Nesse contexto, você tem alguma sugestão para modificar essa comunicação?
39	<p>Os profissionais de saúde deveriam ter estrutura de trabalho mais adequada. Por exemplo, adoraria ter um departamento de cirurgia plástica, com secretária, profissionais de informática que a ajudasse a fazer levantamentos, uma sala em que pudesse atender aos pacientes da cirurgia plástica para, por exemplo, estar trabalhando em outras atividades e o paciente pode vir tirar dúvidas a qualquer momento. Gostaria de revisão em sua agenda pois ela é muito ocupada com cirurgias e não sobra muito tempo para conversar mais demoradamente com o paciente. O ideal é reduzir o número de pacientes por profissional, mas acha isso inviável porque como é possível reduzir o número de atendimentos se a demanda é absurda?</p> <p>Acredita que facilitaria muito a produção de vídeos. Na Cirurgia Plástica seria interessante fazer vários vídeos rápidos explicando os diferentes procedimentos, e assim poder mostrar em uma sala, pelo vídeo, todos os tipos de procedimentos. Essa estratégia poderia ser usada por todas as áreas para que as orientações sejam fixadas mais facilmente pelos usuários, a informação visual é muito importante e mais fácil de ser assimilada. Se na sala de espera, enquanto aguarda os atendimentos, o paciente visse esses vídeos de orientação, quando chegar ao médico, o volume de dúvidas seriam bem menor para serem tiradas com o profissional.</p>
40	<p>Acha que isso passa por condições estruturais. Há outros centros que atendem a 30 casos por mês ou até menos, ou às vezes 40 casos ao ano, em que você tem a possibilidade de dedicar mais tempo a cada paciente. No caso do Centrinho é mais complicado, o volume é bem superior a isso<sup>45</sup>. Então é necessário, sem pecar, buscar a melhor forma para trazer esse equilíbrio entre as informações necessárias para o paciente e a satisfação dele. Hoje talvez é um dos aspectos que mais preocupa, não somente aqui mas também em outros hospitais que trabalha; problema do tempo reduzido para os atendimentos e grande volume de pacientes é uma angústia geral na área da saúde pública. Acha um pouco difícil resolver isso, mas os profissionais tem que se esmerar nesse sentido, de deixar sempre o paciente bem informado, bem orientado.</p> <p>Entende que a equipe toda do Hospital sente que precisa ser capacitada para que o atendimento seja cada vez mais adequado, na medida certa, para que o paciente não passe por atendimentos sem ser informado, sem ser bem esclarecido, mas de uma forma profissional.</p>

**Legenda:**

-  Capacitação de pessoal
-  Mudanças na postura da equipe
-  Ações de comunicação
-  Não tem sugestões
-  Ações administrativas

<sup>45</sup> O Centrinho atende, em média, 300 pessoas ao dia no ambulatório e realiza cerca de 30 cirurgias ao dia. (Fonte: Serviço de Informática Hospitalar, HRAC-USP).

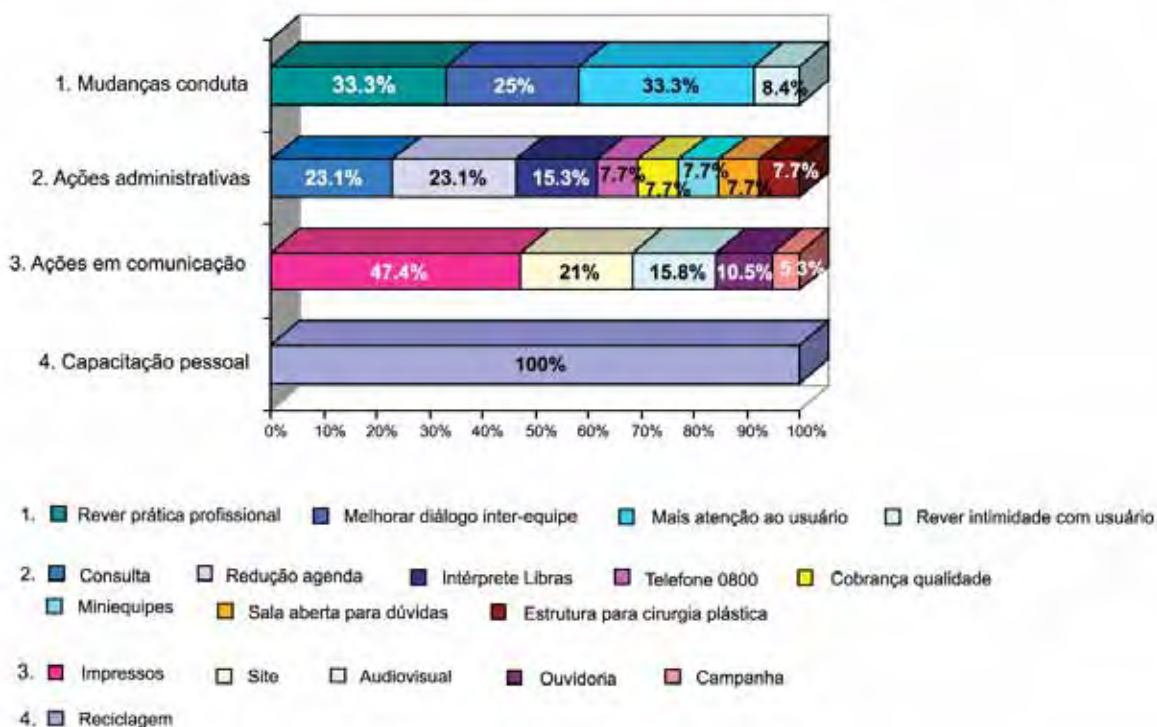
Os 40 trabalhadores em saúde ofereceram 51 sugestões, sendo nove (17,6%) de capacitação de pessoal, 14 (27,5%) de ações em comunicação, 11 (21,6%) de ações de caráter administrativo, 12 (23,5%) sugerem mudanças na conduta do profissional, e cinco (9,8%) dos entrevistados acreditam que não há mudanças a serem feitas e, portanto, não apresentaram sugestões.

No que se refere a ações em comunicação, há 19 referências de tal necessidade sendo que nove (47,4%) mencionam a necessidade de materiais impressos (fôlderes, cartilhas, cartas, manuais, boletins informativos), quatro (21%) desejam mudanças ou a utilização do site no processo, três (15,8%) sugerem que se produza vídeos informativos, dois (10,5%) mencionam a Ouvidoria como uma boa iniciativa, e um (5,3%) sugere uma campanha interna, justamente para divulgar mais o papel da Ouvidoria.

No âmbito administrativo registra-se 13 manifestações, sendo três (23,1%) quanto à necessidade de revisão na prática da consulta, tanto no que se refere ao tempo hoje estabelecido para cada uma como a forma como é realizada decorrente do tempo, três (23,1%) de sugestões de revisão da agenda dos profissionais, com a redução do número de pacientes agendados, duas (15,3%) destacam a necessidade de contratação de um intérprete de Libras para atuar no diálogo com pacientes surdos, uma (7,7%) sugere a instalação de uma linha telefônica gratuita 0800 para esclarecimento de dúvidas, uma (7,7%) opina que deva ser estabelecida norma de cobrança do desempenho dos profissionais com foco nos resultados qualitativos desses, uma (7,7%) sugere a instalação de miniequipes de forma a estreitar o relacionamento entre profissionais e entre esses e os usuários, uma (7,7%) sugestão de instalação de uma sala no ambulatório para que os pacientes tirem suas dúvidas com profissionais, mesmo sem estar agendado, e uma (7,7%) pede por instalações próprias, equipe e equipamentos para a Cirurgia Plástica.

Das 12 manifestações que se referem à necessidade de mudança na conduta da equipe, quatro (33,3%) acreditam ser necessários a revisão de prática profissional, quatro (33,3%) acreditam que a equipe tenha que dedicar mais atenção ao usuário, o que inclui conversar mais com o mesmo, três (25%) opinam que a comunicação inter-profissionais deve ser melhorada e que os profissionais devem conversar mais entre si, e uma (8,3%) sugere que a postura de criar intimidade com o usuário deve ser revista, pois prejudica a percepção do usuário quantos aos limites institucionais.

Gráfico 18 - Sugestões apresentadas pelos trabalhadores em saúde da amostra visando melhoria no diálogo praticado no âmbito do HRAC-USP, segundo a natureza



As respostas dos trabalhadores em saúde da amostra ao roteiro de perguntas formulado permite atribuir aos mesmos um grau positivo de criticidade, como anteriormente mencionado. As manifestações sobre a qualidade do atendimento oferecido pelo HRAC-USP, a cultura descrita como fortemente marcada pela humanização e preocupação sempre presente em atender as necessidades do usuário, não mascaram a percepção dos aspectos negativos presentes no diálogo praticado no âmbito do Hospital. Muitos não hesitam em apontar pontos que consideram problemáticos e reconhecem a origem de muitos deles na própria conduta da equipe de trabalhadores em saúde.

Um ponto a ser destacado é que as dificuldades de repertório, diversidade socioeconômica e cultural dos usuários não são consideradas fatores preponderantes, mas sim complicador para que um diálogo efetivo se concretize, tanto é que das 74 dificuldades para o exercício profissional diário relatadas, apenas nove referem-se a dificuldades de processo comunicativo. Merece destaque também o fato de que esse grupo considera ser sua responsabilidade trabalhar no enfrentamento de tais aspectos para superar os problemas no diálogo, entendendo essa responsabilidade como fator inerente à sua prática profissional. Tal percepção resulta da cultura organizacional que impera no HRAC-USP.

### 4.3 Como se articulam as percepções dos usuários e dos trabalhadores em saúde do HRAC-USP

O ponto de partida para análise dessas percepções é o tempo de relacionamento com o Hospital, que permite avaliar se o indivíduo incluído na amostra têm conhecimento da estrutura interna, das políticas e da rotina do HRAC-USP. Quanto aos usuários, a maioria (57,5%) são usuários há tempo que varia de seis a 20 anos, e 35% são de usuários que varia do primeiro atendimento a cinco anos de tratamento. Já os trabalhadores em saúde, exatamente a metade dos entrevistados (50%) correspondem ao mesmo tempo de vínculo descrito acima (seis-20 anos), porém 27,5% são de trabalhadores com tempo que varia de 21 a 25 anos. Portanto, as percepções detectadas dos trabalhadores são de entrevistados com razoável conhecimento da rotina do HRAC-USP; e no grupo amostral de usuários, embora predomine um tempo maior, há que se considerar uma razoável presença de usuários recentes, do ponto de vista da instituição.

Da amostra de usuários, a grande maioria (65%) é composta por acompanhantes pertencentes ao núcleo familiar direto, ou seja, pai, mãe, filho(a) ou esposo(a), registrando-se que 40% são mães de pacientes. Esse dado é relevante quando se avalia as respostas quanto a profissão dos entrevistados, utilizada como parâmetro para aferir o grau de escolaridade e, portanto, as condições pré-existentes de repertório linguageiro.

No que se refere a repertório decorrente de condições socioeconômicas, culturais e educacionais, observou-se na amostra que a maioria dos entrevistados não forneceu subsídios para tal avaliação (40%) por se referirem à sua ocupação como “dona de casa “ ou “aposentado(a)”, 27,5% relatam desempenhar ocupações<sup>46</sup> de nível técnico, 25% de nível básico e apenas 7,5% trabalham como profissionais de nível superior. No grupo amostral de usuários, 75% declararam ser moradores da região Sudeste do país, 12,5% da região Centro-Oeste, 7,5% da região Norte e 5% da região Sul, trazendo uma amostra da diversidade regional presente no HRAC-USP. É possível concluir que a maioria (52,5%) possui um repertório limitado da linguagem médica, onde soma-se a diversidade de culturas regionais.

Esses dados sobre o repertório dos usuários mostra coerência no confronto com a percepção dos trabalhadores em saúde sobre as condições linguageiras presentes na rotina do HRAC-USP. Porém, igualmente os dois grupos não consideram esse aspecto a dificuldade

---

<sup>46</sup> Considera-se ocupação de nível técnico aquela que, para seu desempenho, exige do cidadão o ensino médio. Ocupação de nível básico refere-se àquelas que exige ensino fundamental ou, até mesmo, não exige escolaridade, mas somente alfabetização (lavrador, por exemplo).

preponderante no diálogo. Quando perguntados sobre sua compreensão sobre o tratamento, as informações fornecidas e a linguagem adotada pela equipe do Hospital, a grande maioria dos usuários (95%) declara se considerar informada sobre o atendimento, 87,5% não sente dificuldade para entender as explicações, e 67,5% afirma questionar os profissionais quando não entende alguma coisa.

Essa percepção dos usuários sobre a qualidade do diálogo é parcialmente corroborada com a percepção dos trabalhadores, já que metade da amostra considera que há um bom diálogo interno, sendo que 22,5% o consideram excelente e 27,5%, muito bom. Ainda em resposta à pergunta formulada, 22,5% dos entrevistados consideram o diálogo satisfatório embora apresente problemas, e 27,5% apontam um diálogo problemático.

Há que se destacar que os trabalhadores, quando questionados sobre as maiores dificuldades encontradas no seu dia-a-dia, referem-se ao processo comunicativo em pequena escala. Das 74 dificuldades apontadas, apenas nove (12,2%) referem-se ao processo comunicativo sendo que dessas, quatro (5,4%) mencionam a diferença de repertório entre a equipe e o usuário. O discurso dos trabalhadores quanto aos diferentes níveis de compreensão dos usuários é de que se trata de uma condição pré-existente em sua rotina de trabalho, sendo seu dever profissional trabalhar para superar essas diferenças e estabelecer o melhor diálogo possível com o usuário. Essa resposta é corroborada com a percepção dos usuários, quando 72,5% afirmam espontaneamente que encontra receptividade e disponibilidade na equipe para esclarecer as perguntas que fazem.

É possível concluir, diante dos resultados, de que os parâmetros de qualidade no diálogo são diferentes para os dois grupos amostrais. Mas, igualmente, ambos os grupos não consideram que a atual situação instalada tenha consequências no tratamento do paciente. Embora a maioria dos trabalhadores (85%) reconheçam o grande impacto que um diálogo de qualidade traz para o tratamento, referem-se também à prática interna da equipe de repetição constante das informações, numa estratégia em que uma área supre a falha de outra e, assim, o usuário acaba recebendo as informações necessárias. Há que se considerar, ainda, que a maior expectativa do usuário do HRAC-USP é o resultado técnico dos atendimentos a que são submetidos, e que supera os demais aspectos envolvidos no atendimento, incluindo o diálogo com o profissional. Relato de um psicólogo que atua há mais de 30 anos na instituição retrata exemplarmente esse aspecto:

Há um esforço da instituição em fornecer todas as informações, mas que esbarra em traços culturais do usuário e da cultura do Hospital. O grau de confiança no tratamento chega ao extremo do paciente não se lembrar qual a

cirurgia que fará, embora receba a informação em sua convocação. A postura é a de que sabe que fará uma cirurgia, que essa é para o bem de seu tratamento e que “o Centrinho cuidará dele” (sic). Talvez porque a maior expectativa não seja com as informações pontuais mas com o resultado final. Muitos até se referem aos médicos por seu primeiro nome e frequentemente ouve, na pré-internação, a fala “disse ao fulano (sem usar a expressão doutor ao se referir ao médico) para caprichar na cirurgia e me deixar bonito” (sic). Há uma entrega do paciente, quase que incondicional, à instituição. Observa que, nem sempre o paciente está interessado nas informações que lhe são passadas, contanto que o resultado daquele atendimento seja para melhorar sua condição. O diálogo, embora não seja o ideal, não traz grandes consequências porque a equipe trabalha com esse foco, e a repetição de informações é constante (TRABALHADOR 5).

Essa afirmação é consonante com as respostas dos usuários quanto ao que sente falta no atendimento oferecido, sendo que 72,5% não apontam carências no atendimento e registra-se nove queixas (22,5%). Dessas nove, quatro (10% do total) se referem a problemas de informação. Da amostra, 60% mencionam espontaneamente a boa qualidade no atendimento quando perguntados sobre o diálogo, carências e igualmente quando são estimulados a oferecer sugestões para melhoria do atendimento oferecido pelo HRAC-USP.

Tal panorama é compreensível quando se analisa a cultura organizacional instalada e os vínculos que se formam entre o HRAC-USP e seus usuários.

Destaca-se que 77,5% dos usuários relatam que o tratamento recebido provocou mudanças profundas em sua vida. Das 66 mudanças relatadas, pois há entrevistados que se referem a mais de um tipo, 50% são de natureza funcionais na fala e audição, 47,5% de natureza social, no relacionamento com família e círculos sociais e 35% relatam mudanças estéticas. O impacto dessas mudanças está diretamente relacionado ao perfil dos usuários, que por suas patologias são considerados cidadãos deficientes. Autores como Costa; Valle; Yamada (2000, p.147-8) e Graciano; Tavano; Bacheга (2007, p.311) se referem à influência do preconceito e do estigma que representam tais deficiências e as dificuldades decorrentes desses na inserção social dos usuários. Graciano *apud* Graciano; Tavano; Bacheга (2007, p.314) tratam ainda do impacto psicológico do processo de reabilitação nessa população.

Decorrente de tal situação, há que se considerar ainda a necessidade do ser humano em identificar-se com um grupo, referido por Kramer; Faria (2007, p.85-9) como sentimento de pertença em uma organização, mas que pode ser aferido aos usuários, dado o tempo em que frequentam o HRAC-USP. Em suas instalações, usuários sentem que se amenizam as dificuldades no enfrentamento de sua condição atípica, fato relatado por muitos deles:

Antes de vir para Bauru, achava que ia ser sempre difícil sua vida por causa da fissura, pois na sua cidade quase não tem pessoas com o mesmo problema e sofria com preconceito. Quando chegou no Centrinho se sentiu muito bem, não sentiu mais vergonha de si mesmo porque viu muitas pessoas com o mesmo problema que o seu, ou até mesmo com problemas mais graves. E com o tratamento não tem mais problemas. Então acha que a fissura e o tratamento deveria ser mais divulgado para todo o país (USUÁRIO 5). Mudou tudo em sua vida. Porque, se não fosse o Hospital, os médicos, não tinha nem boca nem nariz direito. *“Não pedi pra nascer assim, mas nasci, sem formação direito (sic) [...] Não tem do que sentir falta. Todas as vezes que vem é sempre bem atendido, passa por todas as salas, está tudo agendado, certinho. Muita gente hoje tem a auto estima boa porque recebeu tratamento. “Porque existe preconceito, é complicado e tem que superar no dia a dia. Tem que dar graças a Deus pelo Hospital” (sic). Está muito contente com o tratamento. Em sua opinião, o Hospital deixa a pessoa adequada, sem depressão, não se sentindo inferior. (USUÁRIO 20)*

Esse sentimento de pertença é fruto tanto da necessidade psicológica e social do usuário como da cultura organizacional do HRAC-USP. Tanto usuários como trabalhadores usam frequentemente o termo “humanização” ou “ambiente humanizado” para se referir à instituição. As manifestações mais recorrentes encontradas no conjunto de respostas do grupo amostral de usuários revelam que esses identificam no Hospital laços de fraternidade que se aproximam dos conceitos de família e amizade, o que faz com que se sintam em ambiente familiar, protetor e humanizado. Tal dado se soma à percepção dos trabalhadores quanto à cultura organizacional, quando 37% identificam como principal traço a humanização, 20% o assistencialismo e 15% o paternalismo. Quanto ao relacionamento com o usuário, esses trabalhadores acrescentam às suas percepções a afetividade (10%) e a qualidade no atendimento (25%), referindo-se também à humanização (25%), ao paternalismo (12%) e ao assistencialismo (10%).

As frequentes menções dos usuários à política de humanização no ambiente hospitalar tem grande influência no julgamento desses quanto ao atendimento no Hospital, resultando numa postura condescendente quanto a eventuais problemas, incluindo o processo de comunicação. A boa qualidade do atendimento é a resposta mais recorrente entre os usuários, chegando a ser citada como fator atenuante no confronto com queixas e problemas identificados pelos usuários. Alguns chegam a se referir como “defensores” do HRAC-USP e muitos dizem que não tem do que reclamar pois o atendimento é ótimo.

Um aspecto a ser destacado é que, diferente do que o panorama traçado até o momento possa sugerir, é possível aferir problemas no diálogo interno tanto pelas respostas dos usuários como na dos trabalhadores, e as influências no atendimento prestado. Mesmo a maioria se declarando informada e sem dificuldades para entender as informações prestadas,

os usuários forneceram 19 sugestões de temas que julgam merecer mais divulgação, sendo que cinco delas referem-se diretamente ao tratamento e que são fornecidas rotineiramente, num claro sinal de que há ruptura no diálogo entre a equipe do Hospital e os usuários.

Tal fato está diretamente ligado à manifestação dos trabalhadores quanto às maiores dificuldades encontradas em seu fazer diário, quando assinalou-se 74 dificuldades apontadas pelo grupo amostral. Nesse universo, 25 (33,8%) referem-se ao contexto hospitalar, destacando-se quatro referências ao grande volume de pacientes, quatro referem-se ao tempo insuficiente para as consultas, quatro relatam o desrespeito de colegas aos horários da agenda e dois à insuficiência de profissionais em determinadas áreas.

Essa percepção corrobora os dados teóricos levantados no trabalho sobre a influência de políticas administrativas na prática profissional dos trabalhadores, em que a grande demanda de pacientes e o tempo reduzido de consultas acaba por moldar a relação entre profissionais e usuários, o que consolida um diálogo insatisfatório para ambas as partes e o jogo do poder, pela detenção do conhecimento (MEYER, 2002, p.14; FERREIRA; RIBEIRO; FREITAS *apud* NASSAR, 2005, p.7). A angústia dos trabalhadores do HRAC-USP com tal situação é exemplarmente retratada em declaração de um médico cirurgião plástico, que atua no Hospital há 26 anos:

O Centrinho tem uma característica de dinâmica muito grande. Acha que a equipe procura ser clara e acessível, busca esclarecer da forma mais fácil para que haja entendimento por parte do usuário. Mas também tem um volume muito grande de pacientes diariamente e, por isso, acha que o Hospital peca um pouco nisso, “*no sentido de que a fila precisa andar*” (sic). A pressão por volume de produção e quantidade de atendimento é uma das coisas que mexe um pouco. Acha que esses fatos não chegam a macular o serviço, mas às vezes percebe que a forma de atender pode não ter sido a ideal, nem sempre é aquela conversa que você pode dedicar mais tempo ao usuário. [...] Acha que isso passa por condições estruturais. Há outros centros que atendem a 30 casos por mês ou até menos, ou às vezes 40 casos ao ano, em que você tem a possibilidade de dedicar mais tempo a cada paciente. No caso do Centrinho é mais complicado, o volume é bem superior a isso. Então é necessário, sem pecar, buscar a melhor forma para trazer esse equilíbrio entre as informações necessárias para o paciente e a satisfação dele. Hoje talvez é um dos aspectos que mais preocupa, não somente aqui mas também em outros hospitais em que trabalha; problema do tempo reduzido para os atendimentos e grande volume de pacientes é uma angústia geral na área da saúde pública. Acha um pouco difícil resolver isso, mas os profissionais tem que se esmerar nesse sentido, de deixar sempre o paciente bem informado, bem orientado (TRABALHADOR 40).

Ainda nesse contexto, os trabalhadores apontam 31 (41,8%) dificuldades relacionadas diretamente ao contexto do usuário, sendo que seis mencionam que os usuários têm

dificuldades em entender os limites do Hospital para atender seus desejos - e não necessidades -, o que gera insatisfação do usuário, cinco relacionadas às limitações financeiras do usuário, quatro relacionam-se ao grau de expectativa deste com o resultado do tratamento, quatro à diversidade cultural, três são relacionadas à estrutura familiar, três ao estado emocional e psicológico e duas mencionam o desinteresse dos usuários nas orientações oferecidas.

Quanto às sugestões de melhoria oferecidas por ambos os grupos amostrais, observa-se que a gestão em comunicação não é a preocupação preponderante para os entrevistados. Embora aos usuários a pergunta tenha sido feita de forma mais ampla e refira-se ao atendimento geral do HRAC-USP, apenas quatro sugestões mencionam ações em comunicação. Dos 40 entrevistados, apenas 15 (37,5%) apresentam sugestões, sendo que 24 (60%) afirmam que o atendimento é ótimo e, assim, não há o que melhorar. As sugestões apresentadas referem-se ao tratamento (21,9%), à comunicação (9,8%), e ao conforto extra-Hospital (9,8%).

Já os trabalhadores, respondendo à abordagem direta sobre o diálogo com os usuários, apresentam 51 sugestões, sendo 27,5% de ações em comunicação, 23,5% sugerem mudanças na conduta do profissional, 21,6% referem-se a ações de caráter administrativo, 17,6% de capacitação de pessoal, e 9,8% dos entrevistados acreditam que não há mudanças a serem feitas e, portanto, não apresentaram sugestões.

As 19 referências quanto à necessidade de ações de comunicação dividem-se em nove (47,4%) sugestões de criação e elaboração de materiais impressos (fôlderes, cartilhas, cartas, manuais, boletins informativos), quatro (21%) sugestões de mudanças ou a utilização do *site* institucional no processo comunicativo com os usuário, três (15,8%) sugerem a produção de material audiovisual, dois (10,5%) referem-se à Ouvidoria como canal adequado e funcional, e um (5,3%) sugere uma campanha interna, justamente para divulgar mais o papel da Ouvidoria.

Portanto, embora o foco principal dos entrevistados não seja a gestão em comunicação, já que 62,7% referem-se a políticas institucionais como ações administrativas e capacitação de pessoal, há um indicador do papel das ações estratégicas em comunicação nesse contexto do diálogo interno, e das expectativas da comunidade interna sobre sua capacidade e intervenção no enfrentamento de dificuldades identificadas no processo comunicativo interno.

## 5 Considerações finais

O presente trabalho dedicou-se a avaliar uma das situações mais comuns na vida de qualquer cidadão: o diálogo que se estabelece com trabalhadores em saúde quando esse cidadão, acometido por um desequilíbrio em seu estado físico e emocional, procura um serviço público de saúde em busca de atendimento e alívio para seus males e angústias. Nesse encontro, conforme afirmado anteriormente, está presente uma relação de dominação histórica, característica dos serviços públicos de saúde desde sua criação, na Revolução Industrial européia.

Tal momento é descrito por autores utilizados no presente trabalho como um relacionamento unilateral, pautado pelo discurso do profissional de saúde, que determina condutas de tratamento com base em seu repertório técnico e sua visão do estado de saúde do paciente. Por sua vez, o paciente acaba aceitando essas condutas, frequentemente sem questionar, devido à relação de dominação social representada pela diferença de repertório técnico e sua fragilidade física e emocional.

Para investigar como esses preceitos teóricos se aplicam na prática, o trabalho foi estruturado sobre o estudo da prática do diálogo entre os trabalhadores em saúde<sup>47</sup> e os usuários de um hospital universitário público, o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP), localizado na cidade de Bauru (SP). Em tal análise, foram considerados fatores que influenciam esse diálogo como a cultura organizacional, a visão de ambos os atores sociais sobre o processo, as estratégias adotadas no desenvolvimento do diálogo e o papel que ambos atribuem ao mesmo no processo de tratamento.

A organização eleita como campo de estudo possui características especiais que permitem avaliar esse momento, normalmente rápido, de forma mais profunda. Por ser hospital especializado em patologias que exigem anos de tratamento contínuo, as percepções dos usuários são consolidadas por mais de um contato, sendo que os trabalhadores em saúde desenvolvem mecanismos em busca de adequações nesse relacionamento, uma vez que há reflexo direto dessa relação no resultado de seu trabalho: a reabilitação dos pacientes.

O presente estudo foi realizado pelo viés da comunicação, entendida por Oliveira (2002, p.66) como um processo que se inicia na busca, pelo cidadão, de recursos na área da saúde e que produz significados a partir do confronto de diferentes universos simbólicos e culturais, o

---

<sup>47</sup> No estudo, foram considerados trabalhadores em saúde todos os funcionários que atendem diretamente o usuário, e não somente profissionais de saúde como médicos, enfermeiros, psicólogos, etc.

do paciente e o do profissional de saúde. Nesse diálogo que se estabelece estão presentes variáveis como a percepção dos sintomas pelo paciente, o repertório linguageiro utilizado no relato dos sintomas ao profissional de saúde, o comportamento adotado pelo profissional no atendimento, a interpretação deste profissional das manifestações do paciente e a posterior resposta do profissional à exposição do paciente.

Portanto, para que ambas as percepções fossem colhidas, foram realizadas 80 entrevistas na fase de pesquisa de campo, com 40 usuários e 40 funcionários do Hospital, obedecendo a dois diferentes roteiros pré-estabelecidos, considerando os públicos pesquisados. As respostas permitem comparações no desenho do panorama interno do HRAC-USP, no que se refere ao relacionamento com seus usuários. As percepções relatadas são, em sua maioria, de indivíduos que vivenciam o cotidiano do Hospital por um tempo que varia de seis a 20 anos, correspondendo no caso de usuários a 57,5% do total da amostra e no caso de trabalhadores, a 50%. Da amostra de usuários, a grande maioria (65%) é composta por acompanhantes do núcleo familiar direto (pais, mães, filhos, esposos).

Ambos os grupos amostrais identificam a instituição com o perfil descrito nos estudos citados no presente trabalho como “hospital mãe”, caracterizado pela prática da medicina como arte, onde o funcionário é considerado não somente como força de trabalho mas como um ser humano, e o paciente é mais do que um leito ou um prontuário, mas sim um cliente. Nesse contexto, o conceito de bom atendimento passa pela relação individual e humanizada entre profissionais de saúde e usuários, em que a escuta e dedicação de tempo ao paciente são primordiais, e a visão de saúde é ampla e privilegia o desenvolvimento da saúde.

Embora esse quadro não corresponda completamente à realidade do HRAC-USP, já que a própria equipe aponta problemas no relacionamento com os pacientes, notadamente no tempo que se dedica às consultas, tal identificação é fruto de dois principais aspectos: a cultura organizacional e a criação de vínculos entre usuários e a equipe do HRAC-USP, permeada pelas condições psicológicas dos usuários decorrentes de suas patologias. Quanto à cultura, essa é fortemente marcada pela qualidade, humanização, paternalismo e assistencialismo, esse último conceito entendido pela equipe como empreender todos os esforços para que as necessidades dos usuários sejam atendidas, já que:

Todos os pacientes são tratados com igualdade, independente de sua origem e de sua condição. Todos são tratados do mesmo jeito, com carinho, atenção e cuidado. [...] O Hospital foi criado para ajudar os pacientes que nascem com muitos problemas, às vezes bem graves, e busca fazer o melhor pelos pacientes, que sentem isso e se sentem bem aqui dentro (TRABALHADOR 37).

Essa postura encontra respaldo no comportamento dos usuários, que praticamente se entregam ao atendimento do HRAC-USP, motivados pela sensação de que encontraram seu lugar na sociedade, onde não se sentem excluídos pela diferença de sua condição física, sentindo que seus temores e anseios terão respostas, satisfazendo a sua maior expectativa, a de ter devolvida a condição de “normalidade” que o possibilitará viver em sociedade. Reagem, assim, como qualquer cidadão diante do sentimento de se identificar e pertencer a um grupamento social, reconstruindo suas vidas em torno dessa realidade encontrada no Hospital. As consequências dessa cultura se fazem presentes na opinião que tanto usuários como funcionários têm do relacionamento entre ambos.

Diferente do relacionamento com outros serviços de saúde, sejam públicos ou privados, os usuários do HRAC-USP compreendem que o tratamento é longo, complexo e composto de muitas etapas e, portanto, as soluções à sua patologia não tem caráter imediato. A percepção geral da amostra (95%) é a de que são muito bem informados sobre o tratamento e de que todas suas dúvidas são esclarecidas pelos profissionais do HRAC-USP, afirmando ainda não terem dificuldades para entender o que lhe é explicado (87,5%) e que, quando essas existem costumam questionar (67,5%), encontrando receptividade dos profissionais para responder aos questionamentos (72,5%).

Mesmo diante de tal quadro, que indica um diálogo satisfatório do ponto de vista dos usuários, faz-se necessário destacar que essa percepção sofre influência do conceito que esses têm da qualidade do atendimento, calcada nos resultados dos procedimentos a que são submetidos e da cultura organizacional humanizada, a tal ponto que eventuais problemas são minimizados. Tal conclusão é baseada nas manifestações dos usuários da amostra e que pode ser observado pela seleção de trechos das entrevistas:

Porque, quando seu filho nasceu com fissura, ficou muito triste e deprimida, pensou até em se matar. Mas agora, ele está perfeito, só falta uma cirurgia do nariz. Lembra que vê aqui no Hospital muitas outras crianças com problemas mais graves, até mesmo sem nariz, e aqui os médicos fazem o nariz (!). Então, *“reclamar de um lugar desses pra quê? Só se for doido”* (sic) (USUÁRIO 6).

O acompanhamento e o tratamento foi excelente, a fissura ficou perfeita. Ainda tem tratamento a ser feito, mas acha que está tudo maravilhoso e vai melhorar mais ainda. Ele está perfeito. [...] Acha que os profissionais estão atendendo no limite do possível e *“se faltar alguma coisa não é por falta de vontade deles, mas de tempo deles”* (sic) (USUÁRIO 17).

Não sente falta de nada, está tudo tranquilo. Porque vem ao Centrinho há muito tempo, às vezes encontra funcionários que deveriam atender melhor, mas é tão pouco e insignificante que não a incomoda (USUÁRIO 27).

Tensões sociais no diálogo, como as diferenças de repertório entre médicos e pacientes estão presentes, mas são superadas pelos usuários com a estratégia de recorrer a outros profissionais de saúde que não os médicos, como assistentes sociais, enfermeiros e recepcionistas, por exemplo, cujo perfil difere daquele do médico senhor do saber, inatingível e inquestionável, descrito na fase de revisão bibliográfica. Essa estratégia é possibilitada pela já citada cultura humanizada marcante no Hospital, como pode ser observado pelos relatos a seguir:

Mas, quando se sente inseguro, recorre ao Serviço Social para esclarecimento de dúvidas e em busca de auto confiança, e fica tranquilizado. [...] Por outro lado, se sente constrangido em tomar o tempo do médico com perguntas porque sabe que outros pacientes estão aguardando atendimento também, e julga que o médico é um profissional inquestionável devido ao grau de conhecimento do mesmo. *“O médico estudou muito e entende de tudo”* (sic) (USUÁRIO 1).

Tudo o que pergunta na UTI os médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem esclarecem com toda a clareza. *“A gente consegue entender tudo o que está acontecendo perfeitamente”* (sic). [...] Gostaria muito de deixar registrado e elogiar o trabalho da Psicologia com as mães na UTI, porque as profissionais sempre passam para conversar, perguntar se está tudo bem e se quer conversar (USUÁRIO 10).

Mas sempre é meio difícil, porque é a segunda vez que vem e *“não tem muita intimidade para ficar perguntando e a gente fica meio assim”* (sic) (USUÁRIO 39).

Não se recorda de nada. Afirma que tudo o que é dito, ela e seu esposo procuram seguir. *“Então, o que eles falarem, para nós está bom”* (sic) (USUÁRIO 40).

Com referência às manifestações dos trabalhadores, é possível concluir que a percepção desses sobre o grau de satisfação do usuário com o diálogo coincide com a percepção daquele grupo mas, mesmo assim, os trabalhadores não atribuem ao diálogo hoje praticado a mesma classificação de qualidade que os usuários o fazem. Pode-se afirmar que os parâmetros de ambos os grupos sobre o que seja qualidade são diferentes, pois a maioria dos usuários se considera bem informado e não tem dificuldades para entender as informações; porém, 50% dos trabalhadores acredita que há melhorias a serem feitas em busca da qualidade desse diálogo, já que 22,5% da amostra considera o diálogo apenas satisfatório e 27,5% vê problemas no mesmo.

Um outro aspecto que merece consideração é o impacto dessa cultura na construção da identidade dos usuários, enquanto cidadãos. O longo relacionamento que se desenvolve entre as partes é marcado pelo paternalismo e assistencialismo. Embora o motivador de tal postura

seja mais a solidariedade do que a piedade, mesmo assim esse perfil de atuação da organização acaba reforçando a relação de dependência do usuários para com a estrutura do Hospital, de forma que se perpetua uma relação não-intencionada de perversidade social. Ambas as partes sofrem com tal situação, ao ponto de que a ruptura do relacionamento, no momento da alta do tratamento, é um processo doloroso tanto para usuários como para a organização. Três relatos são essenciais para compreender essa situação, sendo de duas assistentes sociais, uma com 18 anos de casa e outra com 21 anos de atuação no HRAC-USP e um relato de um técnico de apoio educativo, com seis anos de instituição:

Relata que esse é um questionamento constante entre seus pares, uma vez que acredita que a cultura local influencia muito o modo como o usuário se reconhece como cidadão e seus direitos. Em sua opinião, a origem do Hospital, pequeno como uma clínica, criou uma cultura paternalista que sobrevive até hoje, em menor escala. Não entende esse paternalismo de forma negativa, de negação da capacidade do cidadão, mas no sentido de acolher afetivamente os usuários dada a complexidade das patologias que atende. Há aspectos positivos e negativos nessa postura. Mas essa postura reflete na construção da autoimagem do usuário, que se torna dependente da estrutura do Hospital. O que registra é que esse paternalismo influencia no atendimento ao paciente, com algumas “quebras de regras”, e que o usuário se habitua com isso. Em seu entendimento, paternalismo é também discriminação na medida em que oferece possibilidades diferenciadas para alguns usuários. Então, o usuário, quando sente que é possível exceções, ao mesmo tempo que cobra igualdade de direitos também pede que o protocolo de atendimento seja, às vezes, adaptado às suas necessidades, e isso é um problema para o Serviço Social (TRABALHADOR 3).

Define a cultura do Centrinho como paternalista, um cuidado especial com o usuário que, em sua opinião, chega a extrapolar as necessidades do próprio usuário. Entende isso como uma preocupação excessiva do Hospital com o usuário. Em sua opinião, muitas vezes chega ao ponto de configurar uma situação que o usuário não encontra na sociedade, em seu dia a dia, sua realidade. Forma-se um vínculo muito grande com o paciente, e considera que isso afeta a percepção deste como cidadão, nas relações e valores de sua vida fora do Hospital. [...] Em sua opinião, o Centrinho difere de outras instituições que conhece nesses dois aspectos: o relacionamento com o paciente e o relacionamento entre a equipe. Vê ambas como um problema que afeta a construção de identidade desses dois públicos em confronto com a realidade e que, no caso dos funcionários, reflete no cumprimento de regras internas. [...] A relação se pauta pela preocupação total do Centrinho com os usuários - pacientes e família - e os esforços de proteção. Como já afirmou, muitas vezes essa ação extrapola as necessidades do usuário, e isso acaba limitando o crescimento próprio da família em seu meio social. Quando um profissional é menos afetivo no atendimento, sem deixar o profissionalismo de lado, ele acaba sendo mal visto pelo usuário, que reclama. Preocupa-se com o fato de que, mesmo atendendo às necessidades momentâneas do paciente, em especial no aspecto emocional, o reflexo disso é que o benefício a longo prazo, na construção de sua cidadania, é afetado. [...] Esse processo está claro no vínculo que se forma e que sofre grande influência da própria cultura do usuário, que sente gratidão pelo tratamento

recebido. Esse vínculo, em sua percepção, gera um problema no momento da alta do tratamento, quando a reabilitação se completa; considera tanto o Hospital como o usuário despreparados para esse momento de ruptura de uma convivência de anos. Nesse momento fica claro os reflexos da cultura paternalista. O paciente não se sente seguro para abrir mão da proteção oferecida pela estrutura do Centrinho, e o Hospital ainda se preocupa com esse paciente, mesmo depois de reabilitado (TRABALHADOR 4).

Por tudo que falou, acha que o vínculo que se forma é grande. Relata ter presenciado momento de alta do tratamento quando o paciente, já adulto, veio se despedir dos funcionários da Recreação, e parecia uma “*barata tonta*” (sic), sem saber o que fazer, e com o sentimento de tristeza pela ruptura e certeza de que não precisará mais vir ao Hospital. Há mães que, em função do tratamento de seu filho, abandonaram a própria história pessoal, vivendo em função da próxima carta de convocação para agendamento; ela acaba construindo toda uma história dentro do Hospital e se sente confortável aqui dentro. Em suas palavras, é uma relação quase que familiar que se desenvolve entre a instituição e os usuários (TRABALHADOR 6).

Nesse contexto, a qualidade do diálogo torna-se um elemento secundário no relacionamento de ambos os atores sociais. Se por um lado os usuários têm como maior expectativa o resultado técnico final de seu tratamento, a maior ansiedade da equipe do HRAC-USP é com a qualidade no atendimento e o bem-estar dos usuários. Tais diferenças ficam evidenciadas quando ambos são questionados sobre melhorias necessárias no atendimento. Embora aos usuários a pergunta tenha sido genérica, ou seja, refere-se a melhorias no atendimento geral do HRAC-USP, apenas quatro sugestões mencionam ações em comunicação. Já com os trabalhadores, a abordagem quanto ao contexto do diálogo foi mais direta, apresentando como resultado 19 referências a ações em comunicação, e 25 referências à necessidade de revisão da postura da equipe, capacitação de pessoal e reestudo de políticas administrativas que têm reflexo direto em sua prática profissional, como o tempo para consultas.

Assim, qual o papel que a gestão de comunicação assume, nesse contexto?

Pela análise das respostas dos usuários que compõe a amostra do estudo observa-se que, para esse grupo as estratégias adotadas pelo HRAC-USP no diálogo com os usuários é adequada e atende a sua expectativa. Há menções a fôlderes, bâneres, ao canal direto representado pela Ouvidoria e, principalmente, a atitude humanizada da equipe, sua receptividade a questionamentos e a estratégia de repetir constantemente a cada atendimento se há alguma dúvidas quanto ao que foi exposto. Ainda nas respostas, observa-se que os usuários consideram os profissionais bem preparados para esclarecer qualquer tipo de dúvida e utilizam de repertório adequado à compreensão do usuário. Assim, mesmo que o contato

com o médico não seja satisfatório, essa deficiência é suprida pelo contato com o restante da equipe.

Já os trabalhadores em saúde reconhecem a necessidade de iniciativas em comunicação na busca pelo diálogo ideal, mas como suporte à conduta geral preconizada no Hospital, ou seja, o respeito às diferenças de repertório, a humanização na prática profissional e o atendimento às necessidades dos usuários. Porém, destaca-se o entendimento geral da equipe do HRAC-USP de que a qualidade nessa relação depende muito mais de sua postura profissional do que de intervenções da área de comunicação. Relatam que trabalham com o foco de superar os seis maiores obstáculos que se apresentam no processo comunicativo com os usuários, citados na literatura estudada como o estado emocional do paciente, a diferença de *status* social, a acessibilidade do profissional, a situação de dependência pela diferença de repertório, o diálogo unilateral e as dificuldades em entender a linguagem médica, notadamente técnica.

O quadro geral das 80 respostas presentes no estudo demonstra que essas diferenças de entendimento sobre o papel da comunicação no relacionamento de ambas as partes estão diretamente relacionadas às maiores expectativas de cada grupo. Essas expectativas são geradas pelo contexto social de cada um, ou seja, o círculo social em que se insere os usuários e o contexto organizacional da equipe do HRAC-USP, onde impera a máxima de “trabalhar para atender bem aos usuários, satisfazendo suas necessidades e expectativas”.

Por paradoxal que possa parecer, em confronto com a realidade dos serviços públicos de saúde do país e relatadas por diversos autores, o usuário do HRAC-USP apresenta alto nível de satisfação com o relacionamento que se desenvolve com a instituição. Por outro lado, os trabalhadores em saúde se revelam angustiados com questões que influenciam sua prática profissional, e que refletem nesse relacionamento com o usuário, corroborando o relato de Meyer (2002, p.14) sobre o cenário do relacionamento médico / paciente.

Ambas as percepções podem ser creditadas à cultura presente no Hospital que, embora se revele humanizada e com esforços para superação de diferenças sociais, culturais, socioeconômicas e educacionais, acaba por solidificar a relação de poder representada pela detenção de informações, num círculo de dependência que prejudica a construção da autoimagem de seus usuários, enquanto cidadãos.

À gestão da comunicação cabe, nesse contexto, atuar como facilitador desse diálogo, oferecendo ferramentas, alternativas e ações para que o objetivo de melhora contínua no diálogo seja atingido, atuando principalmente em parceria com a equipe de trabalhadores do HRAC-USP.

Uma alternativa adotada recentemente pelo Serviço de Comunicação do HRAC-USP (SERCOM) é o uso das mídias sociais como ferramenta de divulgação e diálogo direto com o usuário. O uso do *Blog* do Centrinho e de perfil no *Twitter*, ambos criados, gerenciados e alimentados diariamente pelo SERCOM têm se mostrado eficiente no fomento do diálogo e na intermediação entre usuários e profissionais do HRAC-USP.

Há que se destacar o papel da Ouvidoria nesse diálogo, uma vez que o canal atende as expectativas dos usuários e goza de respeitabilidade entre os dois atores sociais do diálogo, atuando de maneira isenta e com alto grau de resolubilidade.

Finalmente, nesse contexto onde percebe-se uma grande influência do repertório sociocultural tanto de usuários e trabalhadores na percepção da qualidade do diálogo praticado internamente no HRAC-USP, as ações de gestão em comunicação devem se pautar pela busca do rompimento de conceitos pré-estabelecidos que levem à uma relação igualitária e eficiente para ambas as partes.

## Referências

Abramo, Perseu. Pesquisa em ciências sociais. In: Hirano, Sedi (org). *Pesquisa social - Projeto e planejamento*. São Paulo: T. A. Queiroz Editor, 1979, p.21-88.

Amorim, Tânia Nobre G. Ferreira; Freitas, Tiziana Severi; Gois, Tatiana Toraci. *Qualidade nas organizações públicas brasileiras: Uma necessidade urgente*. Disponível: [http://www.angrad.org.br/cientifica/artigos/artigos\\_enangrad/pdf/viii\\_enangrad](http://www.angrad.org.br/cientifica/artigos/artigos_enangrad/pdf/viii_enangrad). Acesso em 05 jul 2007.

Bertolli Filho, Cláudio. *História da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Ática, 1996, p.5-15.

Bezerra, Sueli de Oliveira; Araújo, Maria Arlete Duarte. As (re)configurações da demanda ao serviço social no âmbito dos serviços públicos de saúde. *RAP - Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.2, n.41, p.187-209, mar/abr 2007.

Brandão, Elizabeth Pazito. Usos e significados do conceito comunicação pública. In: XXIX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação - UnB. Intercom - Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, 6 a 9 setembro 2006, Brasília, DF. *Anais...* CD-ROM. Brasília, set 2006. ISBN 858853713-3.

Brandão, Elizabeth. O campo da comunicação pública. In: Zémor, P. *La communication publique*. PUF, Col. Que sais-je? Paris, 1995. Disponível em: <[http://www.ucb.br/comsocial/mba/ComunicacaoPublicaPierreZemor\\_traducao](http://www.ucb.br/comsocial/mba/ComunicacaoPublicaPierreZemor_traducao)>. Acesso em 26 mai 2008.

Camargo Jr, Kenneth Rochel de. Medicina, medicalização e produção simbólica. In: Pitta, Áurea M. da Rocha (org). *Saúde & Comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo: Hucitec, 1995, p.13-24.

Carapinheiro. Graça. *Saberes e poderes no hospital - Uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Ed. Afrontamento, 1993, p.45-94, 207-16.

Cardoso, Onésimo de Oliveira. Comunicação empresarial *versus* comunicação organizacional: novos desafios teóricos. *RAP - Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.6, n.40, p.1123-44, nov/dez 2006.

Carvalho, Helenice. A comunicação como fator crítico de sucesso nos processos de gestão da informação e do conhecimento nas organizações. *UNIrevista*. v.1, n.3, p.1-8, julho 2006.

Charaudeau, Patrick. *Discurso das mídias*. São Paulo: Contexto, 2006, p. 65-71.

Costa, Marilene Ribeiro Mendonça da; Valle, Tânia Gracy Martins; Yamada, Midori Otake. Atendimento interdisciplinar no centro de pesquisas audiológicas: interferência na ansiedade materna. *Pediatria Moderna*, São Paulo, v.36, n.3, p.147-51, mar 2000.

Cuché, Denys. *A noção de cultura nas ciências sociais*. Bauru: Edusc, 1998, p.175-202.

Deslandes, Suely Ferreira. O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In: Minayo, Maria Cecília de Souza (org). *Pesquisa social - Teoria, método e criatividade*. 26a. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2007, p.31-60.

Foucault, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989, 6a. ed., p.79-111.

França, Vera. Paradigmas da comunicação: conhecer o quê? In: Motta, Luiz Gonzaga et al (org). *Estratégias e culturas da comunicação*. Brasília: Ed. UnB, 2002, p.13-29.

Geertz, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978, p.13-41.

Gomes, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo, Maria Cecília de Souza (org). *Pesquisa social - Teoria, método e criatividade*. 26. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2007, p.79-107.

Graciano, Maria Inês Gândara; Tavano, Liliam D'Aquino; Bachega, Maria Irene. Aspectos psicossociais da reabilitação. In: Trindade, Inge Elly Kiemle; Silva Filho, Omar Gabriel da

(coord.). *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Editora Santos, 2007, p.311-333.

Grigolli, Ana A. Gomes. *Metodologia do trabalho científico e recursos informacionais na área da saúde*. São Paulo: Editora Santos, 2008, p.58-96.

Hansen, João Henrique. *Como entender a saúde na comunicação?* Coleção Questões fundamentais da saúde. São Paulo: Paulus, 2004, 78p.

Herzlich, Claudine. Saúde e doença no início do século XXI: Entre a experiência privada e a esfera pública. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.2, n.14, p.383-394, 2004.

Kramer, Gustavo Garcez; Faria, José Henrique de. Vínculos organizacionais. *RAP - Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.1, n.42, p.83-104, jan/fev 2007.

Kunsch, Margarida Maria Krohling. *Planejamento de Relações Públicas na Comunicação Integrada*. São Paulo: Summus, 2003, 4a. ed, 424p.

Leite-da-Silva, Alfredo Rodrigues *et al.* Contradições gerenciais na disseminação da cultura corporativa: o caso de uma estatal brasileira. *RAP - Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.3, n.40, p.357-84, mai/jun 2006.

Maestri, Danielle; Carissimi, João. *Marketing de relacionamento em serviços de saúde: comunicação entre o profissional da saúde e o cliente*. In: XXIX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação - UnB. Intercom - Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, 6 a 9 setembro 2006, Brasília, DF. *Anais...* CD-ROM. Brasília, set 2006. ISBN 858853713-3.

Maronês, Luzilane; Cariola, Teresa Corrêa; Yamada, Midori Otake. O impacto e o enfrentamento de pais de pacientes com deficiência auditiva. *Pediatria Moderna*, São Paulo, v.39, n.11, p.464-5, nov/dez 2003.

Masseti, Morgana. *Boas misturas: a ética da alegria no contexto hospitalar*. São Paulo: Palas Athena, 2003, 95p.

Meyer, Philippe. *A irresponsabilidade médica*. São Paulo: Editora Unesp, 2002, 135p.

Michel, Margareth de Oliveira. A comunicação organizacional e as organizações na área de saúde. In: XXXI Congresso Brasileiro em Ciência da Comunicação - UFRN. Intercom - Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, 2 a 6 setembro 2008, Natal, RN. *Anais...* Natal, set 2008. Disponível em <http://www.intercom.org.br/papers>. Acesso em 27 set 2009.

Minayo, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. In: Minayo, Maria Cecília de Souza (org). *Pesquisa social - Teoria, método e criatividade*. 26a. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2007, p.9-29.

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Disponível em: <[http://www.cnes.datasus.gov.br/Mod Ind Habilitações.asp?VEstado=00](http://www.cnes.datasus.gov.br/Mod%20Ind%20Habilitacoes.asp?VEstado=00)>. Acesso em 05 fev 2010.

Moraes, Ilara Hämmerli Sozzi de. Informação em saúde para o exercício do controle social: a luta pela democratização e qualidade da informação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde*. 2a. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007 – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde), p.17-27.

Nassar, Maria Rosana Ferrari. *Princípios de comunicação excelente para o bom relacionamento médico-paciente*. Tese. Escola de Comunicação e Artes, Universidade de São Paulo, 2003, 187p.

Nassar, Maria Rosana Ferrari. Comunicação e humanização: a reconstrução do relacionamento médico-paciente como critério de qualidade na prestação de serviço. In: XXVIII Congresso Brasileiro em Ciência da Comunicação - UERJ. Intercom - Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, 5 a 9 setembro 2005, Rio de Janeiro, RJ. *Anais...* CD-ROM. Rio de Janeiro, set 2005.

Nassar, Maria Rosana Ferrari. O papel da comunicação nas organizações de saúde: oportunidades e desafios. In: XXIX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação - UnB. Intercom - Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, 6 a 9 setembro 2006, Brasília, DF. *Anais...* CD-ROM. Brasília, set 2006. ISBN 858853713-3.

Oliveira, Francisco Arsego de. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.6, n.10, p.63-74, fev 2002.

Pires, José Calixto de Souza; Macêdo, Kátia Barbosa. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. *RAP - Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.1, n.40, p.81-105, jan/fev 2006.

Romangnolli, Marisa; Silva, Rosali de Fátima Malaspina Azevedo. *Proposta de estabelecimento de conceitos organizacionais: Missão, visão e valores do HRAC-USP*. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, 2008. 7p. (Relatório técnico administrativo).

Romangnolli, Marisa. *Um minuto de sua atenção - Relatório comentado de pesquisa interna aplicada pelo SerCom - junho 2006*. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, 2006. 35p. (Relatório técnico administrativo).

Romangnolli, Marisa *et al.* *Plano de gestão comunicacional - Metas qualitativas e quantitativas do SerCom HRAC-USP*. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, 2006. 13p. (Relatório técnico administrativo).

Rondelli, Elizabeth. Mídia e saúde: os discursos se entrelaçam. In: Pitta, Áurea M. da Rocha (org). *Saúde & Comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo: Hucitec, 1995, p.38-47.

Rosenberg, Gerson; Ohayin, Pierre; Batista, Fábio Ferreira. Gestão do conhecimento em organizações públicas de saúde no Brasil: diagnóstico de práticas. *Revista do Serviço Público*, v. 1, n. 59, p. 43-60, jan/mar 2008.

Scrofernecker, Cleusa Maria Andrade. Comunicação para a qualidade na universidade: o papel das relações públicas. In: XXIV Congresso Brasileiro em Ciência da Comunicação -

Uniderp, UCDB e UFMS. Intercom - Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, 3 a 7 setembro 2001, Campo Grande, MS. *Anais...* CD-ROM. Campo Grande, set 2001.

Singer, Paul *et al.* *Prevenir e curar - O controle social através dos serviços de saúde*. Almeida, Fernando Lopes; Fernandes, Francisco Rego Chaves (org). Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978, 167p.

Universidade de São Paulo, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. *Relatório anual de atividades 2009*. Bauru: 2010, 124p.

Universidade de São Paulo. *Institucional*. Disponível em: <<http://www.usp.br>>. Acesso em 24 nov 2009.

Weber, Maria Helena. Comunicação: estratégia vital para a saúde. In: Pitta, Áurea M. da Rocha (org). *Saúde & Comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo: Hucitec, 1995, p.151-65.

Wels, Ana Maria Córdova. Comunicação e cultura organizacional na esfera pública. In: XXXI Congresso Brasileiro em Ciência da Comunicação - UFRN. Intercom - Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, 2 a 6 setembro 2008, Natal, RN. *Anais...* Natal, set 2008. Disponível em <http://www.intercom.org.br/papers>. Acesso em 27 set 2009.

Zago, Cristina. Cultura organizacional: dimensões estruturais e aspectos dinâmicos. *Inf. & Soc.: Est.*, João Pessoa, v.15, n.2, p.63-93, jul/dez 2005.

## **Anexo 1**

### **Roteiro para entrevista – usuários do HRAC-USP**

1. Paciente ou acompanhante (família)?
2. De onde você é? (cidade, estado)
3. Em que você trabalha?
4. Há quanto tempo você, ou seu filho, é paciente do Centrinho?
5. O que mudou na sua vida com o tratamento recebido?
6. Você se sente informado sobre o seu tratamento? Suas dúvidas são esclarecidas completamente?
7. Nas consultas ou atendimentos, você tem alguma dificuldade para entender o que os profissionais falam? Por que?
8. Do que você mais sente falta nos atendimentos, por parte dos profissionais?
9. Existe algum assunto que você gostaria que fosse mais divulgado para os pacientes? Qual?
10. Você gostaria de fazer alguma sugestão para melhorar o atendimento do Centrinho?

## **Anexo 2**

### **Roteiro para entrevista – trabalhador em saúde**

1. Profissão / atividade
2. Há quanto tempo trabalha no Centrinho?
3. Qual a principal característica de sua atuação? Em que momento atende o paciente?
4. Na sua opinião, como é a cultura aqui do Centrinho?
5. Como você definiria a relação entre o hospital e os usuários (pacientes e familiares)?
6. No seu dia a dia, quais as maiores dificuldades encontradas no atendimento ao paciente?
7. Qual a sua opinião sobre o diálogo entre os profissionais de saúde e os usuários (pacientes e familiares) dentro do Centrinho?
8. Em que medida este processo reflete na reabilitação do paciente?
9. Nesse contexto, você tem alguma sugestão para modificar essa comunicação?

### Anexo 3

#### Índice de entrevistas<sup>48</sup> – usuários do HRAC-USP

**Entrevista 1.** Paciente, residente em Brasília (DF), professor de inglês e funcionário público.

Usuário há 30 anos.

**Entrevista 2.** Mãe de paciente, residente em São Mateus (SP), do lar. Usuária há um ano.

**Entrevista 3.** Mãe de paciente, residente em Belém (PA), professora de educação física da rede estadual. Usuária há oito anos.

**Entrevista 4.** Paciente, residente em Bauru (SP), auxiliar administrativo. Usuário há 30 anos.

**Entrevista 5.** Paciente, residente em Marabá (PA), vendedora externa. Primeiro atendimento.

**Entrevista 6.** Mãe de paciente, residente em São Paulo (SP), empregada doméstica. Usuária há 14 anos.

**Entrevista 7.** Mãe de paciente, residente em Santa Izabel (SP), diarista. Usuária há oito anos.

**Entrevista 8.** Mãe de paciente, residente em Itajobi (SP), do lar. Usuária há um ano.

**Entrevista 9.** Tia e tia avó de paciente, residente em Brasília (DF), telefonista. Usuária há mais de 18 anos.

**Entrevista 10.** Mãe de paciente, residente em Barra do Garça (MT), bancária. Usuária há quatro meses.

**Entrevista 11.** Paciente, residente em Limeira (SP), trabalha com paisagismo. Usuário há 13 anos.

**Entrevista 12.** Mãe de paciente, residente em Jundiaí (SP), gerente comercial. Usuária há dois anos.

**Entrevista 13.** Mãe de paciente, residente em Itapemirim (ES), lavradora. Primeiro atendimento.

**Entrevista 14.** Tio de paciente, residente em Jundiaí (SP), gráfico. Usuário há dois anos.

**Entrevista 15.** Mãe de paciente, residente em São Paulo (SP), empregada doméstica. Usuária há 12 anos.

**Entrevista 16.** Pai de paciente, residente em Penápolis (SP), bombeiro. Usuário há 16 anos.

**Entrevista 17.** Pai de paciente, residente em Toledo (PR), agricultor. Usuário há 16 anos.

**Entrevista 18.** Pai de paciente, residente em Belo Horizonte (MG), pedreiro. Usuário há dez anos.

---

<sup>48</sup> As transcrições das entrevistas estão disponibilizadas em arquivos PDF no CD apenso à dissertação.

- Entrevista 19.** Pai de paciente, residente em Lavras (MG), fiscal. Usuário há nove anos.
- Entrevista 20.** Paciente, residente em Iberá (SP), servente de pedreiro. Usuário há 18 anos.
- Entrevista 21.** Tia de paciente, residente em Porto Ferreira (SP), do lar. Usuária há 11 anos.
- Entrevista 22.** Mãe de paciente, residente em Santo Antonio da Platina (PR), vendedora.  
Usuária há 17 anos.
- Entrevista 23.** Paciente e mãe de paciente, residente em São Paulo (SP), trabalha em hospital.  
Usuária há 28 anos.
- Entrevista 24.** Mãe de paciente, residente em Belo Horizonte (MG), do lar. Usuária há quatro anos.
- Entrevista 25.** Paciente, residente no Estado de São Paulo, não trabalha. Usuária há 18 anos.
- Entrevista 26.** Mãe de paciente, residente no Estado do Mato Grosso, oficial de justiça.  
Usuária há 17 anos.
- Entrevista 27.** Mãe de paciente, residente em Manaus (AM), fisioterapeuta. Usuária há 15 anos.
- Entrevista 28.** Mãe de paciente, residente em Goiânia (GO), do lar. Usuária há 16 anos.
- Entrevista 29.** Paciente, residente em Vitória (ES), trabalha em construção civil. Usuário há cinco anos.
- Entrevista 30.** Avó de paciente, residente em Barretos (SP), aposentada. Usuária há 15 anos.
- Entrevista 31.** Mãe de paciente, residente em Atibaia (SP), ajudante de serviços gerais.  
Usuária há dez anos.
- Entrevista 32.** Filho de paciente, residente em Bauru (SP), aposentado. Usuário há um ano.
- Entrevista 33.** Paciente, residente em Macatuba (SP), está em processo de aposentadoria por invalidez. Usuária há dois anos.
- Entrevista 34.** Esposa de paciente, residente em Santa Bárbara D'Oeste (SP), do lar. Usuária há dois anos.
- Entrevista 35.** Filha de paciente, residente em Bauru (SP), aposentada. Usuária há dez anos.
- Entrevista 36.** Amiga e filha de paciente, residente em Pederneiras (SP), do lar. Usuária há 17 anos.
- Entrevista 37.** Mãe de paciente, residente em Botucatu (SP), do lar. Usuária há cinco anos.
- Entrevista 38.** Paciente, residente em Bauru (SP), do lar. Usuária há 13 anos.
- Entrevista 39.** Filha de paciente, residente em Iacanga (SP), aposentada. Usuária há oito anos.
- Entrevista 40.** Esposa de paciente, residente em Bauru (SP), secretária auxiliar de dentista.  
Usuária há cinco anos.

## Anexo 4

### Índice de entrevistas<sup>49</sup> – trabalhadores em saúde do HRAC-USP

**Entrevista 1.** Auxiliar administrativo (recepcionista), unidade de anomalias craniofaciais. Funcionária há 14 anos.

**Entrevista 2.** Cirurgiã dentista (ortodontista), unidade de anomalias craniofaciais. Atua no Hospital<sup>50</sup> há 21 anos.

**Entrevista 3.** Assistente social, unidade de anomalias craniofaciais. Funcionária há 21 anos.

**Entrevista 4.** Assistente de ouvidoria<sup>51</sup> (assistente social). Atua no Hospital há 18 anos.

**Entrevista 5.** Psicóloga, unidade de anomalias craniofaciais. Atua no Hospital há mais de 30 anos.

**Entrevista 6.** Técnico de apoio educativo, unidade de anomalias craniofaciais. Funcionária há seis anos.

**Entrevista 7.** Enfermeira, unidade de anomalias craniofaciais. Funcionária há 17 anos.

**Entrevista 8.** Auxiliar administrativo (agendamento), ambulatório de saúde auditiva. Funcionária há 14 anos.

**Entrevista 9.** Psicologia, unidade de anomalias craniofaciais. Funcionária há 20 anos.

**Entrevista 10.** Auxiliar administrativo (recepcionista), ambulatório de saúde auditiva. Funcionária há 14 anos.

**Entrevista 11.** Fonoaudióloga, ambulatório de saúde auditiva. Atua no Hospital há 19 anos.

**Entrevista 12.** Psicóloga, ambulatório de saúde auditiva. Funcionária há 21 anos.

**Entrevista 13.** Técnico de laboratório de moldes, ambulatório de saúde auditiva. Funcionária há 20 anos.

**Entrevista 14.** Médica (pediatra intensivista), ambulatório de saúde auditiva. Funcionária há oito anos.

**Entrevista 15.** Auxiliar administrativo (recepcionista), ambulatório de saúde auditiva. Funcionária há 14 anos e seis meses.

**Entrevista 16.** Fisioterapeuta, unidade de anomalias craniofaciais. Funcionária há oito meses.

**Entrevista 17.** Nutricionista, unidade de anomalias craniofaciais. Funcionária há 23 anos.

**Entrevista 18.** Fonoaudióloga, unidade de anomalias craniofaciais. Funcionária há 23 anos.

---

<sup>49</sup> As transcrições das entrevistas estão disponibilizadas em arquivos PDF no CD apenso à dissertação.

<sup>50</sup> Soma-se o tempo de estágio ou atuação como aluno ao tempo como funcionário contratado.

<sup>51</sup> A Ouvidoria atua nas duas unidades, anomalias craniofaciais e saúde auditiva.

- Entrevista 19.** Fisioterapeuta, unidade de anomalias craniofaciais. Funcionário há 14 anos.
- Entrevista 20.** Fonoaudióloga, unidade de anomalias craniofaciais. Atua no Hospital há oito anos.
- Entrevista 21.** Técnico de apoio educativo, unidade de anomalias craniofaciais. Funcionária há dois anos.
- Entrevista 22.** Técnico de apoio educativo, unidade de anomalias craniofaciais. Funcionária há dois anos e dois meses.
- Entrevista 23.** Cirurgião dentista (protesista e implantodontista), unidade de anomalias craniofaciais. Funcionário há 16 anos.
- Entrevista 24.** Auxiliar administrativo (recepcionista), unidade de anomalias craniofaciais. Funcionária há 21 anos.
- Entrevista 25.** Auxiliar administrativo (recepcionista), unidade de anomalias craniofaciais. Funcionária há 20 anos.
- Entrevista 26.** Cirurgiã dentista (odontopediatra), unidade de anomalias craniofaciais. Atua no Hospital há 12 anos.
- Entrevista 27.** Cirurgiã dentista (odontopediatra), unidade de anomalias craniofaciais. Funcionária há 24 anos.
- Entrevista 28.** Nutricionista, unidade de anomalias craniofaciais. Funcionária há 26 anos.
- Entrevista 29.** Técnico administrativo (recepcionista), unidade de anomalias craniofaciais. Funcionária há 25 anos.
- Entrevista 30.** Cirurgiã dentista (cirurgiã bucomaxilofacial), unidade de anomalias craniofaciais. Funcionária há 16 anos.
- Entrevista 31.** Bióloga (geneticista), unidade de anomalias craniofaciais. Funcionária há 21 anos.
- Entrevista 32.** Bióloga, unidade de anomalias craniofaciais. Funcionária há três anos.
- Entrevista 33.** Biomédica, unidade de anomalias craniofaciais. Funcionária há três anos.
- Entrevista 34.** Bióloga, unidade de anomalias craniofaciais. Funcionária há três anos.
- Entrevista 35.** Técnico de enfermagem, unidade de anomalias craniofaciais. Funcionária há 16 anos.
- Entrevista 36.** Enfermeira, unidade de anomalias craniofaciais. Funcionária há 20 anos.
- Entrevista 37.** Técnico de enfermagem, unidade de anomalias craniofaciais. Funcionária há 15 anos.
- Entrevista 38.** Médico (pediatra), unidade de anomalias craniofaciais. Funcionário há 25 anos.

**Entrevista 39.** Médica (cirurgiã plástica), unidade de anomalias craniofaciais. Funcionária há 23 anos.

**Entrevista 40.** Médico (cirurgião plástico), unidade de anomalias craniofaciais. Funcionário há 26 anos.