

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Departamento de Ciências Sociais
Sub-Área: Saúde e Sociedade

**A Dinâmica do Hospital-Dia no Atendimento aos Portadores do HIV/aids:
a experiência do Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas /Fiocruz**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-graduação
da Escola Nacional de Saúde
Pública com vistas à obtenção
do título de Mestre em Ciências
na Área de Saúde Pública.

Liane Maria Braga da Silveira

Orientação: Prof. Dr. Otávio Cruz Neto

Rio de Janeiro
Abril/2001

Agradecimentos

A construção de uma dissertação de mestrado envolve, direta ou indiretamente, várias pessoas. Agradeço sinceramente a todos que cooperaram de alguma maneira nesse processo e, em especial:

Aos meus pais Sylvio Martins da Silveira (*in memoriam*) e Deidamia Lopes Braga que, com dedicação e carinho, possibilitaram minha formação pessoal e profissional.

Ao meu orientador Prof. Dr. Otávio Cruz Neto, pela dedicação e envolvimento com o tema em estudo, o que me possibilitou um olhar aprofundado na minha prática profissional. E ainda pela efetiva e segura orientação acadêmica.

Ao Prof. Dr. Alberto Lopes Najar, que ministrando a disciplina Metodologia de Pesquisa em Ciências Sociais, propiciou um bom começo no mestrado.

Ao Prof. Dr. Roland Fermin Schramm, responsável pela disciplina Ética Aplicada, Bioética e Saúde no Debate das Éticas Contemporâneas, pela contribuição em temas éticos observados nessa dissertação.

Aos clientes do Hospital-Dia do CPqHEC, que, ao longo desses anos, têm compartilhado, juntamente com a equipe, com a construção do setor.

Aos profissionais que compuseram no passado a equipe de trabalho do Hospital-Dia e aos profissionais do CPqHEC.

Aos profissionais que atualmente compõem a equipe de trabalho do Hospital-Dia, que possibilitaram o meu afastamento do setor e mantiveram a qualidade do atendimento lá oferecido, a saber:

À Elizabeth de Souza Neves; à Luci Alves; à Marcia Regina Lyra da Silva; à Nivalda da Cruz; à Sonilde Melo Fazollo; à Paula Cristina Centeno; à Valéria Cavalcanti Rolla.

A Júlio C. Aloise, pela realização das entrevistas com profissionais e clientes do Hospital-Dia, contribuindo, assim, para coleta de dados.

Ao Chefe do Serviço de Enfermagem Antenor Lúcio dos Santos, pela sua amizade e pela sua sincera colaboração nesse processo.

À Dra Keyla Feldman Marzochi, pelo seu estímulo ao meu crescimento profissional, e em especial pelas suas contribuições como examinadora da banca que qualificou o projeto dessa tese.

À D. Dalva Lopes, pelo acompanhamento desse processo e pelos almoços de domingo.

Aos amigos Mauro e Mônica, pela amizade, estímulo e acompanhamento nesse processo.

Ao Dr. Mauro Tendrich, pela sua atenção e pelos momentos de música através de Dvorák, Tchaikovski, e, sobretudo, Mozart.

À Coordenação de Ensino, em especial à coordenadora do serviço Marizete P. da Silva, por seu acompanhamento, sempre presente, do andamento da construção da dissertação.

Ao Colegiado Técnico-Científico do CPqHEC, pelas suas contribuições no projeto de dissertação.

À Professora Glória Walkyria F. Rocha, pela sua contribuição no acervo bibliográfico.

A Bauer G. Costa, pela precisão dos dados dos custos do Hospital-Dia.

À Ana Paula Rossi, pela disponibilidade, sempre presente, em cooperar nas etapas concernentes à confecção da dissertação.

Às bibliotecárias da Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz, pela contribuição nas consultas de referências bibliográficas.

Ao arquiteto José Mauro H.S. Oliveira, pela contribuição arquitetônica e seu real envolvimento no desenho preliminar da planta física de um Hospital-Dia ideal.

Ao Prof. Jesen Baptista dos S. Júnior, pela bela revisão do texto da dissertação.

RESUMO

O presente estudo focalizou a dinâmica do Hospital-Dia do Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas (CPqHEC)/Fiocruz no atendimento aos portadores de HIV/aids. Procurou descrever historicamente o surgimento e o processo de trabalho dessa unidade alternativa à assistência convencional, visando a analisar suas contribuições para a rede pública de saúde como modelo de atuação frente à aids. Numa abordagem qualitativa, com ênfase no estudo de caso, aprofundaram-se temas relacionados à estrutura, ao processo de atendimento, à percepção do cliente, à visão do profissional e à relação entre esses atores sociais. Além da pesquisa bibliográfica, utilizou-se o próprio espaço do Hospital-Dia para a realização do trabalho de campo, através da observação participante e de entrevistas semi-estruturadas. Tendo como base as entrevistas com profissionais e clientes, a pesquisa procurou configurar e perceber de forma mais nítida as repercussões e o alcance dessa modalidade assistencial. Os resultados indicam que os profissionais apontaram a articulação entre assistência e pesquisa como um dos aspectos relevantes do Hospital-Dia, enquanto os clientes destacaram a importância da atenção prestada e a dignidade no atendimento nessa unidade assistencial.

Palavras-chaves: Hospital-Dia; aids; assistência; CPqHEC; dissertação de mestrado.

ABSTRACT

The present paper focus on the Day Hospital's dynamic of the Researching Center of the Hospital Evandro Chagas (CpqHEC)/Fiocruz as far as HIV in caring for aids patients are concerned. It describes the Day Hospital creation from a historical point of view, as well as the process of work of this unity, which stands as an alternative to the conventional assistance given to HIV positive/aids patients. It does so with a view to analyzing the Day Hospital contributions to public health system as a model to be followed as far as aids is concerned. Themes related to the structure, the assistance process, the client's perception, the professional's view and also to the relationship between these social actors were studied carefully *vis-à-vis* a qualitative approach, with an emphasis on case study. Besides the bibliographical research, the premises of the Day Hospital were used to the realization of the fieldwork which consisted of active observation and semi-structured interviews. Having the interviews with both professionals and clients as a basis for this research, this paper attempts at configuring and perceiving clearly the consequences and scope of this type of assistance. The results point to the fact that while the professionals considered the articulation between assistance and research one of the relevant aspects of the Day Hospital, the clientele, on the other hand, highlighted the importance of the attention given to them as well as the dignity with which they are treated in this unity.

Keywords: Day-Hospital; Day-clinic; One-day clinic; aids; assistance

APRESENTAÇÃO	7
ASPECTOS METODOLÓGICOS	12
HOSPITAL-DIA NO CONTEXTO INTERNACIONAL E NACIONAL	28
HOSPITAL-DIA NO CONTEXTO INTERNACIONAL	28
HOSPITAL-DIA NO CONTEXTO NACIONAL	35
CONFIGURAÇÃO DO ATENDIMENTO DO HOSPITAL-DIA DO CPQHEC	52
O CENTRO DE PESQUISA HOSPITAL EVANDRO CHAGAS	52
O HOSPITAL-DIA DO CPQHEC	57
A ESTRUTURA FÍSICA DO HOSPITAL-DIA	80
O ATENDIMENTO NO HOSPITAL-DIA DO CPQHEC	85
INTERFACES ENTRE O HOSPITAL-DIA E DEMAIS SERVIÇOS	87
MAQUETE DESCRITIVA DE UM HOSPITAL-DIA IDEAL	90
PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS: INTEGRAÇÃO ENTRE ASSISTÊNCIA E PESQUISA	94
PERCEPÇÃO DOS CLIENTES: ATENÇÃO E DIGNIDADE NO ATENDIMENTO	121
CONSIDERAÇÕES FINAIS	149
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	157
ANEXOS	163
I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - CLIENTE	164
II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PROFISSIONAL	167
III - ROTEIRO DE ENTREVISTA DIRIGIDO AO CLIENTE ATENDIDO NO HOSPITAL-DIA DO CPQHEC	170
IV - ROTEIRO DE ENTREVISTA DIRIGIDO AO PROFISSIONAL DO CPQHEC.	173

Apresentação

Percorreu a aids, ao longo de seu advento, múltiplas trajetórias que culminaram na construção de uma trama com fatores diferenciados e imbricados, desencadeando nas diversas camadas da sociedade reflexões e ações que interferem de alguma maneira no comportamento da epidemia. Sem pretender atenuar a seriedade e a gravidade da aids como um todo, é válido o impulso que, a bem verdade, tem-se observado em diferentes domínios desde o seu advento. Ora deparam-se mudanças sociais, ora novas políticas de saúde, ora transformações na prática de profissionais de saúde, que despertaram definitivamente para as medidas de biossegurança. Enfim, perfis variados e vastos se prestariam para a abordagem do tema. As tendências de disseminação da doença para diversas regiões do País, as características de “pauperização” e “feminização”, somadas à crise de gestão pública dos hospitais, e, ainda acrescentaria, o descompromisso de profissionais de saúde no atendimento aos clientes de uma maneira geral, e aos portadores de HIV/aids, em específico, contribuem para a crescente complexidade da epidemia.

Dentre os temas acima referidos, a política de assistência aos pacientes portadores de HIV/aids no Brasil é o enfoque destacado na presente dissertação, mais especificamente o aspecto que diz respeito aos Programas Alternativos Assistenciais criados para a clientela. Assim, esse estudo busca compreender a importância e a contribuição do Hospital-Dia do Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas (CPqHEC) no processo de atendimento ao paciente com aids .

Unidades de hospital-dia vêm sendo implantadas e implementadas no transcorrer de aproximadamente cinco anos, com ênfase nos últimos três anos. Contudo, ainda é uma modalidade de atendimento que mantém em sua estrutura diversos aspectos que, se não totalmente desconhecidos, certamente demandam abordagens mais detalhadas a fim de se viabilizar

uma melhor compreensão da totalidade e do alcance dessa modalidade de atendimento.

Os motivos que me conduziram não só à unidade situada no CPqHEC como também ao estudo aprofundado do tema são fatos relevantes e ao mesmo tempo esclarecedores de nuances de um hospital-dia que tem como principal clientela (95,83%) doentes de aids. Outrossim, apresentar-se-á a trajetória histórica desse atendimento que, ao longo dos anos, vem delineando um perfil predominantemente flexível, compreendendo e respeitando diversas fases da epidemia de aids.

As mudanças sofridas pela epidemia desde o seu início são percebidas pela sociedade, e mais expressivamente sentidas e vivenciadas pelos profissionais que trabalham diretamente com portadores do HIV/aids.

No ano de 1993, a epidemia de aids já vinha apresentando transformações, porém conviviam-se ainda com um número elevado de internações, sem o incremento do atendimento em ambulatório e em hospital-dia.

Não obstante, naquele momento, a prática conduzia a medidas alternativas que solucionassem essas situações, pois o número de casos vinha aumentando consideravelmente. A princípio, os doentes permaneciam internados, entretanto, logo em seguida, organizou-se de forma provisória o atendimento dos doentes na sala de televisão da enfermaria do Hospital e/ou nos leitos de UTI, quando livres. De fato, essa iniciativa aconteceu como uma prévia de uma nova modalidade de atendimento, como uma primeira etapa de um plano que se concluiria com a implantação do hospital-dia.

Desse modo, após este período em que o Hospital-Dia temporariamente funcionava na enfermaria, iniciou-se o atendimento em caráter de Hospital-Dia em novas instalações, que, apesar de inadequadas, se apropriavam de um espaço físico unicamente destinado a esse tipo de

atendimento. Apesar das instalações serem inapropriadas, no transcorrer dos anos, a equipe fortaleceu idéias marcantes que determinam um atendimento diferenciado.

Seguindo esta trajetória, membros da equipe do Hospital-Dia estagiaram na França, em Hospital-Dia e Assistência Domiciliar, fomentando no retorno o incremento do atendimento em Hospital-Dia e estimulando investigações científicas na área.

A maneira como a epidemia de aids traça o seu percurso tem conduzido a constantes reformulações. Não se pretende aqui pormenorizar todos os fatos que determinaram e determinam novas características, mas enfatizar os mais expressivos, sobretudo aqueles que demandaram respostas mais urgentes no domínio da assistência.

De maneira simplificada, podem-se destacar três marcos que despertaram mudanças nas políticas de saúde. Ressalta-se que, certamente, várias etapas da epidemia se mostraram importantes favorecendo o desenvolvimento de unidades de Hospital-Dia.

O primeiro destaque diz respeito ao início avassalador da instalação da epidemia. Ainda sem conhecimento por parte de profissionais e pesquisadores da área de saúde, a doença atingia grupos específicos, com um perfil de letalidade que se tornava mais assustador diante da tamanha falta de conhecimento. Indivíduos adoeciam e morriam com rapidez impressionante.

O segundo marco a destacar-se é visualizado pela introdução de medicamentos anti-retrovirais, determinando uma atenuação no caráter agressivo da doença.

O terceiro momento significativo é o que se vive mais recentemente com a entrada ainda mais expressiva de novos medicamentos anti-

retrovirais, permitindo ao doente de aids uma melhor qualidade de vida, imprimindo à síndrome um aspecto crônico.

Perpassando os momentos citados, políticas públicas foram e vêm sendo adotadas em respostas à epidemia de HIV/aids no Brasil, estabelecendo diversos alvos de ação institucional. Tudo tem acontecido numa velocidade assustadora. Nem bem se atinge uma meta, e, em seguida, depara-se nova estratégia formulada, atribuindo-lhe um valor pertencente à meta anterior.

Perscruta-se a delicada instabilidade das políticas públicas que, diante da epidemia, por um lado, não concedem tempo para avaliação de novas medidas, e, por outro demandam incessantemente medidas alternativas. A exemplo disto, unidades de Hospital-Dia foram implementadas e seu papel difundido em vários estados. Esse tipo de atendimento tem se atualizado à medida que novas situações procedentes da epidemia emergem. Não obstante, discute-se, hoje, com a entrada de novos anti-retrovirais, o destino desta alternativa assistencial.

É nesse sentido que se acredita ser importante o aprofundamento da dinâmica do Hospital-Dia no atendimento aos portadores HIV/aids. Baseando-se em experiências que constata a versatilidade desse tipo de atendimento, esse estudo pretende contribuir com futuras respostas às políticas públicas adotadas em relação à epidemia.

O estudo descreve no capítulo *Considerações Metodológicas* as diretrizes que nortearam a investigação e análise dos dados. Insere-se nesse capítulo um tema relacionado aos *aspectos éticos* da doença, pela relevância que o assunto porta, sobretudo por se tratar de aids. Em seguida, embora com o objetivo específico de descrever historicamente o surgimento de unidades de Hospital-Dia, o capítulo *Hospital-Dia no Contexto Internacional e Nacional* contempla também resumidamente as diferentes nomenclaturas destinadas às unidades assistenciais que desenvolvem

ações no mesmo espírito de unidades de Hospital-Dia, e ainda retrata uma unidade francesa, como resultado de estágio lá realizado. Esse capítulo finaliza retratando as unidades de Hospital-Dia brasileiras.

O capítulo *Configuração do atendimento do Hospital-Dia do CPqHEC* atende ao objetivo específico de descrever o surgimento e funcionamento do Hospital-Dia do CPqHEC. Para tanto, inicia apresentando o Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas, prossegue inserindo fatos implicados na implantação do Hospital-Dia, na sua estrutura física, no atendimento aí realizado, nas interfaces entre o Hospital-Dia e demais Serviços, concluindo com a maquete descritiva de uma unidade de Hospital-Dia ideal.

A reunião dos capítulos anteriores, com o capítulo *A percepção dos profissionais: integração entre assistência e pesquisa* pretende identificar as contribuições do Hospital-Dia como modelo de atuação na aids para a rede pública de saúde.

O capítulo *A percepção dos clientes: atenção e dignidade no atendimento* contempla as percepções dos usuários sobre diferentes aspectos do funcionamento do Hospital-Dia do CPqHEC e é produto da análise das entrevistas semi-estruturadas aplicadas aos clientes atendidos naquele Serviço.

A dissertação finaliza com o capítulo *Considerações Finais* em que se realizam apreciações e recomendações correlatas ao tema estudado.

Aspectos Metodológicos

O presente estudo investigou a dinâmica do atendimento em Hospital-Dia aos portadores HIV/aids assistidos no Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas. Para tanto utilizou-se a abordagem qualitativa, que abarca as várias nuances inerentes ao objeto de estudo. As *Metodologias de Pesquisa Qualitativa* são, segundo MINAYO:

*“Aqueles capazes de incorporar a questão do **significado** e da **intencionalidade** como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.” (1996:10).*

O Hospital-Dia é uma modalidade de atendimento recentemente inserida no nosso sistema de saúde. Sua história, seu surgimento e sua estrutura são temas ainda não desenvolvidos. O assunto é presente na prática de profissionais de saúde, que, sucumbidos por seus cotidianos, não se debruçam academicamente sobre objeto de trabalho. Diante disso, no âmbito da metodologia de pesquisa qualitativa, o trabalho baseou-se na técnica de estudo de caso. O estudo de caso viabiliza o aprofundamento no fenômeno a ser investigado. Para Yin, *“(...) o estudo de caso permite a investigação de um fenômeno contemporâneo dentro do contexto real da vida, especialmente quando os limites entre o fenômeno e contexto não são claramente evidentes.” (1994) “Tradução nossa”.*

O estudo de caso abordará o Hospital-Dia no CPqHEC, que vem funcionando há cinco anos. Ao longo desses anos, aspectos diversos foram observados no seu desenvolvimento. Motivos iniciais que levaram à implantação do setor, características inicialmente observadas e posteriormente transformadas, aspectos concernentes à estrutura, ao funcionamento, ao cliente lá atendido, a relação entre ele e a equipe multiprofissional, a relação entre os clientes, a relação intra e extra Hospital-Dia, enfim, diversos fatores imbricados que, são questões relevantes e passíveis de aprofundamento em estudo de caso. Outro aspecto corroborador se deve ao fato do perfil que retrata o CPqHEC, um hospital de

pesquisa, o que lhe confere uma dinâmica singular, diferenciando-o de outras unidades existentes. Esse campo de estudo, ao mesmo tempo familiar e desconhecido, adotado paulatinamente em nosso sistema de saúde, se disponibiliza como uma rica área a ser investigado.

O campo escolhido para o levantamento de dados foi o Hospital-Dia do CPqHEC por ser o local em que, de sua implantação ao desenvolvimento das ações aí desenvolvidas dirigidas aos indivíduos portadores do HIV/aids, tem sido objeto de atenção da autora. Dados primários e secundários constituíram o corpo do estudo. Os dados primários foram colhidos através de: a) observação participativa em campo investigado; e b) entrevistas semi-estruturadas. Os dados secundários compreenderam a pesquisa bibliográfica, documentos a respeito do objeto em estudo, impressos e informações estatísticas que compõem o acervo do campo em investigação.

Com relação à prática de observação, destacar "o que" e "como" observar não é simples. Soma-se a estas questões o fato de que o profissional que desenvolve suas atividades cotidianas no local em que se prestará a campo de estudo, no momento em que assume um papel de investigador, gera uma situação delicada de contornar. Daí a importância de se conduzir criteriosamente a técnica de observação participativa. Para o melhor entendimento dessa técnica, Neto esclarece:

“A técnica de observação participante se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. O observador, enquanto parte do contexto de observação, estabelece uma relação face a face com os observados” (1996:59).

Considerando-se essa definição, é ela uma técnica que permite determinada flexibilidade, carregando, sobretudo, um aspecto positivo conferido ao observador, o de atuar ao mesmo tempo em que sofre a ação. Discussões sobre essa técnica passam pelo princípio da aceitação do observador no grupo, ou campo alvo de investigação, a questão se concentra na integração do investigador que deve se esquecer de que lá ele

está.(Grawitz,1986:887). Nesse estudo não ocorreu essa dificuldade, visto que a autora é envolvida diretamente na coordenação do Serviço. Em contrapartida, a dificuldade maior aconteceu no sentido de se manter um distanciamento, mínimo e desejável, suficiente para garantir uma observação livre do envolvimento que a impeça de desvendar os fenômenos presentes no campo em estudo. Para tanto, houve momentos em que, acompanhada do Diário de notas, permanecia no “salão” do Hospital-Dia, numa tentativa de não ser interpretada como um profissional do local, assinalando que, naquele momento, tratava-se da investigadora. Curiosidades foram despertadas, e, sem que nada fosse dito, pairavam no ar indagações sobre o que estaria sendo registrado: suas falas; suas atitudes; seus comentários? Enfim, perceberam-se, momentos de não espontaneidade dos comportamentos e a naturalidade sempre presente, tão familiar ao investigador, na ausência de alguém anotando fatos. Atentando para o desenrolar da situação, privilegiou-se a realização dos registros de situações significativas distante dos observados. Entendem-se por situações significativas aquelas relevantes para o estudo, ou seja, manifestações expressas sobre o Hospital-Dia propriamente ditas, assim como observações diversas extraídas das falas e atitudes dos clientes e profissionais, que, metamorfoseadas, compõem um retrato da dinâmica do Serviço.

Acompanhando a observação participativa, aplicou-se a entrevista semi-estruturada, a técnica mais utilizada no processo de trabalho de campo. Neto ressalta que a "entrevista de pesquisa" *“não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objetos da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada.”* (1996:58).

Privilegiou-se a entrevista semi-estruturada pela liberdade que ela oferece, conciliando perguntas abertas e fechadas, viabilizando ao entrevistado a liberdade de descrever aspectos sobre o tema investigado,

sem condições totalmente estabelecidas e formatadas anteriormente pelo pesquisador.

No que diz respeito ao entendimento do surgimento de unidades de hospital-dia, realizou-se ampla pesquisa bibliográfica, historiando-se a biografia do hospital, desde a sua origem, a sua passagem como uma entidade de cura, até as suas transformações contemporâneas, além das políticas de saúde. Observou-se a escassez expressiva de bibliografia específica sobre unidades de hospital-dia, traduzindo e confirmando a ausência de estudos na área.

Coletados os dados brutos procedentes de dados primários e secundários, prosseguiu-se à análise e à interpretação. Portanto, dessa maneira, o estudo de caso se arquitetou através do familiar e do desconhecido.

O material resultante das entrevistas, observações e anotações de campo foi submetido à análise e interpretação sob a ótica da Hermenêutica-Dialética. A hermenêutica, *a arte de interpretar os textos sagrados ou misteriosos é uma prática muito antiga.*” (Bardin,1977:14). O discurso abriga símbolos que desde a antiguidade buscam recursos que o desvelem. Assim aconteceu com a interpretação de sonhos, o estudo da Bíblia, análise literária, e a psicanálise, que remontam à hermenêutica. Segundo a mesma autora, *“para além destas maneiras de abordar os textos cuja tradição é longínqua, a precisão histórica refere alguns casos geralmente isolados, que, numa certa medida seriam análises de conteúdo prematuras.”* (1977:14). Esta abordagem atendeu às expectativas pertinentes ao momento da análise, preocupando-se não somente em tratar os dados, mas, além disso, conduzindo o investigador a uma reflexão, que não se separa da práxis. Minayo, ao apresentar a Hermenêutica Dialética, explica:

“(...) a hermenêutica traz para o primeiro plano, no tratamento dos dados, as condições cotidianas da vida e promove o esclarecimento sobre as estruturas profundas desse mundo do dia-a-dia. A pesquisa hermenêutica também analisa os dados da realidade tendo como ponto de partida a manutenção e a

extensão da intersubjetividade de uma intenção possível como núcleo orientador da ação.” (1996:221).

Diante das possibilidades que o método proporciona, percebeu-se que se adequaria à análise e interpretação dos dados, estabelecendo consonância com as intenções expressas nos objetivos do estudo. Entendendo a hermenêutica como o primórdio da análise de conteúdo, este instrumento metodológico determinou as diversas etapas que transformaram os dados brutos em dados trabalhados, produzindo o que posteriormente é apresentado nos capítulos *Percepção dos profissionais: integração entre assistência e pesquisa* e *Percepção dos clientes: atenção e dignidade no atendimento*.

A análise de conteúdo teve seu início nos Estados Unidos, na imprensa, em estudos quantitativos de artigos jornalísticos. (Bardin,1977:15). Esta técnica vem sendo desenvolvida e aplicada, desde então em diversas especialidades, perpassando tanto análises quantitativas como análises qualitativas, e ainda tratando quantitativamente dados qualitativos. Ao analisar e interpretar os dados produzidos para esse estudo, percebeu-se como essa técnica tão amplamente divulgada no meio acadêmico, é igualmente desconhecida em seus mínimos meandros. A autora acima referida assinala que, à medida que o código inserido em mensagens lingüísticas se torna mais complexo, *“maior terá de ser o esforço do analista, no sentido de uma inovação com vista à elaboração de técnicas novas.”*(1977:32).

Nesse sentido, buscou-se atentar para as recomendações de se seguirem regras que minimizem a distância entre a mensagem e sua interpretação. Para que análise seja considerada válida, observaram-se as seguintes regras:

“homogêneas;

exaustivas: esgotar a totalidade do “texto”;

exclusivas: um mesmo elemento do conteúdo, não pode ser classificado aleatoriamente em duas categorias diferentes;

objetivas: codificadores diferentes, devem chegar a resultados iguais;

adequadas ou pertinentes: isto é, adaptadas ao conteúdo e objetivo.” (Bardin,1977:36).

A análise de conteúdo, segundo a autora acima, é definida como:

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.” (1977:42).

O método hermenêutico dialético compreende etapas que contemplam a interpretação dos dados. Num tratamento inicial dos dados, aconteceu o primeiro nível de interpretação a ser empreendido, que é o das determinações fundamentais. Nesse momento, delineou-se o contexto sócio-histórico do grupo estudado, para em seguida estabelecerem-se as categorias que foram trabalhadas no transcorrer do estudo. O segundo nível de interpretação compreendeu o conhecimento dos fatos surgidos na investigação. Este momento desdobrou-se em *Ordenação dos dados, Classificação e Análise Final*.

Na *Ordenação dos dados*, realizou-se um panorama do material proveniente de relatos, observações e anotações de campo. Na *Classificação dos dados*, foi construído o dado, ou seja, o encontro de questões tipicamente formuladas, somadas às informações pertencentes ao material colhido. Na *Análise Final*, as etapas anteriores se debruçaram sobre o material empírico. A respeito desse momento tão delicado, não somente por pretender dar um desfecho à pesquisa mas também pela responsabilidade que lhe é atribuída, Minayo conclui que “*esse movimento incessante que se eleva do empírico para o teórico e vice-versa, que dança entre o concreto e o abstrato, entre o particular e o geral é o verdadeiro movimento dialético visando ao concreto pensado.*” (1996:236).

As entrevistas foram realizadas com 5 profissionais pertencentes à área assistencial e com 10 clientes atendidos no Hospital-Dia do CPqHEC.

Atribuiu-se importância aos entrevistados que presenciaram a passagem do atendimento ambulatorial e hospitalar para o atendimento em Hospital-Dia. Considera-se este momento importante de ser estudado, visto que significa um marco inicial dessa modalidade de assistência. Kaufmann considera que a partir do momento em que se adquire o material coletado nas entrevistas, e, somente então, se inicia a trajetória das entrevistas, *“momento em que o pesquisador, após ter contemplado as fitas cassetes, se decide tratar o que elas contêm, para finalmente alcançar um texto sociológico elaborado; fase geralmente consagrada pôr “análise de conteúdo” (1996:76).*

Dessa maneira, o Roteiro de Entrevista (**Anexo**) desenvolveu os temas a seguir apresentados. As entrevistas realizadas com os profissionais contemplaram inicialmente dados de apresentação dos entrevistados, retratando a posição do profissional no momento de implantação do Hospital-Dia, e, em seguida, questões abertas que acessaram o objeto em estudo. Para tanto foram abordadas questões sobre a visão de outrora e atual que o profissional forma da unidade de Hospital-Dia do CPqHEC; repercussões observadas e seu eco no panorama do CPqHEC; transformações observadas no cotidiano do paciente portador do HIV/aids pós-acompanhamento em Hospital-Dia do CPqHEC; mudanças no tratamento da aids, consonância e respostas do Hospital-Dia frente a elas; diferenças observadas nos atendimentos em ambulatório, hospital-dia e internação e, finalmente questões que contemplaram as impressões dos entrevistados a respeito do futuro da unidade de Hospital-Dia no CPqHEC.

As entrevistas realizadas com os profissionais foram integralmente aplicadas por outro profissional. Foram entrevistados 5 profissionais pertencentes ao quadro de pessoal do Hospital-Dia, e 1 médico que não faz parte da equipe, mas apresenta experiência anterior nesta unidade, assim como na unidade francesa para aids. Os entrevistados se mostraram receptivos às entrevistas e extremamente cooperativos. Segue o quadro com os dados de apresentação.

Quadro 1: Dados de apresentação dos entrevistados- profissionais

Entrevistado	Idade	Sexo	Escolaridade	Função no CPqHEC	Tempo de exercício no CPqHEC	Ligação entre a função e o HD * CPqHEC
Entrevistado11	30	F	Superior e pós em fisioterapia neurológica	Técnica de enfermagem Fisioterapeuta	Desde 1994	Atua como técnica de enfermagem. Fisioterapeuta
Entrevistado12	42	F	Doutorado	Médico	Desde de 1987	Atividades médicas e consultas no HD
Entrevistado13	38	F	3°.Grau e pós em Serviço Social	Técnica de enfermagem há 12 anos.	Desde 1994	Técnica de enfermagem e outras atividades(S.Social)
Entrevistado14	29	F	2°.Grau	Técnica de enfermagem	2 anos	Está interligado .
Entrevistado15	40	F	Doutorado	Médica	2 anos em 1995.	Foi um período muito bom.

Fonte: Trabalho de campo – Hospital-Dia do Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas – 2°.Sem./2000.

Importante ressaltar que os entrevistados são profissionais que atuam no Hospital-Dia em escala diária de trabalho, ou seja, a mesma equipe trabalha de 2^a à 6^a feira. Excetua-se o entrevistado 15.

O conteúdo das entrevistas realizadas com o cliente compreende inicialmente os dados de apresentação dos entrevistados e tempo de acompanhamento clínico no Hospital-Dia do CPqHEC. Em seguida, trata de temas que envolvem suas impressões a respeito do atendimento em Hospital-Dia; como conceitua esse modelo assistencial; mudanças observadas em seu cotidiano decorrentes do atendimento em regime Hospital-Dia; vantagens e desvantagens observadas nesta modalidade assistencial; mudanças no tratamento da aids em consonância às observadas em Hospital-Dia; e diferenças observadas nos atendimentos prestados em ambulatório, hospital-dia e internação.

A percepção dos clientes foi extraída de entrevistas semi-estruturadas aplicadas em 10 usuários do Hospital-Dia do CPqHEC. A aplicação da técnica foi realizada parcialmente pela autora e parcialmente por outro profissional. Esta estratégia, considerada pelas Bancas Examinadoras da qualificação do projeto estudado, cautelosa e adequada, apresentou pontos negativos, que, apesar de não invalidarem o resultado, parecem ressaltar que, se aplicadas somente pela investigadora, propiciariam maior riqueza na análise e interpretação dos dados. Contudo, diante do longo tempo de

convívio existente entre a autora, os atores do estudo, e o campo investigado, atingiu-se o rigor desejado em investigações. Assim 5 entrevistas foram aplicadas pela autora e 5 entrevistas foram aplicadas por um profissional do Hospital-Dia.

O critério de escolha dos clientes entrevistados seguiu pré-requisitos em termos de tempo de acompanhamento no Hospital-Dia do CPqHEC, privilegiando-se os clientes mais antigos; usuários que freqüentam o setor com mais assiduidade; e ainda clientes com diferentes indicações terapêutico-diagnósticas.

A primeira parte da entrevista compreende dados de apresentação dos clientes entrevistados. Esses dados oferecem parcialmente aos leitores a situação social dos clientes atendidos no Hospital-Dia do CPqHEC. Segue quadro reunindo esses dados.

Quadro 2: Dados de apresentação dos entrevistados - clientes

Entrevistado	Idade	Sexo	Domicílio	Escolaridade	Ocupação atual	Renda atual
Entrevistado 1	33	M	Duque de Caxias	2º. Grau completo	Sem ocupação(INSS)	Sem pensão
Entrevistado 2	44	F	Ilha do Governador	Nível Superior Escola de Belas Artes	Aposentada INSS – Confecciona bijouterias	Salário mínimo
Entrevistado 3	35	F	Realengo	4ª. Série	Sem ocupação	Sem renda
Entrevistado 4	68	M	Piedade	2º. Grau completo	Aposentado	R\$1100,00
Entrevistado 5	39	M	Caju	1º. Grau	Nenhuma	R\$235,00
Entrevistado 6	35	M	Nilópolis	4ª.Série-1º.Grau	Nenhuma	Nenhuma
Entrevistado 7	40	F	Bonsucesso	2º.ano-2º.Grau	Do lar	R\$420,00
Entrevistado 8	29	M	Caxias	6ª.Série	Encostado	Nenhuma
Entrevistado 9	38	M	Jardim Primavera	5ª.Série	Aposentado	R\$135,00
Entrevistado10	49	M	Pendotiba Niterói	Superior-Especialização (Educação)	Micro-empresário	Aproximadamente R\$600,00

Fonte: Trabalho de campo – Hospital-Dia do Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas - 2º.Sem./2000.

Ressalto ainda que os entrevistados escolhidos sentiram-se agraciados em prestar depoimentos, a respeito do local em que estavam. Alguns, ao final da entrevista, numa preocupação com a qualidade de suas contribuições, perguntavam ao entrevistador: “Fui bem” Essa preocupação manifestada com o seu próprio desempenho na entrevista é explicada por Kaufmann:

“A entrevista funciona como uma câmara de eco da situação de fabricação da identidade. É preciso pensar sobre si mesmo e falar de si mesmo, mais profundamente, mais precisamente, mais explicitamente do que normalmente se faz, numa atmosfera algo solene, um gravador diante de si, pela ciência.” (1996:60).

As entrevistas não abordaram temas diretamente relacionados aos indivíduos indagados, mas, indiretamente, esses entrevistados falaram de si, e por vezes, paulatinamente, aprofundavam-se mais ainda em suas próprias temáticas. O autor acima referido ressalta que o entrevistado “fala dele mesmo e alguém o escuta, ele desenvolve seus argumentos e suas opiniões têm importância. Ele fala dele, e verifica sua capacidade em ser dotado de uma identidade forte, estável, e digna de interesse.” (Kaufmann, 1996:63). A partir daí destacou-se a percepção que entrevistados (clientes e profissionais) formaram sobre a dinâmica do Hospital-Dia do CPqHEC. Esse tema extraído das falas dos entrevistados, dentre várias definições, é assim conceituado:

“Ação de conhecer por outros meios que não somente os sentidos: pela consciência (percepção interna ou psicológica; mas se fala, sobretudo, de observação interna ou de introspecção pela inteligência da ordem, da beleza, da justeza de uma operação aritmética).” (Foulquié,1986:526).

As entrevistas foram gravadas, e, após sucessivas escutas com uma espécie de “atenção flutuante” tal qual o termo adotado pôr Michelat [apud Kaufmann], as fitas foram transcritas pela autora do estudo. A preocupação com a fidedignidade das informações inseridas nas falas esteve presente nessa fase da dissertação, sobretudo por entender que a mensagem pode ser modificada pela transcrição. (Kaufmann,1996:79). Esse mesmo autor destaca que “o oral é infinitamente mais rico e complexo: os ritmos, as entonações e os silêncios são também comentários do texto com poder de mudar o seu sentido.O oral é também mais vivo, ele permite acesso direto à emoção e um mergulho mais íntimo na história de vida”. (1996:80). Diante do produto das entrevistas, buscar não ceder ao óbvio significa o “não à ilusão da transparência dos fatos sociais”, que Bardin, por sua vez, descreve ao falar dos instrumentos de documentos, citando ser igualmente uma recomendação feita por Durkheim, Bourdieu e Bachelard. (1977:28).

A mesma autora segue reforçando:

É igualmente “tornar-se desconfiado ”relativamente aos pressupostos, lutar contra a evidência do saber subjetivo, destruir a intuição em proveito do “construído”, rejeitar a tentação da sociologia ingênua, que acredita poder apreender intuitivamente as significações dos protagonistas sociais, mas que somente atinge a projeção da sua própria subjetividade. Esta atitude de “vigilância crítica”, exige o rodeio metodológico e o emprego de “técnicas de ruptura” e afigura-se tanto mais útil para o especialista das ciências humanas, quanto mais ele tenha sempre uma impressão de familiaridade face ao seu objeto de análise.” (1977:28).

Interpretar as falas de clientes e profissionais do Hospital-Dia do CPqHEC implica a seguinte pergunta: a interpretação contempla o que os entrevistados querem realmente transmitir? Percebeu-se que essa preocupação tornou a análise e interpretação cautelosa. Vaitsman comenta a respeito da questão da linguagem como “representante da realidade”:

“(...) o que está colocado é a dificuldade dos conceitos científicos conseguirem apreender as experiências vividas pelos sujeitos, captar seus múltiplos ângulos, em uma operação que, longe de ser transparente, implica reduções, seleções, recortes – e reconstrução em um ‘texto’ elaborado pelo pesquisador.” (1999:16).

A interpretação é considerada por Kaufmann *“paradoxal (...)na realidade ela é baseada na subjetividade do pesquisador. Portanto é dela que depende a objetivação, a construção do objeto sociológico revelando os limites do conhecimento espontâneo.”* (1996:92). Exploram-se hoje as contribuições presentes em análises literárias, que, incorporadas aos diversos métodos, corroboram na análise de discurso. Bakhtin [*apud* Soares], ao analisar as entrevistas de presidiários com auxílio de métodos literários recomenda:

“as relações do sentido entre enunciados distintos são de ordem dialógica (ou, pelo menos, têm um matiz dialógico). O sentido se distribui entre as diversas vozes (...). Os elementos lingüísticos são neutros a respeito da segmentação em enunciados e se movem livremente, ignorando os limites de um enunciado, sem reconhecer nem respeitar a soberania das vozes (...). Como circunscrever o enunciado? Com o auxílio de fatores metalingüísticos.” (1999:114).

No desenrolar de uma investigação científica envolvendo seres humanos, vários aspectos contribuem para compor o estudo. Num olhar contemporâneo depara-se com situações que incitam cuidados no campo da bioética, anteriormente preteridos. Apesar de reconhecida sua importância, não se pretende aqui aprofundar no tema, visto que implicaria vastas discussões nas áreas filosófica, teológica e científica. Contudo buscar-se-á abordar o assunto expondo preocupações observadas na prática vivenciada em instituição de pesquisa.

A preocupação com a ética nas pesquisas vem sendo impulsionada pelo avanço tecnológico. Estudos objetivando desenvolver novas técnicas que auxiliem no diagnóstico, ou novos medicamentos, vacinas e procedimentos, por vezes determinam uma trajetória inescrupulosa. Sob a égide da ciência, pesquisadores conduziram suas investigações colocando em risco os indivíduos pesquisados que estiveram em posições, que vão desde delicadas e constrangedoras até desvantajosas e lesivas.

Sendo assim, profissionais envolvidos no tratamento da aids e indivíduos portadores do HIV/Aids, necessitam naturalmente de equilíbrio, tranqüilidade, e, sobretudo, postura ética. Neste sentido, cabe aos profissionais que assistem os indivíduos portadores do HIV/aids seriedade para lidar com esta realidade.

Aqueles que prestam assistência e desenvolvem pesquisas devem respeitar às exigências éticas e científicas fundamentais. A Resolução 196/96 do Ministério da Saúde cria diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, baseando-se nos quatro princípios "*prima facie*" do respeito: autonomia; beneficência, da não maleficência e justiça (C.N.S.,1996:18).

Ênfase é dada ao princípio da autonomia, visto que nenhuma pesquisa pode ser desenvolvida sem o consentimento livre e esclarecido dos indivíduos pesquisados. Na prática, percebe-se igualmente a importância desse princípio como uma etapa inicial e determinante para a construção do sentimento de confiança mútua (pesquisador/pesquisado). É nesse momento que a transparência do pesquisador deve prevalecer. Por outro lado, os pesquisados também se expõem indiscriminadamente. Vários motivos levam indivíduos a participar de uma pesquisa. Desconhecimento, ansiedade, busca da cura, medo de ser privado do atendimento médico, solidariedade, altruísmo, dentre outras razões.

Dessa maneira, em 1970 surge a Bioética, definida por Kottow como "*conjunto de conceitos, argumentos e normas que valorizam e legitimam eticamente os atos humanos que eventualmente tenham efeitos irreversíveis sobre fenômenos vitais*".(1995:53). Enfim, uma forma de limitar.

A aids tem corroborado este panorama. A epidemia parece ter despertado um tema há muito tempo sublimado por todos, a morte . É curioso como subitamente somente os indivíduos infectados pelo HIV pareciam ser passíveis à letalidade da doença, a finitude. Por vezes deparavam-se situações de extrema inversão, como se somente àqueles

acometidos pela aids fossem morrer. Os não infectados, caricaturalmente, ostentavam sua imortalidade. Ledo engano, entretanto fomentou nos doentes de aids, sentimentos de angústia e urgência. Segue-se a isto a busca desenfreada e indiscriminada por soluções.

O termo de consentimento livre e esclarecido (**Anexo**) dentre outras informações deve reunir as vantagens e desvantagens do projeto, ao qual o indivíduo irá aderir. Sendo assim, os indivíduos que participaram desse estudo foram esclarecidos sobre as vantagens decorrentes de suas informações e impressões a respeito do atendimento recebido no Hospital-Dia do CPqHEC. E, ainda, a importância destes depoimentos na contribuição de uma melhora, reformulação ou até mesmo manutenção da dinâmica do atendimento.

Perceberam-se desvantagens decorrentes do fato de que o entrevistador acumula as funções de pesquisa e assistência. O entrevistado como cliente poderia se sentir inibido, ou até ameaçado. Contudo pretendeu-se anular estes efeitos, entrevistando-se os clientes atendidos há mais tempo no Hospital-Dia, entendendo que estes têm estabelecido uma forte relação de confiança com a equipe de saúde. Os examinadores presentes nas Bancas de Qualificação do então projeto, ao abordarem esse aspecto, sugeriram que a aplicação das entrevistas fosse realizadas por outro indivíduo, que não o investigador.

Um aspecto a ser ainda considerado no momento de anuência à participação na pesquisa é a tranquilidade que o pesquisado deve manter nessa ocasião. Singularidades devem ser respeitadas, um indivíduo pode precisar de mais tempo não somente para entender o termo, como também para tomar uma decisão. Sobretudo, deve-se lembrar ao pesquisado que ele tem a liberdade de interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem nenhum dano ao seu tratamento.

Scheffer, ao relatar o conteúdo de um termo de consentimento, sintetiza:

“Os pontos sobre as quais a pessoa deve saber são: a justificativa, o objetivo, se ele vai ter desconforto, se corre risco, efeitos colaterais, qual o benefício esperado, qual o método alternativo àquela pesquisa. O que está sendo esperado é realmente melhor do que o que já existe disponível? A pesquisa traz algum benefício ao indivíduo ou só beneficia o pesquisador e a empresa?” (1999:111).

Este mesmo autor também recomenda ao indivíduo pesquisado que não abandone o seu médico de confiança.

“ (...) isso tem gerado algum conflito porque os pesquisadores e o promotor da pesquisa querem que o indivíduo pesquisado seja observado só pelo médico da pesquisa. E isso não pode acontecer, ele deve continuar com seu médico mesmo tendo toda a assistência garantida pela pesquisa.” (1999:112).

Ressalta-se que estes aspectos são mais evidentes ao se tratar de estudos que avaliam novas drogas, procedimentos clínicos, dentre outros. Contudo considera-se importante lembrar que seja qual for a natureza do estudo, estes cuidados, aqui subliminarmente tratados, devem ser rigorosamente respeitados.

Os trabalhos dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) vêm caminhando ainda com dificuldades, no entanto é extremamente importante que o pesquisador se mostre receptivo às observações ou impedimentos preconizados pelos CEPs e que estes compreendam a necessidade e a dificuldade de se realizar pesquisa em nosso País.

A urgência de pesquisadores e pesquisados, respeitados os seus respectivos objetivos, tem mostrado profundas mudanças nestas relações. Schramm desperta o sentimento dual hoje vivido por pesquisadores e sociedade *“oscilando entre o fascínio, (...) perante as novas possibilidades de bem-estar, e o espanto, (...) frente aos possíveis abusos em termos de direitos humanos.” (1999:59).* Segundo este autor:

*“O futuro dessas relações é dificilmente previsível, mas pode-se supor que esta oscilação entre fascínio e espanto, típico daquilo que a estética chama de percepção do **sublime**, constitui um primeiro indício de que, mesmo que os pesquisadores continuem trabalhando em algum ersatz da Torre de Marfim, eles deverão cada vez mais prestar conta à sociedade de suas pesquisas. Isso gera inevitavelmente conflitos de interesses e de valores entre os vários atores. Mas nada impede que tais conflitos possam ser resolvidos **pragmaticamente** pela ética e pelo direito” (1999:59).*

Esse estudo se norteou por princípios éticos, esperando assim contribuir, mesmo que minimamente, para o despertar de um espírito crítico em futuras pesquisas, incluindo jovens pesquisadores, pesquisadores experientes e pesquisados.

Hospital-Dia no contexto internacional e nacional

Hospital-Dia no contexto internacional

As unidades de hospital-dia apresentam-se com características variadas, estruturas e objetivos específicos e, ainda, denominações diversas. Nos estados americanos, encontram-se “day-hospice”; “day-clinic” e “day-hospital”. As finalidades distintas não escondem o propósito que perpassa as unidades de hospital-dia consideradas clássicas: a “desospitalização”. Este tema, hoje tão em voga, parece ser a tônica que norteia as políticas de saúde adotadas pelos órgãos públicos competentes.

Relatos de “day-hospice”, na Inglaterra, definem-no como um local de atendimento possível aos doentes durante o dia, que os ajuda a manter um padrão de qualidade de vida, morando ainda, em suas residências. A foto que retrata tal local apresenta uma construção cercada de verde, aparentemente tranqüila e acolhedora.

Figura 1



Fonte: <http://www.st-gemma.co.uk/dayhosp.htm>

Em geral todas as unidades funcionam de segunda-feira a sexta-feira, num horário móvel. Observa-se o início de atendimento entre 7 horas e 9 horas da manhã, e um término previsto entre 15 horas e 18 horas. A capacidade de atendimento gira em torno de 10 pacientes por dia.

Estes serviços prevêm consulta médica; assistência de enfermagem; suporte emocional e aconselhamento; terapia ocupacional; fisioterapia; apoio espiritual; terapias complementares; diversões e relaxamento. Disponibiliza-se transporte, quando necessário.

O Dove House Hospice, também na Inglaterra, manifesta preocupação com a socialização dos pacientes, e, nesse sentido, promove situações que estimulem e mantenham relações sociais entre os clientes e as equipes de atendimento. (virtualhull.com/dovehouse/dayhospice, 1999:1).

O St Vincent's Hospice, ainda na Inglaterra, delimita sua clientela, atendendo pacientes com câncer, esclerose múltipla, doenças motoras e outras patologias neurológicas. Esta unidade prevê a visita da enfermeira chefe ao cliente que está sendo introduzido no serviço, vislumbrando-se um planejamento do acompanhamento do doente. Ainda nesse serviço, é possível a visita ao cabelereiro, aromaterapia, reflexologia e manicure. (svh.co.uk/daycare, 1999:1).

A unidade no Kirkwood Hospice soma às atividades semelhantes àquelas anteriormente citadas um ateliê de artes. Conta com dois artistas, que oferecem aos doentes orientações para que expressem suas idéias e experiências através da arte criativa e visual. (architects.com/kirkwood_hospice/daycare, 1999:1).

O "Day-Hospice" denominado St. Christopher's, fundado em Londres pelo Dr. Ceciley Saunders, em 1967, surgiu em resposta à necessidade local de uma qualidade de vida àqueles que desejavam permanecer, nos últimos meses de vida, perto de seus familiares e amigos. Este movimento de unidades alternativas rapidamente cresceu e avançou para os EUA. (hospicewsfc.org/history, 1999:1).

Razões diversas levaram à criação de unidades de hospital-dia nos diferentes países. A psiquiatria, por exemplo, foi a principal motivação da

criação de unidade de Hospital-Dia no Canadá, Inglaterra e nos EUA. Esses países foram os pioneiros destes centros diurnos de tratamento .

Ainda nesta área, Kramer (*apud* Furtado) afirma que “o primeiro Hospital-Dia foi criado em Moscou no ano de 1933, sem grande influência no desenvolvimento posterior no mundo ocidental” (1994:17). No Canadá, este atendimento surgiu em 1946, visando a permitir a alta precoce de doentes hospitalizados. (1974:17).

Na Inglaterra, o autor do modelo de intervenção psiquiátrica foi Bierer, em 1948. Para ele o Hospital-Dia deverá ser: “um lugar onde uma tentativa é feita para tornar utilizável, na medida do possível, todo o tipo de tratamento intramuro, juntamente com as vantagens desfrutadas pelos pacientes extra-muros”.(Furtado,1994:17)

Na França, observa-se que ênfase foi dada não só ao Hospital-Dia como também ao atendimento domiciliar. No entanto, no que concerne ao atendimento em Hospital-Dia, sua prática inicial devem-se ao professor Jean Bernard, em 1958, na área pediátrica do Hospital Saint Louis – França (Crépu,1989:91). Naquele momento, surgiu o Hospital-Dia da necessidade de soluções alternativas à hospitalização, atualmente encontra-se ele perfeitamente inserido no sistema de Saúde do país. Ressalta-se ainda que, na França, essa modalidade de atendimento estende-se tanto aos pacientes portadores do HIV/aids como à clientela geriátrica, ao paciente submetido à pequena cirurgia, e, curiosamente, aos indivíduos com hemiparesia recente.

Em 1995, iniciei um estágio em Hospital-Dia para portadores HIV/aids, no Instituto Pasteur (Paris/França), decorrente de um projeto na área de ensino-aprendizagem para os portadores HIV/aids e sua família, apresentado ao Programa de Cooperação Técnica Brasil-França.

Esse convênio seleciona anualmente profissionais brasileiros especialistas no atendimento às pessoas que convivem com a aids. Dentre as áreas de concentração, citam-se: Assistência Domiciliar Terapêutica;

Assistência em Hospital-Dia; e Assistência ao Drogadicto. Uma vez aprovado o projeto, o governo brasileiro responsabiliza-se pelo transporte aéreo à França, e depois do retorno, garante a viabilização do desenvolvimento do projeto no Brasil.

O estágio regeu-se principalmente por dois aspectos. O primeiro dizia respeito à observação e estudo das situações em que os doentes de aids se autocuidavam, como subsídio para o desenvolvimento posteriormente do projeto. O segundo, o cerne do estágio, era a assistência prestada aos doentes de aids atendidos no Hospital-Dia do Instituto Pasteur. É certamente desse momento que derivam percepções e idéias que suscitaram mudanças mais tarde concretizadas, ainda que não completamente, na unidade de Hospital-Dia existente no CPqHEC.

O Instituto Pasteur apresenta várias unidades que não se limitam ao complexo do instituto, mas estendem-se ao longo de uma mesma rua. A planta física do Hospital Pasteur foi a inspiração do antigo Hospital Oswaldo Cruz, posteriormente Hospital Evandro Chagas, e, atualmente, o Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas. Contudo, enquanto o Hospital do Instituto Pasteur preserva ainda hoje características de outrora, não se dá o mesmo no sucedâneo brasileiro.

O Hospital-Dia do Instituto Pasteur surgiu da demanda gerada pela aids. Fisicamente, o serviço compreende o escritório da equipe do Hospital-Dia e o da secretaria; ambientes para o preparo de medicação e armazenamento; sala de nebulização e expurgo, e quartos privativos.

O atendimento ao cliente se faz em quartos individuais equipados com lavabo, em que o profissional da equipe de saúde, a cada visita, lava suas mãos e se paramenta com o capote, caso necessário, e banheiro privativo. Esse quarto era mobiliado com leito hospitalar; poltrona reclinável; mesa de cabeceira e de alimentação; televisão; aparelho de aquecimento, e uma banquetela embaixo de cada cama, utilizada pelo profissional ao atender

o cliente, a qual lhe permite manter a postura corporal anatomicamente correta durante a realização de procedimentos.

O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira das 7 às 16 horas, com o atendimento distribuído por dois turnos (manhã e tarde). Os clientes portadores HIV/aids previamente agendados submetem-se a diversos exames, realizados tanto no Instituto Pasteur como em serviços externos.

A equipe é formada por médicos; enfermeiros; profissionais que se ocupam da limpeza e preparo da unidade do cliente; e, ainda, assistente-social e dieticistas (designação preservada), quando necessário. O preparo da unidade do cliente compreende a limpeza do leito, da mesa de cabeceira, da mesa de alimentação, enfim, organiza-se o quarto para aguardar o novo cliente a ser atendido no hospital-dia.

Oferecem-se ao cliente, o café da manhã, almoço e lanche, respeitados os períodos de permanência. Um pequeno espaço no andar do Hospital-Dia é reservado à copa. Destaca-se, a apresentação harmoniosa do alimento no prato, numa indicação de preocupação com a estética, singularidade da cultura francesa.

Esse Hospital-Dia desenvolve atividades diagnósticas, terapêuticas e de prevenção. O doente, ao contrário do que ocorre na unidade de hospital-dia brasileira, realiza todos os exames necessários para a obtenção do diagnóstico. Assim, não se interna necessariamente o paciente para ter esclarecido o seu diagnóstico. Tudo transcorre com fluidez surpreendente. Destaca-se que o sistema de saúde desse país, apesar de queixas de seus usuários, preserva uma integridade, que, mesmo distante do desejável, possibilita atendimento respeitável e digno. Para tanto, cita-se um exemplo que permite o desencadeamento do bom funcionamento do Serviço. É possível a utilização de táxi pelo doente e seu reembolso pela seguridade

social. Dessa maneira, o doente chega ao Hospital-Dia do Pasteur no horário previsto e certamente, menos desgastado.

Outra situação freqüentemente observada é o fato de o doente ter exame agendado em local externo ao Instituto Pasteur. A ambulância chega à hora prevista, assim o exame, realizado em outro local, acontece na hora marcada.

Certamente essas situações não são enfatizadas ou mesmo observadas pelos clientes atendidos. Para eles, isso tudo é óbvio, e o mínimo a ser proporcionado ao indivíduo doente. A estranheza é um sentimento vivido por estagiários da área da saúde provenientes de países desprovidos dessas possibilidades. Embora pareça pouco, na prática, é uma preocupação que, se observada, desencadeará o bom andamento de etapas posteriores.

Tudo contribui para o bom funcionamento da unidade. O prontuário e a requisição de exames que seriam realizados no dia seguinte estão, na véspera, disponibilizados à equipe, que prepara o “kit” de atendimento ao cliente: prontuário, impressos de registros e bandeja utilizada na coleta de material para exames diversos.

É possível na unidade a realização de diversos exames; acompanhamento de projetos de pesquisa; quimioterapia; hemotransfusão; nebulização com Pentamidina (droga usada na prevenção e tratamento da pneumocistose), punção lombar, biópsia e aspirado de medula óssea.

É interessante ressaltar a presença de quartos individuais, consonante com marcante característica dos europeus. Ao contrário da experiência vivenciada no Hospital-Dia do CPqHEC, na qual os clientes preferem a permanência num “salão” único e o convívio com outros clientes, em Paris, a tônica é dada à privacidade.

Solicita-se pouco da equipe de enfermagem. Estranha-se quando ela se faz, com freqüência, presente nos quartos, em demonstração discreta de intolerância. Contudo num comportamento, que pode inicialmente ser interpretado pelo profissional latino como distante, percebe-se um atendimento humano, respeitoso e objetivo, pois pouco não significa ausência de exigência, característica muito presente. Como observação ilustrativa, em nosso país, em diversas situações, o cliente demanda a presença do profissional de saúde com regular freqüência, embora, não manifeste um comportamento tão exigente quanto ao do europeu.

O Hospital-Dia do Instituto Pasteur mantém ainda relação com o Serviço de Atendimento Domiciliar Terapêutico (ADT), extremamente consolidado na França, e funcionando em esquema de regionalização. O cliente acompanhado no Hospital-Dia pode ser encaminhado pela e para ADT de sua região administrativa.

Os clientes com cateter totalmente implantado (acesso venoso profundo para administração de medicamentos) têm-no ativado pela enfermeira da ADT no início da semana. Nos dias posteriores, o cliente se autocuida, e, no final da semana, ele mesmo retira a chamada agulha “rubber”, uma experiência bem sucedida na França. Observa-se que o cliente não só escuta atentamente as orientações médicas e de enfermagem como as segue rigorosamente. Daí o sucesso dessa dinâmica.

Destaca-se neste processo a possibilidade de um trabalho conjunto da unidade de hospital-dia com a assistência domiciliar terapêutica. Possibilidade viabilizada e oficializada em nosso país pela Portaria nº 130/1994, que preconiza a consonância das duas alternativas de atendimento ao doente de aids.

No que diz respeito à assistência propriamente dita, destaca-se que já naquela época observava-se o que posteriormente se tornaria predominante no atendimento aos pacientes de aids. Neste sentido, o

número de nebulizações com Pentamidina era reduzido, preponderando o esquema profilático com sulfametoxazol/trimetropim. Também não se realizava infusões de citovene (medicamento utilizado para infecções por Citomegalovírus) no Hospital-Dia, pois havia a droga com apresentação oral, ainda que já se soubesse que ela permitia com mais freqüência recidiva da infecção.

Enfim, ênfase era dada aos protocolos de pesquisas, procedimentos invasivos e hemotransfusão. Este último procedimento, além de sofrer os testes laboratoriais rotineiros, também era realizado pela enfermeira do Hospital-Dia, uma prova cruzada da bolsa de sangue imediatamente antes da hemotransfusão. O que, como no Brasil, apesar da não realização desta última etapa pelo enfermeiro, determina uma permanência mais longa no Hospital-Dia do cliente submetido à terapêutica.

Diante de uma ADT atuante, muitas situações eram para lá destinadas. Conseqüentemente, havia uma unidade de hospital-dia depurada, com internação disponível para os casos mais graves. Finalmente, o cliente atendido no Hospital-Dia do Instituto Pasteur pode ter um novo encontro agendado; ser encaminhado para consultas, atendimento domiciliar e/ou internação. Resultam desse estágio, além da experiência extremamente rica, o desenvolvimento do projeto proposto, e relatórios técnico-financeiros enviados ao Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis / aids. Além da obtenção de equipamentos para o Hospital-Dia do CPqHEC, a implementação de novas rotinas também faz parte dos resultados decorrentes desta experiência.

Hospital-Dia no contexto nacional

No Brasil, foram observadas há alguns anos, as primeiras iniciativas nesta modalidade de assistência, no âmbito psiquiátrico. Ao perceber-se que o doente mental não deveria ser afastado do seu núcleo familiar, estabeleceu-se, sob a forma de Hospital-Dia, um período de 72 horas em

que o paciente permaneceria no ambiente hospitalar antes de ser reintegrado à família. O paciente só era hospitalizado, caso fosse detectada real necessidade. No domínio da psiquiatria, inúmeros estudos foram incentivados, abrangendo o caráter assistencial da tecnologia, e/ou a relação custo/benefício. Contudo passaram-se anos sem novas adaptações desse tipo de atendimento a outras áreas da saúde.

Desde os anos 80 até a atualidade, vem acontecendo a denominada reforma psiquiátrica brasileira ou práticas renovadas em assistência psiquiátrica. Neste sentido, Teixeira (a) relata que *“desde 1981, o número de leitos psiquiátricos caiu 40% no país. Em contrapartida, nos últimos cinco anos, 109 hospitais-dia e núcleos de atenção psicossocial foram abertos em diferentes regiões do Brasil.”* (1997:4).

O setor Hospital-Dia do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ) foi implantado em agosto de 1987, *“tendo como finalidade o atendimento a uma população constituída por pacientes psicóticos, esquizofrênicos, num contexto que envolve também a participação familiar.”* (Furtado, 1994:18).

Aproximadamente doze anos se passaram sem o surgimento de novas unidades de hospital-dia em outras áreas igualmente carentes de medidas alternativas. Não fora a epidemia de aids, esse tipo de atendimento complacente às diversas patologias ter-se-ia restringido à área da psiquiatria. No entanto, numa demonstração de flexibilidade, essa modalidade assistencial permite a abrangência de diversas patologias e dispõe-se como um campo aberto às soluções criativas. Exemplifica-se essa característica em narração realizada a propósito do início do Hospital-Dia do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB – UFRJ):

“Juntamos nossos aportes inerentes ao estudo das assim chamadas “ciências humanas”, associando-os a profissionais de diferentes áreas: artistas plásticos, músicos, terapeutas corporais, sociólogos, educadores físicos, antropólogos, médicos, psicodramaticistas, terapeutas

ocupacionais, narradora de contos de fada, entre outros, com a finalidade de atender ao paciente adoecido mentalmente, sem visar com exclusividade a doença.”
(Furtado, 1994:16).

Diferenças entre as práticas de diversas unidades de Hospital-Dia constataam que este tipo de atendimento extrai, do local e da população a ser atendida, dados que determinarão as características de seu funcionamento. Alguns cuidados devem ser observados visto que, por vezes, a complacência existente em estruturas de unidades de Hospital-Dia propicia uma formação turva de sua identidade, que ora desenvolve ações características de um setor de emergência ora ações concernentes ao ambulatório.

Para tanto, mesmo diante da urgência de tomada de decisões em decorrência da gravidade da epidemia de aids, devem ser observadas as Portarias nº.93 e nº. 130 (Brasil a, b,1994), numa busca de normatizar minimamente o funcionamento de unidades de Hospital-Dia, evitando-se assim multiplicidade de identidades. Serão discutidos aqui os pontos que se destacam nestas Portarias. A Portaria n ° 93, diante da incidência e da prevalência da aids no Brasil, atenta para *“a necessidade de se implantar novas formas de tratamento ao paciente com doença AIDS, que facilitem a integração família-instituição e que dêem conta de variadas intercorrências ou terapêuticas que não necessariamente o tratamento com o paciente internado”*.(Brasil b,1994:8078). Esta Portaria entende como objetivos do Hospital-Dia os itens abaixo apresentados:

- *“Reduzir e auxiliar as necessidades de internações de pacientes em hospitais;*
- *Reduzir o tempo médio de permanência, facilitando a manutenção dos esquemas diagnósticos terapêuticos;*
- *Ampliar e agilizar procedimentos terapêuticos a nível ambulatorial;*
- *Integrar a família e o doente, quanto aos aspectos sociais;*
- *Oferecer campo de estágio para treinamento da equipe de saúde;*

- *Ampliar conhecimentos sobre a doença com participação de amigos e familiares do paciente” (Brasil b,1994:8078).*

Na prática observa-se que, de maneira geral, esses objetivos formam a estrutura de unidades de Hospital-Dia, talvez com pequenas diferenças, contudo perseguindo uma trajetória no sentido de observá-las.

Nem sempre a área destinada às instalações de uma unidade de Hospital-Dia segue o que preconiza a Portaria regulamentadora dessas unidades assistenciais. Na avaliação do Hospital-Dia da Fundação Benjamim Guimarães (Belo Horizonte-MG), os técnicos do M.S., ao detectarem pontos críticos e dificuldades no desempenho do setor, constataram que a área física de funcionamento do Hospital-Dia é insuficiente e apresenta deterioração das instalações físicas de alguns consultórios (M.S. d,1997:14). É importante ressaltar que o fato de existirem unidades funcionando de maneira inadequada, desde que não comprometam o atendimento ao paciente, denota uma atitude de busca de soluções, mesmo diante de adversidades encontradas.

A Portaria nº 93 ainda apresenta as seguintes indicações terapêuticas e diagnósticas:

- *“Biópsias.*
- *Punções.*
- *Oftalmoscopia.*
- *Colheita de exames de escarro, sangue, fluidos e outros materiais que se fizerem necessários.*
- *Radiologia.*
- *Laboratório de análise de urgência como sódio, potássio, uréia, creatinina, transaminases, hemograma, quimiocitológico líquorico com tinta da China, pesquisa de BK direto no escarro, Gram e outros” (Brasil b,1994:8078).*

Atualmente, mantém-se o desenvolvimento dessas ações no Hospital-Dia. Contudo diante de transformações observadas no panorama da epidemia, houve um aumento do espectro das ações no Hospital-Dia. O recrudescimento da tuberculose e o surgimento de novos medicamentos anti-retrovirais exemplificam esse fato. Ao mesmo tempo, observa-se que as atividades desenvolvidas no Hospital-Dia tendem a se nortear no sentido de uma atualização constante. Estar atento a essas mudanças é importante, visto que certamente determinarão novos objetivos e metas.

Esse movimento acontece em considerável velocidade, e, na urgência de medidas sempre atualizadas, não se observam novas adaptações possíveis numa alternativa previamente criada. As autoridades implementam programas e projetos com recursos financeiros expressivos, no entanto não dispõem de avaliações desses programas, após sua implantação. A propósito, Parker comenta:

“(...)ainda assim, apesar do expressivo nível de recursos que vêm sendo alocados internacionalmente para o controle da AIDS, e que deverão continuar sendo nos próximos anos, existe uma quase completa falta de qualquer tipo de análise ou avaliação independente sobre a eficácia dos programas e abordagens que vêm sendo desenvolvidos.”
(1999:9).

Ocorre também a dissonância entre os órgãos competentes e as ações adotadas pelas unidades federadas. Teixeira (b) (1997:61) atribui ao perfil centralizador do Programa Nacional de aids as dificuldades de interação com iniciativas vivenciadas em diversas unidades federadas. O mesmo autor exemplifica com a experiência do Centro de Referência e Treinamento de aids criada em 1988, buscando uma resposta à epidemia de aids:

“Desta forma, além de iniciar um intenso processo de capacitação dos profissionais de saúde do estado, esta instituição implantou modelo de atendimento e gerência que viriam a ser fundamentais para o estado e para o próprio país. Nesta categoria, devemos citar o hospital-dia e a central de vagas dos leitos públicos destinados aos pacientes de AIDS. Estas experiências, embora tenham repercutido e influenciado outros programas estaduais,

poderiam ter sido potencializadas se tivessem contado com uma articulação mais adequada por parte do Programa Nacional” (1997:61).

Assim, o risco acontece em dois sentidos, pode-se manter um projeto já ultrapassado, ou ainda pode-se extinguir um projeto considerado ultrapassado, com possibilidades de gerar opções e alternativas. Retomando as indicações terapêuticas de atendimento em Hospital-Dia, hoje algumas já não necessitam dessa alternativa assistencial, embora novas situações tenham surgido.

Veja-se o caso da tuberculose, que, segundo Castilho e Chequer:

“ao longo do período situado entre a notificação dos primeiros casos e o ano de 1993, é possível observar o incremento da relevância proporcional da tuberculose, cujas taxas resultantes da razão diagnóstico/caso registrado passam de 13,2% no período 1980-1984 para 17,6% no último quinquênio” (Castilho, Chequer, 1997:26).

O tratamento da tuberculose é um exemplo. O não seguimento do esquema terapêutico é um problema que tem encontrado soluções alternativas no Hospital-Dia, onde se implementam programas que acompanham integralmente o tratamento para tuberculose, criando mecanismos que facilitam o acesso do paciente ao hospital, contanto que ele se medique diariamente na instituição, o denominado Tratamento Diretamente Observado (DOT).

Vivencia-se outra situação com a entrada de novos medicamentos anti-retrovirais: a redução das indicações terapêuticas para Hospital-Dia, e esse processo já vem sendo observado. No entanto, surgem problemas decorrentes da adesão ao tratamento. A propósito, Vitória comenta:

“Entretanto, a não adesão ao tratamento anti-retroviral está diretamente relacionada com o desenvolvimento de resistência viral, com conseqüente falência terapêutica e surgimento de cepas virais multiresistentes. Assim, todo o imenso investimento na pesquisa e desenvolvimento de drogas anti-retrovirais, bem como na tecnologia necessária para o acompanhamento da eficácia desta terapia poderão ser perdidos, se não forem elaborados e padronizados

algumas estratégias que visem a aumentar a adesão do paciente portador do HIV/AIDS ao tratamento” (1998:15).

Nesse sentido, a dinamização na estrutura de funcionamento de unidades de Hospital-Dia é uma importante contribuição para tal finalidade. Uma característica marcante dessas unidades é a preocupação presente com a presteza no atendimento, considerando-se sempre as atividades cotidianas do paciente. Essa atitude encontra apoio em estudos que avaliam fatores que afetam a capacidade de adesão ao tratamento em pacientes com HIV/AIDS e que têm mostrado, dentre outras características, que *“a adesão ao tratamento diminui à medida que o regime proposto interfere nas atividades e estilo de vida do paciente”* (Vitória,1998:16). Esta alternativa assistencial permite aos pacientes de aids tratamento com ares hospitalares, ainda que *“desospitalizando-os”*. (Furtado,1994:16).

A distribuição espacial, em unidades de Hospital-Dia, é diferenciada, a começar pelo maior número de poltronas disponíveis em detrimento dos leitos tradicionais. O fato de o doente alojar-se em poltronas traduz para ele um menor grau de estado doentio, embora se possam utilizar camas para os casos de necessidade . A disposição conjunta das poltronas provoca uma atmosfera de sala de estar, em que os doentes trocam informações, idéias e experiências.

Quanto às de opções possíveis de desenvolvimento a partir da modalidade assistencial Hospital-Dia, a Portaria nº 130 preconiza o atendimento domiciliar como uma possibilidade alternativa, derivando do atendimento em Hospital-Dia (Brasil a,1994:11809). Entretanto, esse atendimento, quando procedente de unidades de Hospital-Dia, assume características próprias diferenciadoras da assistência domiciliar terapêutica propriamente dita.

Paulatinamente, forma-se uma rede de Hospital-Dia. Os hospitais-dia podem credenciar-se junto à Coordenação Nacional e/ou junto ao Sistema Único de Saúde (SUS). Uma vez credenciado, o Serviço pode emitir

Autorização de Internação Hospitalar/Hospital-Dia aids e receber recursos específicos do SUS. Totalizam-se hoje no Brasil 66 unidades de hospital-dia para atendimento de pacientes portadores do HIV/aids cadastrados. Segue abaixo o cartograma de HD no Brasil para melhor visualização.

Figura 2

Distribuição dos Hospitais - Dia (HD) para atendimento de pacientes portadores do HIV/aids cadastrados Brasil. Dezembro de 1999.



Fonte: <http://www.aids.gov.br/assistencia/hd.htm>

É importante ressaltar que diversas pequenas unidades de Hospital-Dia encontram-se em funcionamento pelo País. Contudo, por não apresentarem os critérios mínimos de enquadramento estabelecidos pelo MS, não são oficialmente cadastradas. Não obstante, o Ministério da Saúde aprecia essas iniciativas e reconhece que elas desempenham "um papel assistencial bastante importante no contexto de saúde local". ([http://www.aids.gov.br/assistencia/aids1/relativ alternativa.htm](http://www.aids.gov.br/assistencia/aids1/relativ_alternativa.htm)). Todavia,

esses Serviços não são quantificados pelo SUS, o que certamente prejudica o acompanhamento de pacientes atendidos em Hospital-Dia.

Analisando-se a distribuição de unidades de Hospital-Dia para aids, no Brasil, em relação ao comportamento da epidemia nas diferentes regiões, preliminarmente obtêm-se indicadores que retratam as políticas de saúde atualmente adotadas e fornecem dados que possibilitam estratégias futuras neste sentido.

Os comentários a seguir somente tratarão de unidades de Hospital-Dia cadastrados pelo Ministério da Saúde.

Na região Norte, observa-se que, o estado do Amazonas (1041 casos e 55,0 de coeficiente de incidência) e os estados de área geográfica menor, como Acre, Rondônia, Amapá, Tocantins não apresentam unidades de Hospital-Dia. Somente no Pará encontra-se uma unidade denominada Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecciosas Parasitárias Especiais (URE/DIPE). Explica-se o fato, visto que, dentre os estados que compõem esta região, o Estado do Pará tem apresentado os maiores valores na distribuição dos casos de aids, totalizando até junho/2000 1388 casos de aids, e 29,8 como coeficiente de incidência (taxa por 100.000 habitantes).

Na região Centro-Oeste, observamos 3 unidades de Hospital-Dia. No Mato Grosso do Sul, com 1795 casos de aids até junho/2000, a unidade localiza-se no Centro de Saúde Dr. Günler Hans. No Mato Grosso, que apresenta 1644 casos de aids, inexistem unidades de Hospital-Dia. Goiás e Distrito Federal têm cada um apenas uma unidade, localizadas, respectivamente, no Hospital de Doenças Tropicais, e no Centro de Saúde nº1. Goiás apresentou, até junho/2000, 3285 casos de aids, configurando-se como o estado com o maior valor em números de casos, seguido pelo Distrito Federal, com 2492 casos e 137,9 como coeficiente de incidência.

Na região Nordeste, 11 unidades de Hospital-Dia estão aí localizadas. No Maranhão, não se registra nenhuma unidade. No estado de Pernambuco, quatro unidades cadastradas (Instituto Materno Infantil de Pernambuco; Hospital Correia Picanço; Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco e o Hospital Oswaldo Cruz) atendem parte da população atingida, o que totaliza, até junho/2000, 4114 casos de aids com 57,9 como coeficiente de incidência. O estado que apresenta o maior nº de casos é a Bahia com 4283 casos e com um coeficiente de casos de 37,6/100 mil habitantes. Neste estado, encontram-se duas unidades de Hospital-Dia: uma no Hospital Professor Edgar Santos e outra no Centro de Referência em DST/aids. O Piauí, o estado da região Nordeste com o menor nº casos registrados (661 casos), apresenta uma unidade no Hospital de Doenças Infecto-Contagiosas.

Na região Sul, 14 unidades são encontradas. O Rio Grande do Sul, com 9 unidades, é o estado com o maior nº de casos da região (13204 casos e 148,9 coeficiente de incidência). Seguido do Paraná, com 7607 casos e uma única unidade de Hospital-Dia, no Hospital Oswaldo Cruz /ISEP - Hospital-Dia aids. Em, Santa Catarina há 7388 casos registrados e 4 unidades para aids

Na região Sudeste, concentram-se 37 unidades de Hospital-Dia, distribuídas entre o estado do Rio de Janeiro, com 15 unidades, estado de São Paulo, com 17, estado do Espírito Santo, com 03 unidades, e, finalmente MinasGerais, com 2 unidades para aids. Justifica-se a maior concentração de unidades nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro por causa dos altos índices de casos de aids nesses estados. No estado de São Paulo, registraram-se, até junho/2000, 91319 casos e 283,5, como coeficiente de incidência, No estado do Rio de Janeiro, presenciaram-se 28219 casos de aids e 208,2, como coeficiente de incidência. O estado do Espírito Santo apresenta o menor valor para o nº de casos, contabilizando 1926 casos e 3 unidades.

A Tabela I reúne as macroregiões do País, a distribuição dos casos de aids e os coeficientes de incidência, acompanhados do nº de unidades de Hospital-Dia para aids cadastradas existentes nos diversos estados.

Tabela 1: Distribuição dos Casos de aids e Coeficientes de Incidência (taxa por cem mil habitantes), segundo período de diagnóstico (1991 até 03/06/00) local de residência e unidades de Hospital-Dia.

UF/Macroregião	Distribuição dos Casos de AIDS e Coeficientes de Incidência		Unidades de Hospital Dia aids (número)
	Número	Taxas	
Brasil	190949	132.1	66
Norte	3320	36.4	01
Rondônia	280	32.3	0
Acre	105	26.2	0
Amazonas	1041	55.0	0
Roraima	135	115.5	0
Pará	1388	29.8	01
Amapá	155	65.9	0
Tocantis	216	22.5	0
Nordeste	16950	40.9	11
Maranhão	1303	26.1	0
Piauí	661	25.5	01
Ceará	3048	49.1	01
Rio Grande do Norte	950	42.4	01
Paraíba	1049	33.3	01
Pernambuco	4114	57.9	04
Alagoas	844	35.6	01
Sergipe	698	50.7	0
Bahia	4283	37.6	02
Centro-Oeste	9216	102.1	03
Mato Grosso do Sul	1795	103.4	01
Mato Grosso	1644	98.5	0
Goiás	3285	86.2	01
Distrito Federal	2492	137.9	01
Sudeste	133264	210.0	37
Minas Gerais	11800	77.4	02
Espírito Santo	1926	78.9	03
Rio de Janeiro	28219	208.2	15
São Paulo	91319	283.5	17
Sul	28199	131.0	14
Paraná	7607	91.5	01
Santa Catarina	7388	170.1	04

Rio Grande do Sul	13204	148.9	09
-------------------	-------	-------	----

*Dados preliminares até 03/06/2000

**Fonte: 1) M.S. h,2000:26;27.

2) <http://www.aids.gov.br/assistencia/hd.htm>

Apesar de a região Sudeste apresentar as maiores taxas de incidência, percebe-se hoje o seu menor ritmo de crescimento. A propósito, " *A análise das figuras 3 e 4 permite perceber a nítida expansão da doença do litoral Sudeste para as regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte*". (M.S.,2000:4,5).

Figura 3

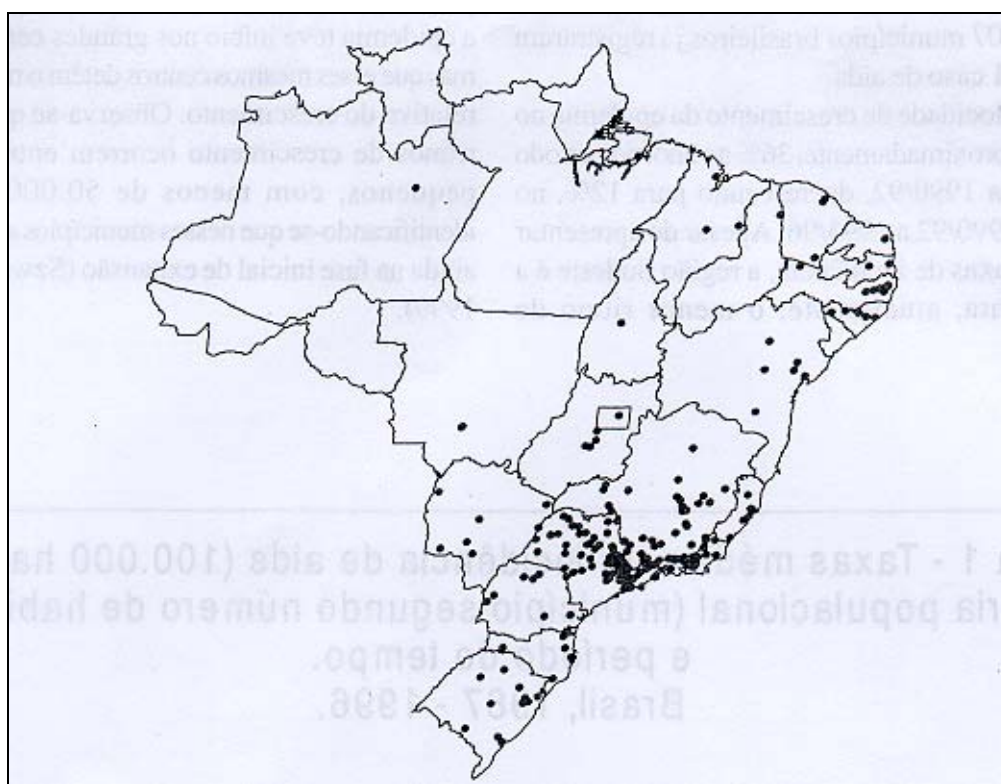


Figura 3: Distribuição espacial dos municípios com pelo menos um caso de aids registrado. Brasil, 1980 – 1986.

Figura 4



Figura 4: Distribuição espacial dos municípios com pelo menos um caso de aids registrado. Brasil, 1994 – 2000.

*Fonte:M.S.2000:4;5.

Enfim, discussões sobre os impactos das políticas, programas ou projetos sempre deverão integrar o panorama da epidemia de aids, que, entretanto, podem ser aplicáveis a várias outras doenças de caráter subagudo e crônico, infecciosas ou não. As discussões propostas e mudanças decorrentes da epidemia de aids evidenciam avanços, mais palpáveis naqueles diretamente atingidos pela doença. Não obstante a presença de respostas menos positivas na atenção preventiva em detrimento àquelas encontradas no tratamento, Mattos enfatiza que *“tampouco se justifica, diante das evidências de impacto positivo, não reforçar e não tentar consolidar as propostas que visam assegurar o acesso ao diagnóstico e à terapêutica da AIDS.”* (1999:84).

A implantação de Serviços decorrentes de Programas Assistenciais Alternativos, como dito anteriormente, vem acontecendo paulatinamente no país. As portarias ministeriais de nº 93 de 31/05/94 e 130 de 03/09/94 legitimaram essa forma de atendimento, suas atividades, instalações físicas, funcionamento, e equipe mínima necessária à sua implementação. Respeitando-se as normas e portarias preconizadas pelo Ministério da Saúde, constitui-se uma Unidade cujo funcionamento, além dos serviços de enfermagem e médico, depende do apoio dos serviços de nutrição, psicologia médica, farmácia, serviço social, patologia clínica e radiologia.(Brasil,1994:11809/8078). Essa unidade realiza atividades de assistência clínica, diagnóstica e terapêutica, incluindo ações de prevenção. É ela uma unidade hospitalar com características mescladas do atendimento ambulatorial e da internação, funcionando no período diurno, e somente em dias úteis, na qual, num período de permanência que oscila, segundo a necessidade clínica de cada cliente, obtêm-se exames necessários, diagnóstico de infecções e acompanhamento profilático e terapêutico.

A implementação de novas unidades de Hospital-Dia vista hoje pelo Ministério da Saúde como uma política pública de saúde a ser adotada (M.S.b,1998:7). Na França, essa modalidade de atendimento é perfeitamente inserida no seu sistema de saúde. Observa-se aí, de imediato, a repercussão dessa prática, ao constatar-se o grande número de leitos hospitalares disponíveis.

Estreitamente ligados aos aspectos anteriormente mencionados estão os fatores econômicos. Sabe-se que o atendimento em Hospital-Dia é menos oneroso, contudo pouco se tem aprofundado na avaliação sócioeconômica de uma unidade como o Hospital-Dia. A confecção de um sistema de custos deve ser considerada parte integrante da dinâmica de uma unidade de Hospital-Dia, além de ser um campo fértil para a investigação.

No Guia para Elaboração de Relatórios de Avaliação de Desempenho para Hospital-Dia elaborado pelo Ministério da Saúde (c), um depoimento a respeito de unidades de Hospital-Dia ilustra parcialmente a experiência vivenciada nesse atendimento:

“Baseada na experiência de países mais desenvolvidos, esta proposta, além de propiciar mais conforto e suporte emocional aos pacientes, que têm oportunidade à noite de retornarem ao aconchego da família, é favorável economicamente ao SUS, proporcionando uma boa redução de custos para o referido sistema “ (1997:5)

Entre os fatores que motivaram autoridades e profissionais de saúde a estimular a criação tanto de serviços ambulatoriais especializados para aids como também a implantação de medidas alternativas de tratamento, como o hospital-dia e a assistência domiciliar, estão os econômicos.

No aspecto social, as disparidades observadas nos programas e estratégias de tratamento da aids ainda estão presentes, apesar de com menos expressão em relação à encontrada nos períodos iniciais da epidemia. Estimativas de 1990, apresentadas por Médici, relatam que “ 89% do gasto mundial com tratamento tenham sido despendidos com menos de 30% da população que manifestou a doença, somente no quadro dos países desenvolvidos (EUA e EUROPA).” (1994:326).

No que concerne aos custos relacionados à prevenção, ao tratamento e à investigação da aids, apesar da existência de altos investimentos, são observadas disparidades entre os diferentes níveis. Este fato parece ocorrer devido ao desconhecimento e/ou a inserção diária de aspectos novos da epidemia. Sabe-se que o importante alvo de ação se localiza na educação e na prevenção. Entretanto as menores parcelas de investimento são sempre direcionadas para o domínio da prevenção.

Enfim, observam-se avanços expressivos nas políticas públicas relativas à aids no Brasil. No entanto, o país não conseguiu atuar significativamente no combate ao crescimento da epidemia. Diante da diversidade de fatores imbricados, que culminam no panorama complexo

hoje observado na saúde pública, a aids representa um agravante no Sistema de Saúde, salientando a ineficácia e baixa resolutividade de Programas atualmente existentes.

Os profissionais e as instituições engajados em programas de prevenção e controle da aids no Brasil destacam ações a ser desenvolvidas nas diversas áreas estratégicas no combate à aids: área de vigilância; área de assistência; e área de prevenção. E ações que respondam às questões jurídicas e de caráter político-administrativo. Ênfase também é dada à promoção e apoio à pesquisa.

No que diz respeito à área de serviços, a política de assistência aos pacientes portadores do HIV/aids procurou enfatizar a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e a racionalização de recursos humanos e financeiros. Neste sentido, diante do crescimento da demanda assistencial, o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa de Alternativas Assistenciais. Cunha explica o seu fundamento:

“Este Programa baseou-se em Projetos de implantação de Serviços, alternativos à assistência convencional, que apresentassem conceitos individualizados de níveis de atenção, resolubilidade diagnóstico-terapêutica e que estabelecessem mecanismos de referência e contra-referência com os Serviços da rede pública de saúde”. (1998:7).

Em caráter ambulatorial, criou-se o conceito de Serviço de Assistência Especializada (SAE); em atendimento hospitalar convencional, implementaram-se alternativas de assistência como Hospital-Dia (HD) e Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT). Estabeleceu-se para os SAEs a composição de equipes com profissionais capacitados tecnicamente em aids; farmacêuticos com domínio em armazenagem e dispensação de medicamentos; ginecologistas treinados para o atendimento de mulheres portadoras do HIV/aids; pediatras especializados no atendimento de crianças infectadas ou expostas ao HIV; oferecimento ou referenciação do

atendimento odontológico e ainda manutenção de mecanismos de referência e contra-referência quando houver necessidade (Cunha,1998:12/13).

O Hospital-Dia desenvolve atividades diagnósticas-terapêuticas que viabilizam a assistência aos pacientes com indicações de intervenções em ambiente hospitalar. A Portaria n.130 – 03/08/1994, que estabelece diretrizes e normas para a implantação de tratamento em hospital-dia ao paciente com aids, apresenta em suas normas características que diferenciam essa alternativa assistencial, a saber:

“A instituição de hospital-dia na assistência ao paciente/AIDS representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral” (Brasil, 1994:11809).

Não obstante as singularidades dessas alternativas assistenciais, o atendimento realizado deveria ser prestado por equipes multidisciplinares que promovessem uma assistência humanizada e de qualidade ao paciente e sua família. Enfim, prestar ao paciente portador do HIV/Aids uma assistência digna, e não só aos doentes com essa patologia mas aos atingidos por outros males, e sempre livre de preconceitos. No Seminário de Políticas Públicas de Saúde relacionadas à aids, Camargo, ao falar das perspectivas na área, salienta:

“Foi ressaltada a importância do desenvolvimento de alternativas baseadas na experiência local, na vivência cotidiana, e não nos grandes modelos que se pretendem universais. Os planos pré-fabricados, impostos de cima para baixo, tendem à ineficácia de suas ações, especialmente em situações como a do HIV/AIDS, que claramente dependem de uma intensa participação social.” (1995:8).

O Ministério da Saúde propôs um período de 5 anos para a implantação/implementação da rede de Serviços Alternativos (M.S., b,1998). Várias iniciativas no sentido de implantação de novas unidades de Hospital-Dia, partiram, no entanto, de motivação individual, por vezes sem auxílio financeiro do MS. É interessante ressaltar esse fato, visto que ilustra a viabilização de projetos baseados na realidade de cada instituição que os promovam. O risco da paralisia das ações diante da dimensão da epidemia é grande, daí a importância da compreensão de que medidas simples são possíveis, mesmo que sofram ajustes posteriores.

Configuração do Atendimento do Hospital-Dia do CPqHEC

O Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas

A maneira contundente com que a aids se comporta ao longo de sua existência provoca não somente na sociedade mas também nos profissionais da área de saúde repercussões conturbadoras. Com o agravamento das situações com dimensões sociais, culturais, econômicas, políticas, éticas e legais, naturalmente houve a busca de novas alternativas visando ao enfrentamento da epidemia. Diante da abrangência e heterogeneidade de situações decorrentes desse impacto, repensar diferentes maneiras de enfrentar a síndrome tem se transformado num desafio constante. Assim, os profissionais da área de saúde e a sociedade têm-se voltado para a questão, com menor ou maior grau de preocupação, interesse ou engajamento.

Com a evolução crescente do número de casos de aids, o atendimento em HIV/aids, inicialmente concentrado em poucos hospitais, incluindo-se entre eles o Hospital Evandro Chagas, sofreu uma difusão, não se limitando aos ambulatórios específicos para a doença. Na cidade do Rio de Janeiro, hospitais que já vinham prestando assistência aos portadores do HIV/aids, como o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, o Hospital dos Servidores do Estado, o Hospital Rocha Maia, na urgência de medidas alternativas, não somente oficializaram seus atendimentos através dos denominados Serviços de Atendimento Específico como também passaram a oferecer recentemente atendimento em caráter de Hospital-Dia.

Nesse contexto, a Fundação Oswaldo Cruz situa-se na AP-3, que, dentre as áreas programáticas, é a que comporta maior número de bairros, compreendendo os subúrbios da cidade, intensamente ocupados, com uma estimativa populacional de 2.323 983 milhões de habitantes (IPLAN-RIO, 1993/1994).

A Instituição abriga o atual Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas (CPqHEC), que tem sua história iniciada em 1907, quando o construtor Luiz de Moraes Junior projetou um hospital de isolamento a ser construído em Manguinhos. O relato abaixo registra características que o hospital teria naquela época:

“Segundo a fachada e a planta baixa, datadas de 17 de junho de 1907, este pequeno hospital, de linhas singelas e elegantes, ergue-se, também, sobre um embasamento de pedra, conformando uma estrutura elíptica que integra três corpos independentes. Os dois corpos laterais da elipse são seccionados, respectivamente, em sete quartos isolados e um oitavo segmento destinado às instalações sanitárias. Cada quarto compreende dois ambientes: o de seção maior para o isolamento propriamente dito, o de seção menor para lavabo e vestiário, disposição que possibilitaria a atenção individualizada ao doente e o controle asséptico de tudo o que entrasse em contato com ele.” (Benchimol, 1990:214).

No entanto, este projeto não se concretizou. Somente após alguns anos, Oswaldo Cruz angariaria recursos para a construção desse hospital moderno localizado em Manguinhos. A finalidade que deu origem à empreitada no início do século passado continua sendo o *leitmotiv* do CPqHEC, outrora Hospital de Manguinhos. Naquele momento o pesquisador intencionava proporcionar ao hospital *“material humano para os estudos clínicos e experimentais não só das doenças contagiosas de base urbana como daquelas que reinavam endemicamente no interior do Brasil”*. (Benchimol, 1990:215).

Em 1912, sendo liberado um crédito dirigido à pesquisa e tratamento da Doença de Chagas, iniciaram-se as obras destinadas à construção do hospital. Contudo, no ano seguinte, os trabalhos foram interrompidos por falta de verbas. Somente com a repercussão da morte de Oswaldo Cruz, no ano de 1917, novos recursos foram disponibilizados para a conclusão das obras. O relato de Henrique Aragão dá conta das características e sinais de modernidades presentes no então hospital recém construído:

“Grande amigo de aperfeiçoamentos e inovações (...) que, então, julgando ser utopia, chamávamos

de jacintadas... resolveu introduzir neste pavilhão (...) os melhoramentos indicados na época ao fim a que se destinava o edifício. Sua imaginação neste caso expandiu-se num projeto inédito naquele tempo, qual o de refrigerar as duas enfermarias do pavilhão. Com esse fim, para obter o melhor isolamento do calor externo, o pavimento que deveria comportar as duas enfermarias foi construído sobre um porão de menos de 2 metros de altura, havendo em cima do teto um forro, de maior elevação, para protegê-lo contra o calor solar direto mediante um colchão de ar no espaço assim formado, no qual numerosas aberturas, semelhantes às existentes no porão, facilitavam a renovação do ar. As janelas podiam ser fechadas hermeticamente e uma larga varanda protegeria as paredes laterais do prédio contra a insolação direta. No porão foram instaladas máquinas refrigeradoras e uma câmara frigorífica com tubulações nas quais esfriava o ar a ser lançado por meio de grandes ventiladores e largos condutores de madeira para dentro das enfermarias, à temperatura desejada, automaticamente regulada. A refrigeração chegou a funcionar com satisfatório resultado, mas por ser extremamente dispendiosa em relação às nossas verbas, teve de ser suspensa por ser antieconômica para uso constante. Ela foi, sem dúvida, precursora em matéria de ar-condicionado, assunto que somente muitos anos depois pôde alcançar a solução prática e relativamente econômica atualmente em uso.”
(1950)

Ao contrário dos avanços tecnológicos presentes na atualidade, o Hospital somente desfrutou de uma moderna tecnologia no período de sua construção. Desde então, por várias intempéries passou o atual Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas. Vivenciaram-se dificuldades e transformações decorrentes de aspectos políticos, econômicos, sociais, epidemiológicos, culturais, enfim uma infinidade de fatores que imprimiram na imagem do hospital a marca constante de luta e perseverança para lidar com conjecturas impeditivas sempre reatualizadas.

Por ocasião da construção do hospital, depararam-se com problemas os quais continuam na atualidade. O antigo Hospital de Manguinhos, após a morte de Evandro Chagas em 1941, Hospital Evandro Chagas, departamento do Instituto Oswaldo Cruz, assim permaneceu até

recentemente (1999), quando adquiriu sua autonomia técnico-científica, assumindo a denominação de Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas (CPq-HEC). Porém, para chegar até esta etapa, passou, sobretudo nas décadas de 60 e 80, por situações críticas. Com reduzido número de funcionários, o esboço que se delineava era o de um futuro sem grandes expectativas, chegando-se a cogitar o fechamento do Hospital. No entanto, a opção foi a sua reestruturação.

E assim se deu início a uma nova fase do hospital, simultaneamente com o surgimento da aids, que, por um lado acentuava a crise instalada, e por outro, prestava-se também como uma alavanca desencadeadora de mudanças em diversas áreas, determinando doravante, um novo perfil na saúde, educação, sociedade, enfim comportando-se como um marco referencial.

O CPqHEC, especializado em doenças infecciosas, *“se diferencia dos demais onde se faz pesquisa e ensino porque nele a pesquisa clínica é a fonte geradora da demanda de serviços clínicos e laboratoriais e de ensino.”* (Marzochi, 1999). O Hospital iniciou a assistência à aids em 1986 e atendeu 1762 casos de HIV, no período de 1988 a 1997. Seu perfil de trabalho é voltado para a pesquisa, perpassando pela assistência ambulatorial, em hospital-dia e na internação, estendendo-se às ações de prevenção e educativas, voltadas não somente para a família e paciente com aids mas também aos profissionais de saúde.

Ressalta-se que embora a Fiocruz esteja inserida na área de abrangência mencionada anteriormente isso não significa delimitação de suas ações a essa população. Fato constatado pela procura dos serviços oferecidos pelo CPqHEC não só por indivíduos moradores nesta área como também pelos residentes de outras APs. Justifica-se essa busca de atendimento no CPqHEC não apenas o fato de situar-se entre o centro da cidade e a baixada fluminense, conferindo-lhe grande disponibilidade de transportes urbanos mas também os trabalhos que o Hospital vem desenvolvendo e consolidando no que concerne à aids, desde o início de

1987. Hoje o Hospital, apesar das dificuldades compartilhadas com outros setores da saúde, tem sua missão bem definida:

“Estudar as doenças infecciosas, através de programas de atendimento integrados a projetos de pesquisa, e realizar atividades de ensino interdisciplinares e multiprofissionais, voltados para a recuperação, promoção de saúde e prevenção de agravos.” (Marzochi, 1999).

Ações vêm sendo adotadas no combate à aids desde o reconhecimento no Brasil do aspecto epidêmico da síndrome, que ocorreu inicialmente em 1983. Desde então, medidas diversas foram tomadas no combate à epidemia. Paralelamente às investigações que buscassem clarear a epidemia, estavam os programas de prevenção e controle; profissionais da área de saúde foram treinados ou envolvidos de alguma maneira na busca de soluções para a questão. Desencadeou-se um processo de difusão maciça de informações à população que, contudo, por medo ou não valorização dos fatos, sublimou a gravidade da situação.

Mesmo não conseguindo açambarcar as demandas provenientes da epidemia, recursos financeiros expressivos foram alocados nas diversas atividades pertinentes, e destinadas ao combate à aids. Surgiram as ONGs, por vezes com papel confuso, mas mesmo assim consolidando sua importância em diversos aspectos.

O comportamento da aids no CPq-HEC tem igualmente sofrido transformações, em consonância às observadas no panorama geral da doença no país e no mundo. No momento em que a doença se instalava no Rio de Janeiro, com perspectivas de avanço galopante, o então HEC reestrutura-se para fazer frente às exigências da assistência a essa nova doença no ano de 1986, transformando-se completamente quanto a sua infra-estrutura de serviço para atendimento multiprofissional e de diagnósticos especializados. Graças ao apoio recebido através de contrato de co-gestão com o então INAMPS, foi possível oferecer as condições necessárias para uma assistência adequada também nas outras nosologias

infecciosas que antes eram atendidas precariamente. A nova estruturação voltava-se, paralelamente, para o desenvolvimento da pesquisa clínica dentro de uma visão abrangente, partindo do paciente e de seu contexto. Com o tempo foram criadas novas alternativas de serviços como Hospital-Dia em 1993 e a assistência domiciliar.

O Hospital-Dia do CPqHEC

Para a compreensão ampla do processo de atendimento em Hospital-Dia do paciente de aids, buscar-se-ão historicamente as raízes do nascimento do hospital, tal como ele nos é apresentado hoje, assim como as transformações sofridas no transcorrer dessa trajetória. Pretende-se com isto observar o percurso entre os conceitos estabelecidos outrora e as mudanças que culminam com novas teorias de transformação organizacional. Nessa trajetória situar-se-á a estrutura da unidade de Hospital-Dia do CPqHEC, com melhor consolidação do entendimento de seu conceito e de seu futuro como modalidade de atendimento. Percebe-se-á, então, com esse retorno ao passado que fatos ocorridos no final do século XVIII apresentavam indícios de propostas alternativas de tratamento.

Em suas origens, o hospital não tinha o objetivo de curar, era uma instituição que assistia os pobres. A equipe hospitalar era composta de pessoas caridosas leigas ou religiosas, como relata Foucault, em Conferência sobre a História Social da Medicina:

“Dizia-se correntemente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. E o pessoal hospitalar não se destinava fundamentalmente a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação. Era um pessoal caritativo- religioso ou leigo – que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna.” (1974:4).

A hospitalização acumulava as funções de assistência e de apoio espiritual, o hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova ocorrida no final do século XVIII. Um movimento

igualmente observado, nesse período, no domínio da psiquiatria, que surge como uma primeira especialidade médica e o primeiro tipo de medicina especial. Fato que Teixeira (a) confirma: *"assim, no Brasil como além-mar, a psiquiatria é um corolário da construção do Hospício"*. (1997:3).

Nesse sentido, a exemplo do que ocorreu na psiquiatria, pode-se considerar a aids como *corolário da construção* de unidades de Hospital-Dia, sobretudo nos últimos anos. Numa conceituação inicial, visto que doravante será paulatinamente aprofundada, o Hospital-Dia é uma estrutura assistencial, alternativa e segura, voltada para o atendimento às diversas situações emanadas de várias afecções (aids, neoplasias, distúrbios psiquiátricos, etc...) que dispensam internação hospitalar mas que demandam acompanhamento da equipe multidisciplinar, com regular freqüência e infra-estrutura concernente. O cliente lá permanece num período que pode oscilar entre 1 a 5 horas de atendimento.

No passado, encontram-se relatos indicadores de um atendimento que se assemelha às alternativas hoje criadas. Com a mesma intenção atual naquela época buscava-se também facilitar a vida de doentes pobres, procurando-se substituir o Hôtel-Dieu por hospícios distribuídos pela cidade. Dessa maneira, facilitava-se, por um lado, o acesso aos hospitais e, por outro, como insinuam-se idéias incipientes de regionalização do atendimento, hoje tão bem praticada e sucedida na França. Somam-se a isto as características iniciais de uma unidade de Hospital-Dia, que se entrevêm no relato de Foucault, a propósito desse momento histórico de transformação:

"Deveria haver em cada Hospício uma grande sala, onde aqueles com necessidade de consulta, pudessem instalar-se diariamente. Distribuir-se-ão neste local medicamentos. Esta sala, em invernos rigorosos, teria ainda um outro objetivo, o de abrigar pobres trabalhadores, que aí receberiam pão e seriam aquecidos durante um período do dia" (s/d: 41/42). "Tradução nossa"

Nesse sentido, o autor ao relatar o desenvolvimento dos trabalhos na construção de um novo hospital, afirma que os comissários responsáveis pelo empreendimento vislumbravam três alternativas no que concernia à saúde urbana. É nesse momento que se delineia o hospital tradicional, o hospício, e ainda, como alternativa, a assistência domiciliar. O autor sintetiza *"Vemos somente três meios de cuidar dos pobres doentes: o primeiro, é tratá-los em suas próprias casas; o segundo, é recebê-los no hospício; e o terceiro, é reuni-los em grande número num ou vários hospitais."* (s/d: 34). "Tradução nossa"

Dessa maneira o autor chama a atenção para as três figuras que surgem: a assistência domiciliar, o hospício, e os hospitais. Esse momento corrobora a biografia do hospital que compreende várias situações que continuamente determinam, no passado e no presente, novos perfis.

Outro aspecto trata de perguntas de ordem econômica que se formulam hoje e que também fizeram parte do cenário vivido no século XVIII. Naquele momento indagava-se qual era o objetivo que se buscava alcançar construindo um hospital. A resposta era aliviar o sofrimento do pobre doente, tratá-lo com o máximo de cuidado, conciliando tudo isso com o máximo de economia possível (Foucault, s/d:38).

No que concerne à repercussão socioeconômica da aids percebe-se o seu impacto na medicina, no cotidiano, no comportamento sexual, na economia, na política, na educação, na arte, enfim em vários âmbitos, ainda não totalmente dimensionados. À medida que os fatos ocorrem, se tem uma imagem, sem muita nitidez da realidade. Contudo esforços não têm sido medidos, e, apesar dos avanços significativos nas políticas públicas relativas à aids no Brasil, ainda necessita-se de medidas eficazes, com respostas mais expressivas nesse campo.

A aids afeta sobretudo a população em idade adulta, com prognósticos preocupantes para economia e mercado de trabalho nos países mais comprometidos. Observa-se que, diante das dificuldades relacionadas ao tratamento da doença, mesmo os pacientes com condições

de trabalhar, enfrentam momentos que os impedem de continuar suas atividades, ora parcial, ora totalmente.

Concretamente, essa situação se traduz na economia em perdas drásticas, e Medici estima:

*“Considerando que a magnitude da população brasileira entre 15 e 60 anos representa algo em torno de 76 milhões de indivíduos e que o produto médio per capita anual desta população alcança cerca de 5.920 dólares anuais, estima-se que, se a epidemia de AIDS atingir 0,6% da população brasileira em idade ativa, haverá uma perda de 2,7 bilhões de dólares anuais, quando a doença se manifestar em todos os infectados.”
(1994:326).*

Existem ainda as perdas de difícil atribuição de valor. Culturalmente falando, de profissionais que tiveram suas obras abortadas, seja por impedimento decorrente de deficiência física, seja por impedimento pela letalidade, somente se consegue mensurar parcialmente a repercussão dessa falta através do vislumbramento retrospectivo de seus trabalhos.

Buscando soluções para a diversidade de situações surgidas com a epidemia, unidades de hospital-dia foram sendo implementadas. Apesar de perfeitamente adaptada às necessidades contemporâneas, as unidades de hospital-dia não são modalidades de assistência recentemente criadas.

Na história da aids, deparam-se ora atitudes paternalistas, que na realidade não o conseguem ser na sua plenitude, ora a ausência de atitudes. Sem muito controle da situação, por razões óbvias, o doente de aids, mergulhado na sua realidade complexa, torna-se vulnerável diante de uma trama compartilhada por diversos setores, atingindo, todavia, seu ponto máximo no aspecto da saúde.

A propósito, Dâmaso (1992:213) formula questões pertinentes e aguçadoras: *"Por que nos transformamos em consumidores ingênuos, em pacientes resignados e em cordeiros mistificados? Por que perdemos o controle da nossa saúde, caindo vítimas da doença descontrolada?"* De acordo com o mesmo autor, o doente

de aids, muitas vezes no receio de não conseguir sustentar a sua realidade, entrega a sua própria responsabilidade ao outro por um certo preço. (1992:217).

Busca-se com o atendimento do paciente de aids em Hospital-Dia, garantir autonomia relativa do cliente, no seu sentido mais amplo, e atenta-se para esta atitude, praticando-se ações que convirjam nesta direção. A propósito, ainda segundo Kikushi (*apud* Dâmaso1985:2,5):

“A Essência que diferencia o homem da máquina é a força, que o primeiro tem, de auto-renovar-se. Esse é o segredo do organismo vivo insuperável: ele se renova, realizando a sua própria manutenção e fazendo funcionar seus bilhões de células sem outros recursos materiais além do ar atmosférico, da água e do alimento diário. (...) (Todo tratamento) deve ser indireto, preventivo e educacional. As terapias alopáticas podem eventualmente ser utilizadas, mas somente da maneira mais simples possível, oferecendo o máximo de independência ao doente. (...) E não torná-lo condicionado, mental e fisicamente, a remédios, consultas, aparelhos sofisticados, programas e sistemas de saúde” (1992:222).

No tratamento da aids, encontrar o ponto ideal de condução do panorama traçado pela síndrome tornou-se um desafio. Por vezes, profissionais de saúde com o objetivo de exterminar as repercussões negativas provenientes da aids culminam por atingir também o indivíduo acometido pela doença, em seus mais diversos aspectos. Acontece mesmo a piora do estado do doente.

Ao comentar a possibilidade de se vivenciarem melhoras nos quadros de doenças, como efeito indireto da interrupção da assistência e dos tratamentos, Kikushi (*apud* Dâmaso,1985:17) afirma:

“ A gente vê que somente 10% das pessoas morrem de doenças enquanto as outras 90% morrem de remédios. O remédio mais eficaz deve ser aquele que em quantidade mínima apresente o resultado máximo. Estamos falando do remédio mais natural e não de remédio químico, mais drástico. Há médicos que têm um relacionamento muito pouco respeitoso com o doente, receitam

três, quatro remédios para que um deles funcione, como se estivesse jogando na loteria esportiva, marcando triplo. Se um acertar, está bom, e se não der certo, muda, sem se importar se vai prejudicar ainda mais o organismo da pessoa” (1992:228).

Nos casos de aids, nem sempre é possível se respeitar o preceito acima relatado, no entanto considera-se importante refletir sobre o fato e viabilizar mudanças futuras no tratamento do doente. As modalidades alternativas de atendimento à aids procuram estar atentas a essas questões e apresentam resultados positivos, apesar dessas informações ainda serem superficiais. Como se deu o início de unidades de Hospital-Dia e como estas unidades vêm se comportando no enfrentamento da aids são questões importantes e que exigem aprofundamento.

Deve-se estimular juntamente com a implantação/implementação de Hospital-Dia, o incremento de processos de avaliação que estimem com real eficácia a relação custo/benefício das ações desenvolvidas tanto em Hospital-Dia como em Assistência Domiciliar Terapêutica.

Em 1994, estruturou-se rusticamente a unidade de Hospital-Dia (CPqHEC-FIOCRUZ). Com as constantes transformações no comportamento clínico da aids, ocorreram de maneira crescente infecções oportunistas que demandaram da instituição medidas terapêuticas diversas, inclusive a parenteral por tempo indeterminado. Impôs-se, portanto, uma alternativa que viesse a solucionar os problemas nascentes dessa realidade. Naquela etapa deu-se início às atividades concernentes ao Hospital-Dia na sala de estar da Enfermaria do HEC, em curto intervalo de tempo foram observados resultados altamente positivos, surgindo pois a necessidade de ampliar o atendimento em instalação física destinada exclusivamente ao setor.

Nesse período, surgem com grande frequência indivíduos acometidos por infecções oportunistas por citomegalovirus (CMV), com manifestação gástrica, cerebral e/ou ocular. Esse tipo de infecção

significava, naquele momento, que o paciente iria precisar de administração parenteral diária de medicamento por tempo indeterminado, ou seja, por toda a vida, essa conduta era a disponível. Atualmente, através de exames específicos que avaliam a carga viral do CMV, detectam-se os casos que não mais necessitam desse medicamento. Por vezes, o indivíduo retorna a fazer uso da medicação, no entanto o importante é o avanço realizado no sentido de novas possibilidades terapêuticas, estando-se hoje menos acorrentado que outrora.

O Hospital-Dia do CPqHEC tem como finalidade minimizar os transtornos causados pela doença, como uma modalidade de atendimento assistencial a pacientes previamente agendados, uma alternativa para a questão internação, amplamente indesejada. A motivação geradora dessa unidade de Hospital-Dia deve-se ao conhecimento de experiências positivas neste campo no domínio da psiquiatria, no Rio de Janeiro, e em Paris (França), onde as unidades atendem a pacientes com comprometimento oriundo das diversas patologias, compreendendo situações clínicas ou cirúrgicas.

Naquele momento, a prática conduzia às medidas alternativas que solucionassem essas situações, já que o número de casos vinha aumentando consideravelmente. A princípio, os doentes permaneciam internados, entretanto, logo em seguida organizou-se provisoriamente o atendimento desses doentes na sala de televisão da enfermaria do Hospital e/ou nos leitos de UTI, quando se encontravam livres.

De fato, essa iniciativa aconteceu como uma prévia de uma nova modalidade de atendimento, assim como uma primeira etapa pertencente a um plano que se concluiria com a implantação do hospital-dia. Acrescenta-se aí o fato de que as mudanças sofridas pela epidemia desde o seu início, são expressivamente sentidas e vivenciadas pelos profissionais que trabalham diretamente com portadores do HIV/aids.

Desse modo, após este período em que o Hospital-Dia temporariamente funcionava na enfermaria, no ensejo da data mundial de luta contra aids, no dia primeiro de dezembro de 1994, iniciou-se o atendimento em caráter de Hospital-Dia em novas instalações, que, apesar de inadequadas, se apropriavam de um espaço físico unicamente destinado à nova modalidade assistencial.

Ao se iniciarem as atividades de Hospital-Dia, ainda na enfermaria, o trabalho era considerado algo menor, sem expectativas de consolidação do serviço, apesar da demanda presente. Para o Hospital, de maneira geral, a idéia de uma nova atividade não era bem vista pelos funcionários, murmuravam que o setor serviria temporariamente para somente resolver alguns casos de internação, que, no entanto acabavam prolongando-se na enfermaria por ausência de solução alternativa. Outros ainda cogitavam não haver número de clientes que justificasse a abertura de uma nova atividade. O leito-dia, como era denominado na época, tinha data marcada para encerrar suas atividades, era a expectativa que predominava naquele momento. É interessante observar que experiências em diversas áreas consideradas inovadoras sempre acolhem ao menos parte das pessoas responsáveis pelas inovações, que apresentam características propulsoras. Estas certamente garantem com tenacidade projetos considerados, desde sua geração, irrelevantes ou fadados ao insucesso.

À expectativa, agregavam-se as indagações a respeito da validade de esforços voltados para uma doença desconhecida e avassaladora. Enfim, muita polêmica até se conseguir um espaço, mesmo que provisório, que abrigasse a nova unidade. Discutia-se a área física destinada, com alegações de que era muito grande para a proposta.

Sentimentos como esses sempre foram vivenciados diante de grandes mudanças. Presenciam-se elas em dossiê realizado a partir de pesquisas em documentos sobre a instituição hospitalar em Paris (França) no final do século XVIII, Foucault retrata fielmente a definição de hospital

que se tinha naquele momento e, ao mesmo tempo, as suas transformações, ao afirmar:

“Que o hospital não tenha sempre sido um equipamento, quadriculando um espaço habitado abrigando uma população adequada, que ele tenha durante muito tempo menos visado à saúde dos indivíduos do que procurado aí açambarcar a ociosidade, que no futuro ele não tenha realmente nem cuidado nem produzido o saber médico, hoje se sabe disto e tem-se conhecimento dos termos essenciais de sua definição moderna: hospital que controla e que cuida, acolhe os doentes de um setor, e procura fazer funcionar as normas de saúde(...)” (s/d:prefácio) "Tradução nossa"

A preocupação presente naquela época com as instalações e objetivos do hospital então vigentes fez que os profissionais envolvidos buscassem alternativas condizentes com a evolução e surgimento de novos conceitos em saúde. Para tanto, perguntas como a que população endereçar o atendimento hospitalar; como ele se instalaria; deveria ou não ser especializado; e seus objetivos, foram formuladas traduzindo claramente as dúvidas e incertezas características de um período de mudança (Foucault,s/d:prefácio).

À medida que se retorna à história do nascimento do hospital, deparam-se situações freqüentes que, transportadas para a contemporaneidade, retratam de certa maneira a evolução ocorrida nas instituições hospitalares de nossos dias, e que também proporcionaram transformações em nosso sistema hospitalar, impulsionando à criação de atendimentos alternativos.

Espelhando-se no passado, e continuando na atualidade, idas e vindas foram necessárias nas negociações do espaço. Finalmente, no CPqHEC, conseguiu-se local razoável para início das atividades. Enveredou-se, depois, para aquisição de móveis, e novos empecilhos foram encontrados. Tudo muito improvisado e aparentemente temporário. Contudo, contava-se à época com o auxílio de alguns médicos que, por sua vez, tinham acesso a uma instituição de apoio às questões relacionadas à aids.

Sabia-se naquele momento do êxito que esses tipos de unidades vinham obtendo no âmbito da psiquiatria. Estas, com características próprias tinham 7 anos de existência, e as experiências estrangeiras igualmente revelavam resultados positivos procedentes dessas modalidades, não somente em psiquiatria como também em outras especialidades. Médicos do CPqHEC já haviam estagiado no Hospital-Dia do Instituto Pasteur. Esses, em fóruns pertinentes, enfatizavam a importância da implantação da nova modalidade.

Nesse momento, as planilhas de pacientes agendados eram acompanhadas visando à avaliação do comportamento do setor, e de sua real utilidade. A equipe, à luz de uma modalidade de atendimento alternativo, criava novas situações possíveis de serem lá acompanhadas. O desfecho viria meses depois, quando o Hospital-Dia se consolidou como uma alternativa à hospitalização convencional. Compreende-se que a resistência encontrada se justifica pela decorrência de diversas demandas, ora a sociedade como um todo clama mudanças, ora razões econômicas impulsionam as instituições a diferentes trajetórias, ou ainda devido ao comportamento e surgimento de novas doenças. Novos “doentes” também surgem, ou seja, num momento a sociedade era acometida por epidemias. Outras fases mostram-se como sendo um período marcado pela doença individual.

Com o advento da aids, ocorre a retomada de um momento epidêmico, como mais recentemente aconteceu com o recrudescimento da tuberculose, considerada, no início do século XIX, o “mal romântico” (Herzlich, 1984:48). E, assim como outrora, também hoje encara-se atônito a atual realidade, com ares de um passado que se acreditava definitivamente desaparecido.

De alguma maneira estes fatos se correlacionam. O hospital do século XVIII que se prestava a acolher pobres, ao invés de curar doentes. As epidemias que mobilizam a sociedade. Queixas de outrora, com posterior

mudança do papel do hospital. Queixas contemporâneas dos doentes de aids, e novamente o surgimento de mudanças nas estruturas de atendimento hospitalar.

Situações desagradáveis são freqüentemente vivenciadas pelos pacientes de aids, por vezes reportam, mesmo que de modo atenuado, uma possível realidade vivida, pelos pobres e loucos, aprisionados nos hospitais, antes de sua reforma.

Continuando a demanda de buscar na história pregressa do hospital fatos que fundamentem as mudanças ocorridas hoje, encontram-se na afirmação de Foucault o fator básico que acarretou a medicalização do hospital e o devir da medicina hospitalar: " *O primeiro fator da transformação foi, não a busca de uma ação positiva do hospital sobre o doente ou a doença, mas simplesmente a anulação dos efeitos negativos do hospital.*" (1974:6).

Transportando-se para atualidade, o relato conciso e contundente de Bernardet ilustra o sentimento de um doente de aids atendido numa modalidade assistencial tradicional "*(...) preciso sair desse limbo dos pré-mortos para aonde vou sendo empurrado, o que vai me matar não é a doença, é a rede que está se fechando em volta de mim, os doentes na sala de espera, os conselhos amigos, os corredores dos serviços públicos (...).*" (1996:12).

Este depoimento diz respeito à possibilidade que unidades de Hospital-Dia viabilizaram aos doentes de aids o afastamento daqueles em estado crítico. Antes, o paciente de aids, ainda em bom estado físico e emocional, convivia nas salas de espera, juntamente com os pacientes mais graves, e antevia situações que poderiam ser vivenciadas por ele.

De maneira geral, percebe-se que o doente de aids representa, hoje, o doente do século XVIII, que não era doente, e sim pobre, o que significava ser alocado e receber atenção em local inadequado.

O doente de aids, sobretudo no início da epidemia, era invariavelmente internado, mesmo os que não demandavam esse tipo de

assistência. Nessa época, o ambulatório para aids ainda apresentava um atendimento embrionário, e por outro lado, não havia unidades de Hospital-Dia. Acreditava-se também que seria necessário aprisioná-los, desejo igualmente compartilhado outrora. Foucault, mais uma vez, descreve de maneira objetiva os valores vigentes nesta época.

“Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência, como também, de separação e exclusão. O pobre, como pobre, tem necessidade de assistência, e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente, tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo por ele representado.” (1974:4).

Observar com atenção fatos passados e saber como atualizá-los em nossa realidade têm sido preocupação de várias categorias profissionais, sobretudo no que diz respeito à aids, que constantemente altera o seu comportamento.

Vive-se hoje um paradoxo marcado de um lado por avanços tecnológicos e o desenvolvimento da engenharia genética, e, de outro, por uma parcela grande de indivíduos ainda vivendo em condições precárias e desumanas. Motta (1998:X) mostra claramente em dois momentos de sua discurso: *“avanços nas técnicas médicas e na engenharia genética já prevêem um prolongamento razoável da vida humana.”* Em seguida, o mesmo autor continua, ilustrando uma situação vivida concomitantemente com a situação anteriormente apresentada:

“Apesar de todo o desenvolvimento tecnológico, para a maioria das pessoas a vida tem se alterado muito pouco. Dois terços da população do planeta não tem qualquer acesso a serviços telefônicos, mesmo o mais tradicional e simples, e mais de dois terços da humanidade jamais consultaram um médico ou compraram um remédio. Serviços domiciliares de água e esgoto são um privilégio de uma minoria como também o são os sistemas modernos de transporte e o acesso à educação e à cultura.” (1998:XI)

Respeitando-se às diferenças entre o século XVIII e o século atual, encontra-se fatos igualmente relatados no passado. Equacionar estes paradoxos tornou-se um desafio para todos aqueles que se encontram envolvidos em mudanças definitivas, sobretudo na área da saúde.

Propostas inovadoras e criativas que sugerem bons resultados são apresentadas por Motta. O autor ressalta que, para mudar, deve-se perceber o quanto acumulamos de conhecimentos obsoletos adiando, assim, a adesão ao futuro, e propõe:

“Inovar é introduzir a novidade de tal forma a deixar explícito que alguma tecnologia, habilidade ou prática organizacional se tornou obsoleta. Inovação traz a visão do progresso, carrega a conotação da virtude e do mais bem realizado. Transformar é criar um novo modelo de organização e produção; significa alterar as próprias premissas sobre a realidade e compreender a mudança como fundamental para o êxito organizacional. Transformar significa suspeitar do comum e do óbvio; desconfiar das armadilhas do benchmarking e não querer copiar ninguém; e questionar todas as dimensões organizacionais para dar margem à novidade e a novas fontes de sucesso.” (1998:XIV).

No século XVIII, a procura de mudanças era acompanhada de inquéritos, de viagens investigatórias e também de observação criteriosa do momento em que se estava vivendo (Foucault,1974:1,2). Hoje, para Motta, a situação é mais complexa e portadora de várias facetas:

“Estudar a mudança não é só procurar unidade e coerência entre modelos, mas enriquecer-se no conhecimento de suas variedades, superposições e complementações. Todos os modelos são parciais, mesmo quando se apresentam como genericamente válidos; todos são necessários, mesmo quando se proclamam suficientes.” (1998:XVI).

No passado, a reorganização hospitalar se traduzia principalmente através de duas características: nova distribuição espacial e regulamentação do funcionamento do hospital profundamente inserido através do registro,

que permite observação, e conseqüente supervisão mais apurada do doente (Foucault, sem data:43). “Tradução nossa”

Num novo salto no tempo, o hospital-dia igualmente sofre mudanças na distribuição espacial, previamente estabelecida pela internação, assim como propicia um acompanhamento semelhante ao dos serviços ambulatoriais. Para Philipon “(...) o Hospital-Dia permite a diminuição de transtornos para o paciente, com segurança e qualidade de assistência, comparáveis às da internação.” (1993).

A nova distribuição espacial hospitalar observada no século XVIII trazia consigo preocupações com a individualidade e com a infecção hospitalar. Este aspecto é destacado por Foucault, com base nas informações colhidas nos textos do francês Tenon, que realizou viagens-inquéritos patrocinadas pela Academia de Ciências:

“Encontra-se, também, na pesquisa das relações entre fenômenos patológicos e espaciais. Tenon, por exemplo, investiga em que condições espaciais os doentes hospitalizados por ferimentos se curam mais rapidamente e quais as vizinhanças mais perigosas para eles. Estabelece, então, uma correlação entre a taxa de mortalidade crescente dos feridos e a vizinhança de doentes atingidos por febre maligna, como se chamava na época. A correlação espacial ferida-febre é nociva para os feridos. Explica, também, que, se parturientes são colocadas em uma sala acima de onde estão os feridos, a taxa de mortalidade das parturientes aumenta. Não deve haver, portanto, feridos embaixo de mulheres grávidas.” (1974:2,3).

Essas características, também fazem parte das preocupações atuais dos projetos de implantação de unidades de hospital-dia. Um dos fatores de fomento da criação de Hospital-Dia diz respeito ao cuidado de se evitar um longo tempo de internação, pois o doente pode vir a adquirir infecções hospitalares.

Outro aspecto positivo é a possibilidade de permanência no mesmo local de parentes e amigos acompanhando os doentes. Este fato é

confirmado pelo Dr. Queinnec, do Hospital-Dia para crianças do Centro Hospitalar Laval, em depoimento ao jornalista Lemoine, em que retrata um ambiente descontraído e livre de tantas regras impostas no setor de internação “*vários adultos circulam efetivamente, com aparência descontraída, nos locais. Eles passam pela copa, preparam um café, depois se juntam novamente a seus filhos. A mãe permanece durante a coleta de sangue, deste modo passa mais rápido para as crianças*”.(1989:92). “Tradução nossa”

É nesse espírito que as unidades de Hospital-Dia devem procurar espelhar-se. Alguns clientes permanecem na unidade por certo intervalo de tempo, outros retornam diariamente, mesmo assim evitam a dolorosa e estressante solidão da noite no meio *inospitaleiro* (neologismo do entrevistado que pede desculpas pela expressão). (Lemoine,1989:92).

No início do ano de 1995, o Hospital-Dia do CPqHEC, funcionando acanhadamente, atendia, sobretudo, aos casos de infecção por CMV, pacientes destinados à quimioterapia com Ganciclovir se tratavam diariamente no setor. Ressalta-se que atualmente esse tratamento tem um custo mensal de U\$1.020, incluindo-se aí as doses referentes ao tratamento de ataque (2x ao dia-14-21 dias) e, posteriormente, 1 vez/dia, estes valores não incluem o tratamento de infusão (Barlett e Gallant, 2000:345). Em seguida, ampliou-se o atendimento para as consultas intermediárias entre a alta hospitalar e a consulta ambulatorial. Isto se dava em decorrência da sobrecarga ambulatorial, pois, não fora o Hospital-Dia, o cliente esperaria por um longo período a consulta posterior à internação.

Ofereceu-se atendimento aos clientes com indicação de hemotransfusão, antibióticos endovenosos, quimioterapias e hidratação parenteral. As nebulizações açambarcavam situações voltadas para a profilaxia de pneumonia, e os casos terapêuticos propriamente ditos. Com o tempo, a profilaxia realizada com Pentamidina foi, e vem sendo cada vez mais, substituída por outra droga não inalatória. Este procedimento exige,

contudo, de uma unidade de atendimento com características físicas exclusivas que serão ainda aqui descritas.

Concomitantemente ao atendimento em Hospital-Dia, realizava-se também Atendimento Domiciliar Terapêutico (ADT). A Assistência Domiciliar Terapêutica presta cuidados e realiza visitas domiciliares aos pacientes portadores do HIV/aids. Estes são indicados para essa alternativa assistencial ao necessitarem de cuidados específicos, no entanto, por motivos clínicos ou socioeconômicos, encontram-se impossibilitados de deslocar-se aos serviços de saúde. (M.S. d,1997:17).

A propósito, a Portaria nº 130 preconiza o atendimento domiciliar, como uma atividade a ser desenvolvida a partir da modalidade assistencial Hospital-Dia. (Brasil a,1994:11809). Entretanto, esse atendimento, quando procedente de unidades de Hospital-Dia, assume características próprias que o diferenciam da assistência domiciliar terapêutica propriamente dita.

Todavia somente foi possível manter a visita domiciliar até agosto de 1995, em virtude do número limitado de funcionários e a ausência de um planejamento que vislumbresse o atendimento regionalizado, o que culminou com a inviabilização da atividade. Entende-se o porquê da preconização pelo Ministério da Saúde dessa modalidade de atendimento, essa Instituição recomenda que *“o serviço de hospital-dia seja regionalizado, atendendo a uma população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial.”* (Brasil a, 1994:11809). A regionalização da atenção à saúde é certamente uma medida, que, apesar de difícil estruturação, concretizaria planos de otimização da assistência.

Interrompida o ADT, concentraram-se esforços que fomentassem o crescimento do trabalho desenvolvido em Hospital-Dia propriamente dito. Outrossim, açambarcaram-se os principais projetos de pesquisa naquele momento em desenvolvimento no hospital.

Respeitando-se as mudanças ocorridas no panorama clínico da aids e as sucessivas transformações que se deram na estrutura do Hospital-Dia do CPqHEC, são concretamente desenvolvidas as seguintes atividades: administração de quimioterápicos; antibioticoterapia e outras drogas endovenosas; hemotransfusão; nebulizações preventivas e terapêuticas para pneumocistose; consultas de reavaliação; coleta de material para exames laboratoriais; biópsias; punção lombar; aspirado e biópsia de medula óssea e ainda acompanhamento dos pacientes inseridos nos diversos projetos de pesquisa realizados no setor. Pretende-se, mesmo, que, no futuro, no Hospital-Dia o paciente realize todos os exames necessários para a obtenção do seu diagnóstico algo hoje viável apenas parcialmente. Essa etapa, sendo totalmente concluída no Hospital-Dia, reduzirá ainda mais o número de internações.

Ênfase é dada ao desenvolvimento de pesquisa em aids, com acompanhamento no Hospital-Dia do CPqHEC. Aproveitando o fato de o Hospital ter o perfil de pesquisa, fomenta-se ainda mais a realização de pesquisas no setor, o que determina uma situação singular: a consolidação de uma unidade de Hospital-Dia com normas e diretrizes voltadas para o desenvolvimento de estudos; imprimindo-lhe, portanto, uma identidade não difundida entre outras unidades de Hospital-Dia. Dentre os estudos acompanhados no Hospital-Dia do CPqHEC, destacam-se os seguintes projetos: Micobacteremia em pacientes com aids; Definição de caso de tuberculose em pacientes infectados pelo HIV; Caracterização de subtipos do HIV através da técnica de hetero duplex; Incidência de DMAC em pacientes com aids em estágio avançado; Transmissão Vertical; Projeto na área de educação x auto-cuidado do paciente de aids e sua família.

Paralelamente à realização das atividades acima relatadas e às novas situações trazidas ao atendimento em Hospital-Dia, a tônica do trabalho desenvolvido voltava-se para aspectos sutis de um atendimento que sempre teve como meta principal a singularidade na atenção dirigida ao cliente. Assim, atitudes por vezes consideradas sem grande importância

eram paulatinamente introduzidas e encorajadas no cotidiano do setor. A seguir, descrevem-se exemplos que retratam esse tema. À luz desse objetivo, procurava-se atender ao cliente, agendado previamente, o mais rápido possível. Uma meta óbvia e aparentemente simples de alcançar. No entanto, vários percalços são encontrados até o ideal. Têm-se hoje diversos depoimentos de clientes que, em se tratando de atendimento em setor privado ou em instituições públicas, apresentam queixas sobre a demora no atendimento. Este item tornou-se um indicador de aferição da satisfação do usuário de diversos serviços de saúde. Souza e Pereira, ao apresentarem aspectos considerados relevantes para os pacientes, destacam “(...) o curto tempo de espera para consulta (inferior a 20 minutos)(...)”. (1999:34).

Acredita-se que, ao se abreviar o atendimento, o cliente viverá com menos intensidade a sua doença, sobretudo aids que veio carregada de estigmas. Outrossim, entende-se estar-se contribuindo para possibilidades de maior integração do cliente na sociedade, visto que, diante da agilidade de atendimento, ele viabiliza propostas de trabalho ou mesmo intensifica o convívio com familiares e amigos.

Observa-se que novos hábitos são incorporados à dinâmica do Hospital-Dia, por exemplo, impressos utilizados no setor são adaptados às exigências como meio de controle. Para tanto, aproveitando-se o Planejamento de Objetivos e Metas (estratégia administrativa adotada pela Fiocruz), estipulou-se a meta que visava a diminuir o tempo de atendimento ao cliente assistido no Hospital-Dia do CPqHEC. Através de uma planilha, obtêm-se registros do nome do cliente, seu registro, data do atendimento, hora de chegada e saída do Hospital-Dia. Estima-se uma média de duração prevista para cada tipo de atendimento recebido pelo cliente. Detectada na planilha a média ultrapassada, é possível o rastreamento das intercorrências, o diagnóstico da procedência da demora no atendimento ao cliente, e, finalmente, a busca de soluções.

Outro fator recentemente somado às estratégias que reduzem o tempo de espera do cliente é a consulta médica com hora marcada. Conduta rechaçada por diversos profissionais, e a princípio desacreditada pelos clientes. Estes, inicialmente, continuavam chegando ao setor com horas de antecedência, baseando-se em fatos clássicos que sempre reforçaram as filas, sobretudo em serviços públicos, como o término de distribuição de senhas e o medo de não encontrarem mais horário para o seu atendimento. Num período de transição, o cliente pode duvidar da mudança, em seguida, surpreso, ajusta-se à mudança. Mesmo diante da inversão hoje presente nos serviços de saúde, os resultados provenientes dessas medidas, que deveriam fazer parte do mínimo oferecido, são surpreendentes. Repercute para o serviço e para o cliente, culminando em ausência de fila de espera, otimização do atendimento, maior confiabilidade e adesão do cliente em relação ao serviço e ao seu tratamento.

Sabe-se hoje que a adesão do cliente a esquemas terapêuticos que compreendem diversas drogas é uma questão relevante na assistência ao doente portador do HIV/aids. A propósito, Vitória enfatiza que:

“Todo o imenso investimento na pesquisa e desenvolvimento de drogas anti-retrovirais, bem como na tecnologia necessária para o acompanhamento da eficácia desta terapia poderão ser perdidos, se não forem elaboradas e padronizadas algumas estratégias que visem aumentar a adesão do paciente portador de HIV/aids ao tratamento.” (2000:1).

Dentre os diversos fatores que afetam a capacidade de adesão ao tratamento em pacientes com HIV/aids, vários são passíveis de serem contornados ou trabalhados em unidades de Hospital-Dia. No CPqHEC paulatinamente se busca criar situações que fomentem a adesão ao esquema terapêutico. Vejamos alguns exemplos de fatores apresentados por Vitória:

“A adesão ao tratamento diminui a medida que a complexidade (número de drogas, número de

comprimidos e número de doses ao dia) e a duração do esquema proposto aumentam;

A adesão ao tratamento geralmente é menor se a comunicação e a interação entre o paciente e o profissional de saúde é deficiente.” (2000:2).

Esses são alguns fatores alvos que servem para consolidar estratégias no atendimento ao cliente do Hospital-Dia. O cliente, ao receber a prescrição médica, é orientado primeiramente pelo profissional médico sobre como tomar as drogas prescritas, segue, depois, para a farmácia para adquirir o medicamento e é novamente orientado. De volta ao Hospital-Dia, sofre novos esclarecimentos realizados pela equipe. O cliente é ainda agendado para uma data próxima, quando o médico avalia o andamento do tratamento e enfatiza a importância da adesão. Trabalhos sobre o tema demonstram que estratégias para uma boa adesão ao tratamento são mais eficazes quando aplicadas nas primeiras semanas após o início, determinando igualmente bons resultados no futuro do tratamento.

Apesar de as instalações serem inapropriadas, no transcorrer dos anos, a equipe vem fortalecendo idéias marcantes que determinam um atendimento diferenciado. Seguindo essa trajetória, membros da equipe do Hospital-Dia estagiaram na França, em Hospital-Dia e Assistência Domiciliar, fomentando no retorno não só o incremento do atendimento em Hospital-Dia, como também estimulando investigações científicas na área.

Considerando-se o período de 6 anos de funcionamento do Hospital-Dia do CPqHEC, e a média de 2167 atendimentos/ano, obteve-se expressiva experiência nessa área. O quadro abaixo retrata o crescimento do número total de atendimentos no Serviço e a parcela destinada à assistência aos clientes com HIV/aids.

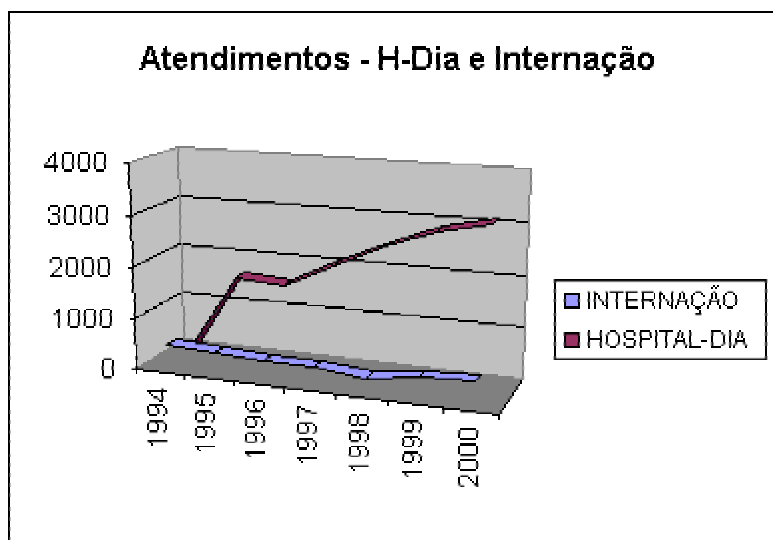
Ano	Nº de Atendimentos em Hospital-Dia	
	Total	Cientes HIV/aids
1994	71	71
1995	1633	1633
1996	1568	1568
1997	2056	1792
1998	2509	2365
1999	2867	2662
2000	3090	2985

Fonte: Serviço de Estatística e Documentação do CPqHEC.

Destaca-se que, no transcorrer desses anos, o Hospital-Dia assistiu uma clientela composta de 95,83% de indivíduos HIV/aids. O trabalho desenvolvido diariamente com o paciente e a família repercute em diversos indivíduos direta ou indiretamente envolvidos. Esse movimento tem-se dado não só em direção aos pacientes e famílias como também tem influenciado profissionais da área de saúde que passaram pelo serviço.

Percebem-se mudanças gradativas ocorridas no funcionamento do Hospital-Dia, com repercussões para o ambulatório e a internação. No atendimento ambulatorial, as consultas antes concentradas nesse setor, são atualmente distribuídas com o Hospital-Dia, cabendo a ele as consultas de avaliação pós-alta. Quanto à internação, este setor demanda os casos de real necessidade de hospitalização, transformando as características da enfermaria, que passou a concentrar os pacientes mais graves.

Figura 5



Fonte: Serviço de Estatística e Documentação do CPqHEC-1º.semestre/2000.

No que concerne aos pacientes, a transformação se dá inicialmente de maneira discreta, ainda no interior do Hospital-Dia, para, em seguida, se expandir até o cotidiano do paciente, respeitadas as suas limitações. Ou seja, trabalhando, estudando, enfim, vivendo, e se contextualizando na sociedade.

No concernente ao aspecto econômico, a expectativa atribuída aos projetos de HD e ADT era a de reduzir o nº de internações hospitalares, e a permanência nos leitos hospitalares, vislumbrando a redução de gastos pelo SUS.

Trabalhos que investigam os custos da unidade de Hospital-Dia do CPqHEC ilustram os aspectos positivos proporcionados por essa modalidade de atendimento. Os resultados aqui apresentados procedem do processo piloto de implantação do Sistema de Informação e Monitoramento de Custos (SIMC) da pesquisa, ensino e assistência ao paciente de doença infecto-parasitária.(Costa a,1999).

No relatório do SIMC de janeiro de 2000, o autor esclarece que foram atendidos durante este mês, no CPqHEC, 1882 pacientes, sendo 93,46% no Ambulatório, 4,41% no Hospital-Dia e 2,13% no setor de Internação. Dentre as diversas patologias, no programa de aids, 404 pacientes foram atendidos no Ambulatório, 64 no Hospital-Dia e 17 na Internação. No que diz respeito aos custos totais, o Ambulatório teve um custo de U\$228.960,81; o Hospital-Dia U\$ 11.426,29 e Internação U\$ 36.963,98 – Valores para Janeiro/2001.(Costa, 2000). Em apresentação realizada no CPqHEC (agosto/2000), a propósito dos resultados condensados no relatório do SIMC, a direção responsável pela Unidade se manifestou positivamente na ênfase ao atendimento em Hospital-Dia, visto que, comprovadamente, trata-se de uma alternativa mais econômica.

Em análise de custos realizada no Hospital Clementino Fraga Filho, que também esclarece a procedência da elevação de custos observada no tratamento de pacientes de aids, Castilho e Chequer apontam:

“O custo médio por paciente-dia de um paciente internado no Hospital Clementino Fraga Filho foi de US\$ 359,67. Os custos diretos (pessoal, material e exames) representam 76% do total e o restante é composto pelos custos indiretos; a composição dos custos diretos demonstra que os gastos com pessoal representam quase a metade dos custos médios de um paciente com AIDS. Os maiores gastos com pessoal são relativos à enfermagem e não aos serviços prestados por pessoal médico (...)” (1997:37).

Enfatiza-se, portanto, a participação desse atendimento na melhor qualidade de vida de pacientes de aids e no incremento de uma relação menos traumática com sua família e/ou pessoas diretamente envolvidas. Essa modalidade de atenção, dentre várias características, apresenta um traço considerado relevante pelo doente de aids e pela família. Trata-se da questão da autonomia. O ambiente do Hospital-Dia se configurando-se com características de segurança, estimula o doente a assumir ações que, desencadeadas, consolidam um comportamento de independência, ao mesmo tempo em que proporciona mais leveza nas relações aids X doente X família.

Após sucessivas idas e vindas ao século XVIII, percebe-se a relevância de se olhar o passado, não somente o mais próximo, mas também o mais remoto, e buscar fatos e experiências que, trazidos para atualidade, facilitam a melhor compreensão dos fenômenos atuais e possibilitam a antevisão de situações futuras, para que se potencializem as chances de obtenção de sucesso em situações tão adversas como as que são vividas atualmente.

Vislumbra-se, então, o alargamento do conceito de Hospital-Dia, visto que visivelmente se trata de uma modalidade de assistência facilmente adaptável a diversas situações. Outrossim é uma medida alternativa de tratamento para os portadores de HIVaids adotada como uma política de saúde bem sucedida.

A estrutura física do Hospital-Dia

O espaço físico inicialmente conquistado para abrigar a então nova unidade assistencial surgida no CPqHEC em 1994 atendia razoavelmente a expectativa que se tinha naquela época. Igualmente destacado da unidade de internação, como continua até então, o Hospital-Dia tinha três salas geminadas que compreendiam o escritório da equipe, o “salão” com poltronas de atendimento, onde se alojava também o posto de enfermagem, e um compartimento com três leitos acanhadamente acomodados. Uma sala imediatamente ao lado das salas geminadas destinava-se às nebulizações e aos exames de escarro induzido (exame destinado à coleta de escarro com o auxílio de prévia nebulização).

Esse espaço por um ano acomodou as instalações do Hospital-Dia. No entanto, o setor no seu começo tinha uma agenda composta de oito a dez clientes, e, como referido anteriormente, a expectativa de não crescimento. É fato que, para aquele momento, o espaço bastava, apesar de não seguir algumas das normas exigidas para arquitetura hospitalar.

Contudo, diante da urgência de medidas, tratava-se do que se tinha de exequível naquele momento.

No início do ano de 1996, por motivo de obras no local, deslocou-se a unidade para outras salas (antiga engenharia) que, apesar de serem no mesmo prédio, tinham melhor aspecto, por apresentarem amplas janelas que davam para o verde da área lateral ao CPqHEC. As salas anteriores eram completamente claustrofóbicas, contando com constante iluminação artificial. Agora, no entanto, havia janelas, mesmo que várias delas fossem de vidro envidraçado, recebia-se a iluminação natural, o que permite por vezes apagar as luzes, criando um ambiente mais repousante.

Nesse momento, observavam-se o crescimento da unidade e a sua consolidação como atendimento alternativo às formas convencionais de tratamento. O número de clientes crescia, e a possibilidade sempre renovada de ações se apresentava.

Esse local continua sendo o atual endereço do Hospital-Dia, Pavilhão 26, atrás da unidade de internação do CPqHEC. A construção pertence ao Instituto Oswaldo Cruz (IOC), outrora a Unidade que contemplava como departamento o Hospital Evandro Chagas. Hoje, o prédio que igualmente abriga o Hospital-Dia em precárias condições de funcionamento aloja modernos laboratórios do IOC, concebidos à medida que outros setores do CPqHEC aí localizados eram depauperados não só pelo desgaste do local como por obras vizinhas. Este pavilhão comporta ainda os Serviços de Psicologia e Oftalmologia do CPqHEC, que também se encontram na ala antiga do prédio, um apêndice, aguardando a mudança dos Serviços para a sua retirada.

Retratando-se o local, tem-se uma imagem caótica, não fora o cuidado no interior dispensado aos clientes, certamente seria uma experiência desastrosa. Como um indivíduo cego que, ao perder a visão, hipertrofia os outros sentidos, a mesma sensação vivencia-se no trabalho

desenvolvido pela equipe. Esta, na ausência de uma estrutura física digna, concentrou-se na qualidade do atendimento e suas implicações.

Eis o retrato do setor. A entrada do prédio que dá acesso ao Hospital-Dia é assustadora, na estrutura, a tinta velha e cimento desenham, com os canteiros de obras aí instalados, um cenário que traduz os sinais de pressa para sua demolição: mistura de esqueleto de prédio com sua parte vizinha concluída. O contraste acentua-se, sobretudo, com a bela entrada destinada aos laboratórios do IOC. O cliente que adentra pela primeira vez no Hospital-Dia percebe naturalmente essa situação. Pergunta-se na entrada que tipo de atendimento se terá no interior, partindo-se do princípio de que o *hall* é inacabado ou em processo de demolição. No térreo, concentram-se tapumes, passagens improvisadas, maquinarias de construção, e, mais adiante, cadeiras em frente à porta do Hospital-Dia, tentando-se criar a ambiência característica de uma sala de espera.

No interior, a primeira sala, em forma de L compreende uma área de 22 metros quadrados, com 5,71 metros de comprimento e 3,94 metros de largura, destinando-se ao posto de enfermagem e ao chamado “salão” de atendimento. Na entrada, encontra-se a bancada com lavatório e prateleira superior. À frente, acomodam-se 6 poltronas reclináveis, cada uma ocupando uma área de 85cm, para os clientes. Um pequeno corredor concentra os banheiros de clientes e funcionários. Na sala geminada, com a mesma configuração e igualmente somando 22 metros quadrados, posiciona-se o escritório da equipe do Hospital-Dia, munido de mobiliário característico. Ainda no térreo, do outro lado do corredor, uma sala, com 13 metros quadrados (4,43 comp.x 3,03 larg.), pertencente ao Hospital-Dia destina-se às consultas médicas diárias, reservando-se dois períodos para nebulizações (Pentamidina e escarro induzido). Essa sala é mobilada com uma mesa de escritório, um leito hospitalar e uma maca de procedimentos (punção lombar, aspirado de medula óssea, etc.).

Atualmente, diante da crise econômica e da globalização da pobreza, os hospitais têm se adequado às necessidades, nem sempre respeitando o que é preconizado, mas sim dentro do que é possível concretizar. Frequentemente estabelece-se um limite entre o máximo que se pode fazer com um mínimo de recursos financeiros, e, ao mesmo tempo, a viabilização do atendimento à clientela que caracteriza, na maioria das situações, uma demanda reprimida. Este limite é, na maioria das situações, próximo da idéia de fechamento do setor, tamanho o grau de precariedade às vezes atingida.

A Portaria n.º 93 preconiza para uma unidade de Hospital-Dia a manutenção de leitos “com área física de 7,2 metros quadrados por leito (incluída as áreas de almoxarifado e dispensação de medicamentos), respeitadas as normas de isolamento respiratório, enteral e de contacto nas enfermarias e com sanitários privativos”. (Brasil, 1993:8078). As unidades de Hospital-Dia traçaram trajetórias diversas, algumas se inserindo mais, outras menos, nas normas citadas. Essas unidades, hoje, projetam uma realidade diferente da presente àquela época e, portanto, delineiam o perfil das atuais unidades. As normas ditadas pela Portaria não se debruçam sobre questões consideradas relevantes como as arquitetônicas, registram somente a presença de leitos tradicionais, esquecendo-se de que essas unidades se contraporiam às convencionais. Não se retira aqui a importância dessa preocupação, mas refere-se à ausência da abordagem de características consideradas singulares às novas modalidades de atendimento. Assim, encontram-se numa unidade de Hospital-Dia poltronas reclináveis, antevendo-se um atendimento que será provavelmente breve, ao mesmo tempo em que se mantêm características capazes de abrangerem situações de maior complexidade e de emergências.

A distribuição espacial em unidades de Hospital-Dia é diferenciada, a começar pelo maior número de poltronas disponíveis em detrimento de leitos tradicionais. O fato de o cliente se alojar em poltronas traduz para ele um menor grau de estado doentio, embora possam ser utilizadas camas para os casos de necessidade. A disposição conjunta das poltronas provoca

uma atmosfera de sala de estar, onde os doentes trocam informações, idéias e experiências.

O material permanente e de consumo existente na unidade de Hospital-Dia acompanha este perfil. As poltronas que simulam uma sala de visita, em situações de urgência são colocadas em posição de Tredenlemburg. Os “carrinhos” utilizados para atender o cliente numa punção venosa, ou administração de hidratação venosa, também se prestam à realização de curativos. O leito hospitalar utilizado para o repouso de clientes mais debilitados presta-se evidentemente aos clientes mais graves. A maca é utilizada para procedimentos de menor e maior complexidade.

O material de consumo compreende scalp e gelcos de diferentes calibres (agulhas para punção venosa); cateteres e sondas; equips; recipientes utilizados na coleta de material para exames; máscaras; capotes; luvas; gazes; algodão; esparadrapo; lençóis descartáveis. A farmácia abastece a unidade de medicamentos necessários em urgências médicas, soluções e ainda de uma quantidade mínima de medicamentos mais freqüentemente utilizados no cotidiano hospitalar. A maleta de urgência mantém o material permanente e de consumo destinados à reanimação cardio-respiratória. Esta, felizmente, nunca foi utilizada no transcorrer desses anos. Normalmente é verificada e re-atualizada no que for preciso (materiais esterilizados e/ou medicamentos com datas vencidas , etc). Abastece ainda o Hospital-Dia todo material que garante o cumprimento das medidas de biossegurança (caixas de descarte de material agulhado e seringas, etc).

Faz também parte do setor os eletrodomésticos e utensílios, que foram adquiridos através de doações provenientes da Sociedade Viva Cazusa e de profissionais médicos que, no início da organização do serviço, contribuíram de alguma forma para a sua implantação. A televisão e quadros que ornamentam o setor foram doações encorajadoras. Fomentos a projetos de pesquisa geraram verbas que viabilizaram a compra de mais uma

televisão, vídeo-cassete, novas poltronas, cadeiras de espera, aparelho de som, computadores, impressoras e móveis de escritório.

Enfim a presença de material permanente e de consumo que açambarca situações de diferentes graus de complexidade aponta para um serviço híbrido, e, portanto contemporâneo, flexível às mudanças sempre presentes na trajetória da saúde , sobretudo da aids.

O atendimento no Hospital-Dia do CPqHEC

O setor funciona de 2.^a a 6.^a feira, das 7 às 17 horas. São atendidos no Serviço clientes cadastrados no CPqHEC e usuários do SUS, previamente agendados. Procura-se dividir a jornada em dois turnos, levando-se sempre em consideração a preferência do cliente. Dessa maneira, os atendimentos se concentram no período da manhã, visto que a maioria opta por este turno. O horário de funcionamento é consoante com as normas reguladoras desse tipo de assistência, que recomendam atenção em dias úteis, com carga horária não ultrapassando 12 horas diárias. (Brasil a,1994:11809).

A equipe de trabalho do Hospital-Dia compreende uma equipe permanente e uma equipe flexível, que se apresenta ao ser solicitada. A equipe permanente no setor compõe-se de um profissional (enfermeiro) que responde pela coordenação ; 2 médicos (1 profissional médico é coordenador substituto); 1 enfermeiro assistencial; 3 técnicos de enfermagem; 1 secretária e 1 funcionário responsável pela limpeza. A equipe flexível compreende principalmente os profissionais das seguintes áreas: Serviço Social; Nutrição; Psicologia; Farmácia. Os demais serviços compreendidos no âmbito hospitalar são disponíveis em situações específicas.

A Portaria n.º 130, ao abordar a equipe mínima de uma unidade de hospital-dia, pelo turno de 4 horas, e atendimento previsto para 10 pacientes-dia, preconiza: *"1 enfermeiro; 1 psicólogo; 1 assistente social; 2 atendentes*

de enfermagem e profissionais de nível elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.” (Brasil b, 1994:11809). Esta Portaria (b) nesse momento não contempla o profissional médico que, no entanto, em posterior retificação acrescenta àquela “*um médico infectologista ou clínico treinado em atendimento/AIDS.*” (1994:11809). Ressalta-se ainda que os profissionais atendentes de enfermagem não mais existem no quadro de profissionais desta área.

Observa-se que as Portarias que regulamentam o funcionamento de uma unidade de hospital-dia nem sempre são completas em suas informações. Contudo, entende-se que, diante de situações graves e galopantes, como a epidemia de aids se apresentou, sobretudo no início, tratou-se o conteúdo das Portarias, certamente da melhor forma possível.

O cliente ao chegar, tem imediatamente verificado o motivo de seu agendamento, aferem-se os sinais vitais (temperatura; pulso; respiração e pressão arterial), e, em seguida, é orientado a aguardar o seu atendimento e/ou recebe o atendimento no mesmo momento. Em geral, os clientes freqüentemente agendados para o Hospital-Dia aí permanecem num período entre uma hora ou uma hora e meia. Freqüentemente, os clientes prolongam o seu tempo no setor conversando com outro cliente e/ou, por vezes, aguardando lugar para ser atendido, visto que cada vez mais o n.º de clientes aumenta inversamente proporcional à disponibilidade de leitos-dia. No entanto, procedimentos como hemotransfusão, por compreender várias etapas, determina uma permanência mais longa no Serviço. O cuidado constante em comunicar previamente a previsão de permanência no setor tem demonstrado que atenua sensivelmente a ansiedade do cliente assistido nesta modalidade de atendimento. E ainda, o indivíduo, salvo casos de indicação de internação, tranqüiliza-se, quando pensa que se está tratando neste momento, e que, logo mais, partirá e irá dormir em sua casa.

As refeições oferecidas acontecem em consonância com o período de permanência. É possível o café da manhã, a colação, o almoço e lanche da

tarde. A Portaria n.º 130 determina o direito às refeições àquele que permanece no setor acima de 3 horas. (Brasil a, 1994:11809).

O cliente é exaustivamente orientado para comunicar ao Hospital-Dia, através de contato telefônico, o cancelamento de seu agendamento. A ausência do cliente, sobretudo aquele que faz uso de cytovene, sem aviso prévio ao setor, implica a perda do medicamento, pois a droga que terá sido anteriormente preparada, será desprezada, devido ao esgotamento do seu prazo de estabilidade após sua diluição.

O Hospital-Dia apresenta um número de atendimentos ao ano em constante crescimento, não fora as péssimas condições da estrutura física que limita a disponibilidade de leitos-dia, certamente esse atendimento poderia ser ampliado.

Interfaces entre o Hospital-Dia e demais Serviços

O Hospital-Dia encontra-se geograficamente no espaço hospitalar do CPqHEC. Dessa maneira, o Serviço funciona sempre com a possibilidade de apoio de outros Serviços. A propósito, a Portaria n.º 130 preconiza:

“O hospital-dia deve situar-se em área específica, independente ou integrada da estrutura hospitalar, contando com consultório médico, consultório para psicólogo, sala para serviço social, sala de inalação, posto de enfermagem e enfermarias.” (Brasil a, 1994:11809).

O Hospital-Dia do CPqHEC não se encontra em conformidade com alguns itens acima referidos, como, por exemplo, o consultório médico, que não é exclusivo a essa atividade, o espaço se presta também para repouso, e ainda é sala de inalação e de procedimentos. Por vezes, o mesmo local é consultório das outras especialidades. O fato de o mesmo espaço servir para consultas de diversos especialistas não é absolutamente um problema, mas sim a sua utilização conjunta com nebulizações. O compartilhar o local com esses procedimentos é inadequado não só pela contra-indicação como também pela dificuldade que gera ao se tentar conciliar os diferentes

objetivos da assistência. Esta sala, anteriormente lacrada com tapumes em decorrência das obras que não se finalizam, ao receber visita do especialista em biossegurança, foi condenada como local para realização do procedimento acima referido. Assim, após a visita, medidas foram tomadas, iniciando-se reformas em sala vizinha, que seria toleravelmente indicada para acolher a realização dessas condutas terapêuticas e diagnósticas. Essas reformas, todavia, não foram concluídas, pois as obras do IOC avançaram, impossibilitando essa alternativa. Conseguiu-se somente a retirada dos tapumes da sala anteriormente utilizada, minimizando as condições desfavoráveis antes presentes.

A relação do Hospital-Dia com os outros Serviços do CPqHEC tem sido fortalecida durante esses anos, com ênfase num atendimento de qualidade, breve e resolutivo, dentro das limitações terapêuticas existentes. Os Serviços, que mais freqüentemente atendem o setor são Laboratório, Farmácia e Nutrição.

Ao laboratório, envia-se material preponderantemente às 2^a feiras. Desta maneira, no dia seguinte, o médico avalia os resultados e libera ou não a administração das drogas prescritas. Em situações de emergência, o Serviço de Laboratório busca ser o mais breve possível. O Serviço de Nutrição, apesar de não permanecer no setor por falta de acomodações, tem oferecido um atendimento de qualidade, sempre compreendendo as particularidades de cada cliente e do serviço do Hospital-Dia. Diversas vezes serviu refeições a clientes que não teria direito a receber, isso se dá quando o cliente terá um curto período de permanência no setor, porém essas situações e outras têm sido contempladas pelo Serviço referido.

O Serviço de Farmácia também procura atender ao Hospital-Dia o mais breve possível, encarregando-se das diluições medicamentosas, e da reposição sistemática de soluções e medicamentos utilizados no setor. Diante da prescrição médica, o farmacêutico prepara a diluição em capela de fluxo laminar, quando possível, visto que o Serviço não é aparelhado com

esse equipamento, utilizando-se a capela do laboratório de Bacteriologia, quando esse a disponibiliza para uso. Certamente esse equipamento é fundamental para uma unidade de Hospital-Dia, e, por este motivo, pretende-se comprar esse aparelho e alojá-lo numa sala concernente à futura unidade de Hospital-Dia. A viabilidade desse projeto significa não só segurança para funcionários que manipulam drogas quimioterápicas como também agiliza ainda mais o atendimento ao cliente.

Outro Serviço que contribui para um fluxo otimizado das ações desenvolvidas no Hospital-Dia é o almoxarifado, que regularmente verifica os itens em falta no setor e provê a denominada *reposição automática*. Esse tipo de atendimento reforça a presença, sobretudo da equipe de enfermagem, que geralmente se responsabiliza por esse trabalho em outros hospitais, ao lado do cliente.

O Serviço Social, no transcorrer desses anos, tem sido frustrante no cotidiano do Hospital-Dia. Tentativas foram feitas no sentido de melhorar, mas sempre se esbarra na falta de espaço para acomodar o profissional no interior do setor, somado ao número reduzido de especialistas no Hospital. Observa-se a ausência de continuidade do atendimento social, somente ocorrendo em situações extremamente necessárias, postergando-se assuntos que poderiam evitar para o cliente futuros desdobramentos negativos.

A unidade oferece transporte para um número limitado de clientes, aqueles que apresentam maior dificuldade de acesso, seja por condições físicas impossibilitadoras, seja por questões financeiras. Esse transporte procede da época em que o Hospital-Dia realizava, conjuntamente com suas atividades, visitas domiciliares. Nesse momento, angariou-se dinheiro para esse propósito a aquisição de um veículo que, desde então permaneceu sob a administração do Hospital-Dia. Analisam-se os casos de maior necessidade e, juntamente com o motorista do transporte e dos clientes contemplados, traça-se o plano de atendimento. Essa possibilidade é

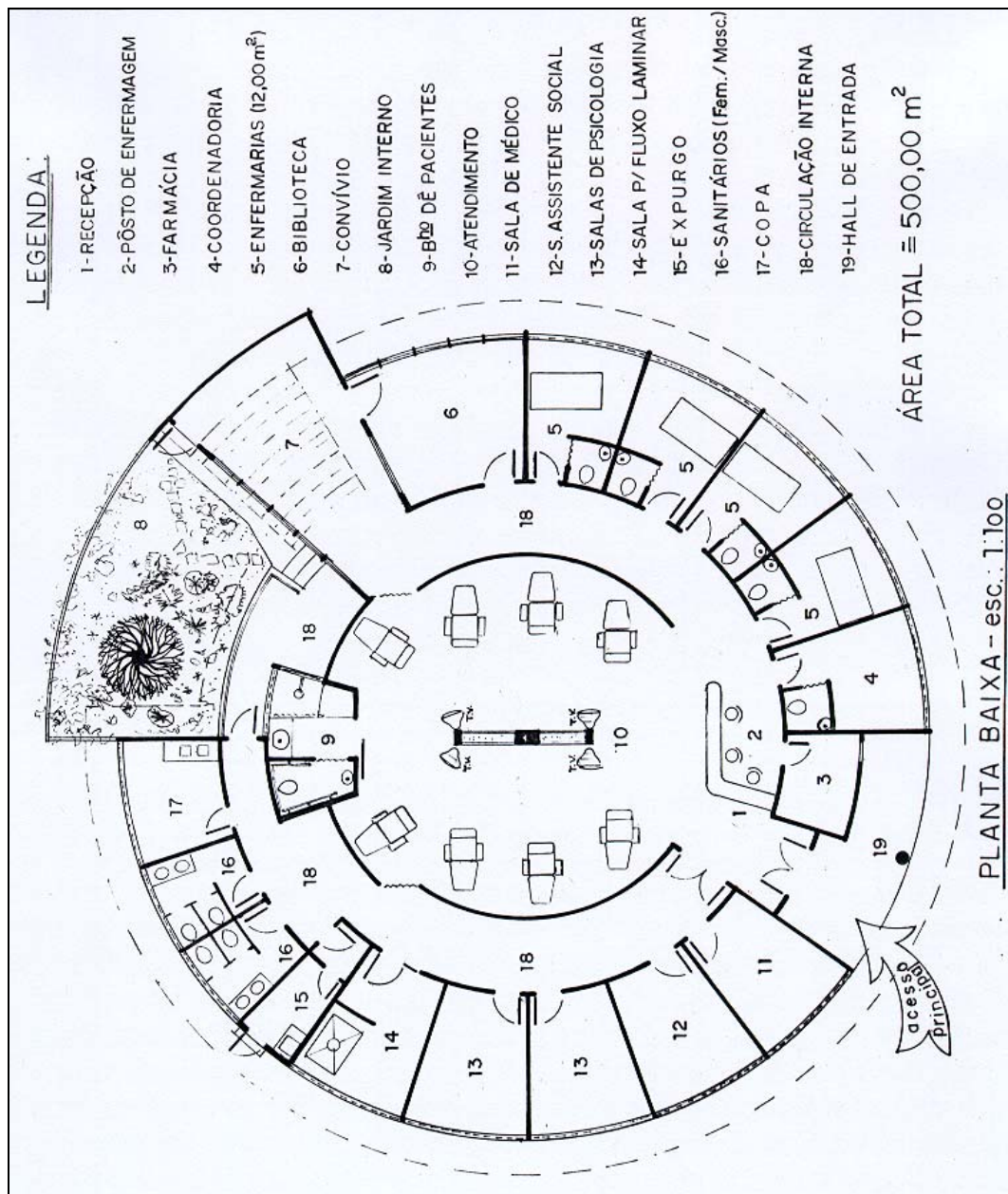
fortemente apreciada e, em contrapartida, o cliente, quando não mais necessita do atendimento, cede sua vez a outro cliente, em condições que um dia ele ocupou, num sinal de respeito, reconhecimento e solidariedade com o Hospital-Dia e demais clientes.

Enfim, a dinâmica de atendimento do Hospital-Dia tem imposto aos demais Serviços agilidade no que diz respeito às demandas geradas pelo setor. Paulatinamente, profissionais do Hospital-Dia, usando a mesma linguagem e difundindo a essência de um atendimento assistencial alternativo, têm sensibilizado os demais profissionais e gerado um fluxo sempre crescente em qualidade para profissionais do Hospital-Dia e seus clientes.

Maquete descritiva de um Hospital-Dia ideal

Depois das apresentações feitas do Hospital-Dia do CPqHEC, partir-se-á para o Hospital-Dia idealizado. Baseado no *croquis* projetado em 1995 pelo arquiteto José Mauro Hid S. Oliveira, da Fiocruz em inúmeras reuniões com a autora desse estudo, vislumbrou-se uma estrutura física compatível à dinâmica do Hospital-Dia. O que segue é a planta física, na página seguinte, o somatório do desenho dessa planta física mais as características pertinentes à dinâmica do atendimento.

O ambiente físico compreendia áreas para o atendimento em poltronas e em leitos hospitalares alojados em quartos com banheiros privativos; o posto de enfermagem; a dispensação de medicamentos; o expurgo; as nebulizações; a capela de fluxo laminar; o escritório; a coordenadoria; a copa; a biblioteca/sala de reuniões; e a sala de estar localizada em jardim interno. Enfim, uma estrutura física que atendesse as normas de biossegurança e oferecesse uma atmosfera agradável e acolhedora.



Para tanto, destinar-se-ia para o salão principal de atendimento uma área de 44 metros quadrados, possibilitando o aumento do número de poltronas disponíveis. Música ambiente, televisão a cabo e vídeo serviriam de distração para o cliente, durante a aplicação de terapêutica pertinente.

Paredes pintadas com cor tranqüila, repousante, contrastariam com quadros de temas abstratos e paisagísticos. Tudo compondo com amplas janelas para o verde, tão presente na Fiocruz, que, através da corrente de ar promovida pela abertura da porta do setor, alcançaria a preconizada aeração de unidades hospitalares, pois se tem atendido cada vez mais um número maior de casos de tuberculose. Outrossim, essa característica permitiria a alternância entre ar condicionado e ventilação natural, quando desejada. Ainda dentro desse salão, um compartimento com dois banheiros, não se esquecendo de largos portais que possibilitassem a passagem de cadeiras de rodas. Acompanhando as paredes, o piso seria de cor clara, aderente e de fácil limpeza. A iluminação, sempre somando à luz fria a luz amarela, reuniria aspectos econômicos e estéticos.

Seguindo, encontrar-se-ia a entrada para o posto de enfermagem, com uma área de 22 metros quadrados, mobiliada com diversos armários e carrinhos de curativos que acomodariam os materiais utilizados no setor e uma grande bancada com torneiras foto-elétricas, armários embaixo da bancada para o armazenamento de soluções químicas, lixeiras de pedal, e prateleiras adequadas para abrigar caixas coletoras de material perfuro-cortante. Uma sala geminada acolheria a capela de fluxo laminar (equipamento apropriado ao preparo de drogas quimioterápicas). Uma pequena sala de aproximadamente 12 metros quadrados serviria de expurgo. E ainda uma sala preparada com sistema de exaustão, adequada para a realização de nebulizações. Sempre prestando atenção para a não duplicidade de salas existentes no Hospital.

Prosseguindo, ter-se-iam as salas destinadas às consultas médicas, atendimento realizado pelo Serviço Social, e uma terceira sala compartilhada

pela Nutrição e Psicologia. E ainda a sala destinada à coordenação, escritório e biblioteca reversível em ambiente para reuniões do Hospital-Dia.

Numa outra ala, quartos individuais com banheiros privativos e ainda um pequeno lavabo para que os profissionais da equipe de saúde lavassem as mãos antes de cada atendimento. Uma pequena copa dirigida à equipe de profissionais do Hospital-Dia, receberia ainda os clientes para as refeições.

Esses ambientes circundariam um jardim interno, que, por sua vez, abrigaria um espaço com teto em clarabóia destinado à leitura, ou simplesmente serviria de sala de estar. A decoração, produto da harmonia entre móveis antigos e aparelhos de tecnologia avançada, permeando esses diversos ambientes, acompanharia o espírito de uma unidade assistencial que pretende se afastar de moldes convencionais de atendimentos hospitalares.

Dar-se-ia continuidade ao agendamento, e às consultas a todos os profissionais com hora marcada. Ausência de filas e clientes sempre informados sobre as condutas a que seriam submetidos, e, em caso de atraso, o porquê da intercorrência. Disponibilidade de telefones públicos e terminais de micro-computadores para acesso aos diversos *sites* educativos e informativos sobre aids, com possibilidade de enviar e receber *e-mails*.

A equipe de saúde seria composta de assistente-social, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos infectologistas, nutricionistas, psicólogos, técnicos de enfermagem, todos imbuídos do objetivo responsável pela qualidade em serviços de saúde: atender com presteza, segurança, rapidez. Enfim, profissionais que reunissem características necessárias à promoção de um atendimento humanizado e personalizado.

Percepção dos profissionais: integração entre assistência e pesquisa

Os temas considerados relevantes pelos profissionais do Hospital-Dia do CPqHEC, a respeito de sua dinâmica, são aqui destacados em função da importância e da veemência atribuídas pelos entrevistados em seus enunciados. Assim, assuntos como a implantação do Hospital-Dia do CPqHEC sob o olhar do profissional, o papel dessa unidade no atendimento aos portadores HIV/aids, os aspectos negativos e as perspectivas serão considerados, pois traduzem a percepção a partir da qual os profissionais construíram desde de sua implantação até o momento atual os discursos e as práticas dessa modalidade assistencial. Por outro lado, a singularidade presente nesse Hospital-Dia, que reúne assistência e pesquisa, coloca em voga a discussão dessa integração.

As visões cristalizadas pelos profissionais a respeito da implantação do Hospital-Dia do CPqHEC decorrem de diversas lembranças. Como os entrevistados são pessoas que, direta ou indiretamente, estiveram envolvidas nesse processo, presenciam-se manifestações de afeto e satisfação por terem participado de um projeto hoje ainda em consolidação, mas já vitorioso.

“Recordo com muito carinho.O nosso setor ele começou numa sala de atendimento no Evandro Chagas no CPqHEC. Nós tínhamos ainda um espaço e começamos a ganhar parte do nosso equipamento, nossos móveis. As pessoas do setor, umas ajudavam às outras, como isso acontece até hoje e aí a gente começou a juntar equipamento, móveis, até o dia que a gente conseguiu um espaço físico e foi realmente implantado o Hospital-Dia do CPqHEC.” (Entrevistado 11).

“Recordo desse fato que, na realidade, isso foi uma necessidade vinda de um fato que já tava acontecendo, que há pessoas que já estavam sendo medicadas, de forma desordenada, de dentro de uma salinha de espera lá na enfermaria por necessidade, e acabou então se criando um Hospital-Dia, que, acho que no início até recebeu doações da Lucinha (mãe do Cazuza) alguma coisa assim, acho que foi umas poltronas que vieram como doativo, e aí se criou esse espaço que já existia a demanda, e aí foi criado esse espaço para poder atender a demanda que estava sendo lá na

enfermaria. Isso é o que eu me lembro, eu não trabalhava aqui no começo.” (Entrevistado 12).

Esses depoimentos fundamentam a descrição realizada nesse estudo a propósito do início do funcionamento do Hospital-Dia do CPqHEC. Apesar das dificuldades de outrora e de hoje, percebe-se nas falas dos entrevistados a presença do sentimento de sucesso, originário da concretização de um projeto que continua em crescimento e em consolidação.

“Recordo o início do Hospital-Dia, na verdade era uma sala que nós tínhamos na enfermaria lá em cima, e, com o aumento da sobrevivência dos pacientes, com as novas medicações, a gente começou a ter esse tipo de prática, né? Principalmente pelo Cytovene que a gente começou a aplicar, então a gente aplicava numa sala que era a sala de lazer dos doentes e a gente viu assim que era muito bom ver os doentes estarem sendo atendidos em caráter ambulatorial mas, ao mesmo tempo, a gente sentiu que tinha que ter um espaço para eles porque era muito ruim o espaço que eles tinham, aqueles doentes que iam todo o dia naquela sala do HD, eh! para fazer a medicação, eles tinham contato com toda a enfermaria, então era muito ruim toda vez que morria um paciente que provavelmente as pessoas conheciam e os doentes ficavam super abalados, era assim deprimidos, e com a mudança de um novo espaço, de uma nova estrutura isso melhorou muito, o que a gente vê hoje é que a coisa se solidificou, se estruturou e foi muito bom para os profissionais, assim como para os pacientes. Houve uma mudança da água para o vinho em relação essa mudança do Hospital-Dia, foi muito positiva.” (Entrevistado 15).

O entrevistado 15 relata fatos relacionados ao surgimento do Hospital-Dia, atribuindo também à fala o cuidado dirigido à implantação da nova unidade. Observou ser interessante fazer a medicação, e, em seguida liberar o cliente: *a gente viu assim que era muito bom*. Imediatamente depois, refere-se ao espaço, que era não somente pequeno como inoportuno: *era muito ruim o espaço que eles tinham (...) eles tinham contato com toda a enfermaria (...) morria um paciente(...)*. O entrevistado retrata fielmente o que acontecia naquela época. A busca por uma solução alternativa de atendimento esbarrava na ausência de condições físicas mínimas de instalação. O compartilhar o então chamado “leito-dia” com a enfermaria era danoso ao cliente. A utilização da expressão

“da água para o vinho” reforça a ênfase que o entrevistado procurou conferir à mudança ocorrida com o surgimento do Hospital-Dia.

A transformação paulatina que a dinâmica do Hospital-Dia tem imposto às outras estruturas de atendimento reforça um fenômeno cada vez mais sujeito à avaliação. Desde o seu surgimento, o trabalho desenvolvido provocou modificações nos processos de trabalho e de atendimento das clientela assistidas em Ambulatório e Internação, cujas reverberações até hoje são observadas.

Assinala-se a relação entre profissional e cliente, que perpassa tanto as falas que narram a história do surgimento do setor como as que se referem ao momento em que se traçam perspectivas. Entretanto, ênfase maior é dada às expressões que tratam do assunto relacionado ao desempenho do Hospital-Dia no atendimento aos seus clientes. Para tanto, observar-se-á o papel que esse Serviço desenvolve no atendimento aos portadores HIV/aids.

Os profissionais que mais atuam no cotidiano do setor, são àqueles que compõem as equipes de enfermagem e médica. Sem a preocupação com o aprofundamento nos meandros dessas diferentes categorias, visto que não é aqui o objetivo, cabe destacar os aspectos que melhor explicariam os comportamentos cristalizados e inovadores desses profissionais, em acompanhamento à evolução da dinâmica de uma alternativa de atendimento. Muito poderia ainda se comentar sobre os demais profissionais da equipe de saúde (nutricionista; psicólogo; assistente social; farmacêutico), que, embora tenham um papel tão importante quanto o desenvolvido pelos profissionais acima referidos, atuam de forma isolada sem valor específico na dinâmica do Hospital-Dia do CPqHEC. Pitta observa:

“A questão que aqui se coloca, no interior da divisão do trabalho hospitalar, são as estratégias que fazem com que a inteligência necessária na administração dos cuidados aos enfermos cada vez mais se concentre em um número restrito

de trabalhadores (alguns médicos e algumas enfermeiras) que concebem instrumentos, automatismos, rotinas e padronizações de conduta, e cada vez mais subtraem a atividade de reflexão dos demais trabalhadores sobre o seu objeto de trabalho. Cabe a esses executar as prescrições dos primeiros de modo autômato.” (1991:54).

A enfermagem reúne profissionais que mais tempo permanecem em contato com o cliente. O mesmo autor assim descreve essa categoria:

“(...) as leigas e religiosas são fato quase passados, substituídas que foram por profissionais de enfermagem que parcelam suas atividades, dividindo-se entre os mais e os menos graduados. Os atos técnica e socialmente mais qualificados, herdados, por sua vez, dos atos médicos, ficam com a enfermagem de nível superior – os enfermeiros, que chefiam e supervisionam, por sua vez, a enfermagem de nível médio e elementar, auxiliares e atendentes, que executam o trabalho menos qualificado, expondo-se mais tempo aos enfermos. Tal organização piramidal recupera a disciplina enquanto técnica, docilizando e contendo os corpos, através de uma competente estratégia de controles e olhares hierarquizados, aproveitando a mesma hierarquia instituída com base no saber.” (1991:54).

Esses profissionais conservam características em suas práticas que ecoam nas diversas modalidades de atendimento. No Hospital-Dia do CPqHEC, desde o início, prestou-se atenção na atuação desse profissional, sobretudo, por ter sido um enfermeiro, o responsável pela implantação do Serviço. Em relação ao cliente, por exemplo, alguns comportamentos geralmente infantilizantes associados a uma determinada prática de cuidar foram e ainda são extremamente combatidos. Herzlich e Pierret exemplificam esse “paternalismo” com a opinião de um cliente de 54 anos hospitalizado devido uma insuficiência respiratória:

“O que não gosto é o tom que, freqüentemente, médicos e auxiliares médicos utilizam nas relações com os doentes. Um tom de um paternalismo alegre que eles freqüentemente utilizam, eu não admito, nem mesmo nas palavras. Ele me disse “Eh aí paizinho despertou bem, como está?” Eu acho isso, ultrapassado. Eu, não me ocorreria responder no mesmo tom, isso me choca!” (1984:244).

Continuando, os mesmos autores apresentam a experiência de uma cliente de 25 anos, submetida a uma intervenção cirúrgica:

“Se é infantilizado (...) as relações com as enfermeiras, você se sente completamente infantilizado. Não se deve, sobretudo, manifestar nenhuma emoção, nem nenhum desejo, nada (...)

deve-se engolir os medicamentos gentilmente, sorrindo e sobretudo, não manifestar que você sabe mais, o que é bom pra você, do que a enfermeira. Ou seja, ela sempre sabe tudo, deve-se lhe dirigir uma confiança cega (...) e que você seja comportado.” (1984:244;245).

Observando-se essas práticas, enfatizam-se, então, ações que impulsionem o cliente cada vez mais na direção de sua autonomia. Acredita-se que é o indivíduo que mais domina o seu próprio processo saúde-doença, sendo responsável por sua mais rápida recuperação. Essa visão encontra apoio no recente , mas não tão novo, conceito de cliente-usuário. Vedelago, ao falar da ação coletiva às exigências individuais, esclarece:

“O paciente torna-se o usuário, quer dizer, um indivíduo cujas exigências em relação ao sistema de cuidados são de ordem global, qualidade dos cuidados mas também qualidade dos serviços. As palavras designam não somente uma realidade, mas elas a fabricam, o emprego da noção de usuário, favoriza o deslocamento do ator coletivo em direção ao ator individual. Esse novo ator social será apresentado como autônomo, exigente, negociador e nas micro-interações sociais, ele se tornará , para alguns, “coprodutor” dos serviços públicos. Essas características do “usuário”, a saber, aquela de ator racional, e sujeito ativo, em contraposição do “administrado” passivo, aparecem, em parte, como uma construção social da época”. (2000:68;69).

O profissional médico, percebido como aquele que açambarcava o doente e a doença, com total domínio do processo saúde-doença do paciente tem, hoje, sua imagem modificada. Boltanski [*apud* Ribeiro] comenta uma característica pertencente à fase em que o médico se preocupava, sobretudo, com a doença, ou com o órgão doente. O autor pondera:

“A substituição da pessoa pelo seu órgão doente e agora pelo detalhe desse órgão transformou o médico especialista, que já era um tecnólogo, em tecnólogo do detalhe, sua prática se esgotando no procedimento diagnóstico e terapêutico em si e circunscrito, esquecido da pessoa (“objeto”) sobre a qual intervém. Nesse sentido, a “relação singular” entre médico e paciente cada vez mais se faz uma figura de retórica e sem sentido.” (1993:39).

O mesmo autor conclui que “*afinal, a doença do doente é do seu organismo total e não a “doença anatômica” do médico.* (1993:48).

No que diz respeito às mudanças observadas nessa categoria profissional, Ibáñez & Marsiglia assinalam: *“Tanto a prática médica quanto a posição social do profissional na sociedade sofreram duas grandes influências nesse século: a da revolução tecnológica e a da revolução social.”* (2000:67). Dentre os diversos fatores que mudaram a prática médica, a aids, hoje comportando-se como uma doença crônica, muito contribuiu para essa mudança. Schweyer aponta a importância do comportamento de pacientes com aids, vistos hoje como *“(...) doentes especialistas que negociam com seus médicos. Alguns pacientes podem fazer valer as reivindicações porque são munidos de conhecimentos.”* (2000:47).

No CPqHEC vivenciamos essa mudança relacionada às transformações observadas no comportamento da doença. O profissional médico assume uma postura de co-responsabilidade para com o cliente lá assistido. Sem se apropriar autoritariamente do doente e de sua doença, e sem se isentar de sua responsabilidade, esse profissional tem cada vez mais assumido uma posição equilibrada na assistência. O médico também se depara com o novo lugar do paciente, com seu deslocamento para a posição cliente/usuário. Contudo, tal qual acontece com profissionais de enfermagem, ainda se encontram aqueles que resistem à contemporânea imagem atribuída à prática da medicina.

Schraiber registra essa mudança, ao estabelecer um paralelo entre a medicina de ontem e de hoje:

“(...) do chamado domiciliar à medicina do pronto-socorro e da UTI; do médico herói ao medicamento-herói; do médico de vocação e talento à medicina de precisão científica e tecnológica; da relação pessoal médico-paciente ao contrato jurídico dos convênios; da confiança do “meu” médico à confiança na tecnologia “do” hospital; da medicina de família e do bairro à medicina das grandes empresas; da medicina masculina e centrada no médico à presença progressiva da equipe de trabalho e das mulheres na profissão.” (2000:97).

Apresentadas sucintamente as imagens das práticas desses profissionais, analisar-se-ão seus enunciados, em busca da percepção

construída na relação com o cliente e sua inserção (cliente e profissional) na dinâmica do Hospital-Dia.

O olhar do entrevistado 15:

“Eu considero que é indispensável o atendimento, hoje faz parte do pilar de atendimento, o Hospital-Dia, e para o paciente é muito bom também, né? Acho que todos ganharam com isso, em relação ao atendimento, a tudo.”

Interessante observar na fala dos entrevistados, a flexibilidade na dinâmica do Hospital-Dia, confirmando a complacência anteriormente abordada. Desde sua implantação, o Hospital-Dia vem sofrendo mudanças, adequando-se às realidades apresentadas pela epidemia.

“Ah! Tem uma importância valiosa os pacientes que nós atendemos gostam do nosso Serviço, a gente procura atendê-los da melhor forma possível e tentando ajudar, ser compreensivo com o paciente.” (Entrevistado 11).

O entrevistado utiliza a palavra *valiosa*, normalmente atribuída às jóias raras. Procura dar ênfase ao sentimento percebido pelo profissional e extraído do cliente assistido no Hospital-Dia. Apesar da ausência da denominação *cliente e/ou usuário*, percebe-se, na frase *“a gente procura atendê-los da melhor forma possível”* uma nova forma de organização das relações no interior da instituição. O cliente demanda maior precisão na qualidade de atendimento, em substituição ao ultrapassado doente e/ou paciente, que suscitava em profissionais, expectativas de indivíduos mais tolerantes e dóceis aos processos de assistência. Cresson & Schweyer esclarecem que:

“a noção de usuário do sistema de saúde é utilizada pelo senso comum como sinônimo cômodo de doente, paciente, cidadão envolvido por questões de saúde. A difusão da palavra participa de um contexto de reflexão em termos de direito, de equidade, de participação nos dispositivos públicos no quadro da regulação do sistema de saúde”. (2000:15).

Ter claro esse conceito, determina o comportamento dos profissionais de saúde em relação aos clientes atendidos, e conseqüentemente, dita os preceitos da dinâmica do serviço. Essa é uma transformação que

demandará ainda tempo para sua conclusão completa, e o autor acima referido reconhece esse fato:

“Os profissionais resistem aos projetos de reestruturação da denominação usuários; os poderes públicos, se dirigem em relação aos usuários para torná-los responsáveis de seus estados de saúde. O usuário se encontra, desta maneira, entre ser a origem e o destinatário do debate.” (2000:16).

Essas mudanças aconteceram concomitantemente com as transformações observadas na epidemia de aids. Não se afirma aqui a correlação direta dos fatos. Vivencia-se, contudo, nas práticas de saúde, uma trajetória em que essas questões estão implicadas.

“Eu acho que se modificou um pouco também. Em primeiro lugar, porque não somam mais tantos pacientes consumidos como a gente via antes, e que na verdade a gente ficava evitando. Era hospitalização, eram pessoas muito graves, que tem uma expectativa de sair do Hospital-Dia, alguém não precisar mais tomar remédios, né? Mesmo que seja remoto mas essa perspectiva sempre existe. E eu acho que ele foi dinamizado mais, por outro lado, que é desenvolver esse lado de protocolos de pesquisa dentro do Hospital-Dia, onde é uma unidade que agiliza muito mais os exames, têm profissionais diferenciados aqui na equipe, né? Tem condição de organizar muito melhor...muito melhor os protocolos de pesquisa, você não tem idéia da diferença que é ...porque nos outros...no Ambulatório, eu só uso mesmo a sala, eu não uso nada mais...nem os sinais vitais dos pacientes não fazem lá. Se você for esperar os sinais vitais para aí você atender...é mais um ponto de atraso..então...pra você vê como é que é..a equipe em cima da equipe mesmo é (...) se deixar ninguém usa mais o Ambulatório entendeu...enquanto que aqui eu utilizo não só a parte de hotelaria mas os profissionais participam, mesmo não estando envolvido no protocolo de pesquisa diretamente participam porque estão aptos (...).Eu sinto que existe um apoio do Hospital-Dia à função do médico ou do pesquisador né?” (Entrevistado 12).

O entrevistado 12 inicia o seu enunciado referindo-se à modificação observada no setor. Essa fala confirma, desde o seu início, a complacência já comentada do Hospital-Dia. O profissional oscila dizendo *acho*, demonstrando ainda incerteza quanto ao fato de tratar-se de uma nova unidade, que, portanto, se modificou. Segue enumerando os fatos que desencadearam as mudanças. O primeiro indicador observa-se no menor comprometimento do doente. O segundo ponto indica as expectativas em

relação ao setor, que se especializa cada vez mais no acompanhamento de diferentes protocolos de pesquisa. O entrevistado destaca, nesse momento, características pertinentes à dinâmica do Hospital-Dia - a agilidade na realização de exames, e a capacidade de organização – contrapondo-as ao atendimento ambulatorial.

Interessante como o entrevistado utiliza a palavra *hotelaria*, normalmente verbalizada em relação às instituições privadas. Essa palavra denota uma prestação de serviços imbuída de qualidade. Recorda que, em algumas situações, clientes perguntam à equipe se o Hospital-Dia é privado, numa tradução de que se sentem bem recebidos e atendidos. E, ainda, a surpresa ao descobrirem que trata de instituição pública, historicamente conhecida pelo péssimo atendimento. O mesmo entrevistado aborda ainda a relação entre profissionais do Hospital-Dia.

A função do Hospital-Dia ocupa um lugar intermediário, entre as unidades convencionais de atendimento, e é marcada pelo dinamismo:

“Ah! Sim claro. Hoje em dia eu considero fundamental porque é uma unidade intermediária que você consegue prestar um tipo eh, você consegue fazer diagnóstico mais rápido que o Ambulatório, você pode tratar, em vez de internar, é fundamental hoje dentro da unidade de atendimento.”
(Entrevistado 15).

O entrevistado emprega a palavra *fundamental*, apresentando concisamente a importância que a unidade tem hoje para os clientes de HIV. O profissional procurou falar ininterruptamente, exceto quando, ao pensar sobre a resposta que caracteriza as principais atividades do setor, produzindo um *eh*. O falar sem interrupção também busca inspiração na imagem formada pela dinâmica do Hospital-Dia. Quando o entrevistado fala *“você pode tratar, em vez de internar (...)”* dentre as várias interpretações que podem ser atribuídas à frase, destacar-se-á a possibilidade de o profissional atribuir, sobretudo, um caráter mais saudável à unidade de Hospital-Dia. Pode-se entender, trata-se, no Hospital-Dia, e, na Internação, prolonga-se e intensifica-se a experiência da doença. No entanto, o entrevistado também

pode estar querendo transmitir que o Hospital-Dia é mais dinâmico, visto que torna possível o atendimento de situações que prevêm soluções mais rápidas, ao contrário de indicações de internação. Enfim, o mesmo entrevistado considera:

“(...) o Hospital-Dia trouxe para as pessoas, para os pacientes, uma coisa muito positiva porque aquela coisa da internação, ele ameniza muito, a questão do Ambulatório para a Internação então essa coisa transitória é uma coisa muito importante assim dentro do atendimento aos pacientes, a gente consegue evitar muitas internações por ter o Hospital-Dia, então, eu acho que é muito positivo isso você contar com uma unidade “semi-intermediária” de atendimento aos pacientes, então, isso é muito bom em termos de tudo.”
(Entrevistado 15).

Quando o entrevistado descreve *aquela coisa da internação*, deixa claro que os sentimentos e os transtornos das internações são conhecidos, numerosos e complexos. Segue dizendo que, com o funcionamento do Hospital-Dia, muitas internações tornaram-se evitáveis. Reportando-se ao tema *Internação: ambigüidade de sentimentos*, discutido anteriormente, depoimentos também dos clientes endossam a idéia aqui manifestada.

“É a história que eu estava contando ali, a história dos meus pacientes que começam anti-retroviral que eu mando voltar à consulta de aderência, né? E aí eles têm problemas, não no dia que você marca, e eles se sentem muito confortáveis de vir procurar a equipe aqui, e vocês explicarem, darem aconselhamento, eu acho que é outro aspecto que a gente deve é (...) trabalhar, melhorar porque já está bom entendeu? Porque a gente não encontra essa parte no Ambulatório, não tem nem gente capacitada para fazer esse tipo de aconselhamento, nem informado o suficiente nisso.”
(Entrevistado 12)

O entrevistado 12 indica uma nova função a ser incluída nas perspectivas do setor. Não somente a assistência, a pesquisa, mas também algo que diz respeito à aderência do cliente aos novos esquemas terapêuticos. A estratégia adotada por esse profissional de agendamento de consulta de aderência tem tido na prática resultados positivos. Vitória (b) enfatiza:

“É importante fazer um maior investimento nas estratégias visando o desenvolvimento de uma boa adesão ao tratamento

principalmente nas primeiras semanas após seu início, já que diversos estudos demonstraram que uma taxa de adesão precoce é um importante fator preditivo de uma boa adesão a longo prazo.” (2000:3).

O enunciado *eles se sentem muito confortáveis* resume o aspecto receptivo que o atendimento no Hospital-Dia transmite ao cliente lá atendido, sobretudo aqueles que iniciam um novo esquema. As reações decorrentes de novas drogas anti-retrovirais são mais assustadoramente vivenciadas pelo cliente nessa fase. Sabe-se hoje que, se atenção for ofertada desde o início do novo tratamento, a possibilidade de abandono do esquema é diminuída. Daí a importância que o entrevistado 12 atribui ao tema. Várias são as estratégias recomendadas para estabelecer e manter uma boa adesão, contudo Vitória (b) ressalta:

“Porém, independentemente das estratégias adotadas, a forma mais efetiva de se conseguir uma adesão adequada ao tratamento de qualquer doença de natureza crônica é, em última instância, motivar e envolver o paciente no seu próprio tratamento, utilizando-se de medidas práticas, de baixo custo e de fácil execução, fazendo ajustes conforme as necessidades individuais a longo prazo.” (2000:4).

Observando ainda a fala do entrevistado 12, percebe-se a interação entre os profissionais do Hospital-Dia. Diante dessas características presentes na equipe, vislumbra-se para o futuro, a formalização de um consultório de aconselhamento. O Hospital-Dia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho assim desenvolve essa atividade:

“Realiza atividade de aconselhamento. O tempo previsto para a primeira consulta é de 30 minutos, as subsequentes duram em média 20 minutos, o profissional que a executa é o médico residente sob a supervisão de um STAFF. O paciente conta com privacidade e posteriormente é reorientado pela equipe multidisciplinar.” (M.S. f, 1997:11).

O entrevistado 13 enumera possibilidades de indicação de atendimento no Hospital-Dia:

“Eh! O Hospital-Dia foi visto a princípio só como local para diminuir a internação do paciente. E ele vir fazer a medicação. Hoje ele vem fazer medicação, ele vem fazer procedimentos

invasivos, ele vem participar de projetos, ele vem fazer hemoterapia (...).”

Essa entrevista descreve como em seu surgimento o Hospital-Dia tinha um objetivo despretensioso, - diminuir a internação. Porém, em seguida, e aí o entrevistado concede à sua fala *ele vem (...) ele vem (...) ele vem (...)*, identifica um encadeamento que transmite a diversificação de ações que podem ser feitas em Hospital-Dia e sua engrenagem harmoniosa. E, mais uma vez, o tema, relacionado às aspirações para o futuro da unidade, é aqui apontado. Essa mensagem, somada às falas anteriores, respeitadas suas singularidades, transmite a idéia de diversificação do atendimento realizado num só local. Busca-se concentrar no Hospital-Dia a realização integral de ações, que, normalmente, são fragmentadas em atendimentos hospitalares. Não é ainda possível alcançar essa meta em sua totalidade, mas observa-se ao menos essa questão, evitando-se o que é por Sant’Anna relatado:

“Freqüentemente, em hospitais grandes, muitos funcionários, inclusive auxiliares de enfermagem, vivem uma rígida divisão de tarefas que acaba cindindo em muitos “pedaços” o trabalho hospitalar: neste caso, há os encarregados de verificar a pressão arterial, aqueles responsáveis pela retirada do sangue, aqueles que trazem a comida, que carregam as macas, que limpam o paciente etc. O corpo de cada paciente passa por dezenas de mãos, é visto, vasculhado e examinado por inúmeros profissionais, de ambos os sexos e diversas idades. Os funcionários, por sua vez, passam seus dias manipulando inúmeros corpos, vendo e presenciando diferentes tipos de sofrimento. (2000:14).

Prossegue-se com o tema aderência, que é abordado como uma característica relevante bem acolhida, visto que, na sua ausência o tratamento fica comprometido.

“Eh! Tem uma função bem significativa. Quando o paciente nunca teve contato com o Hospital-Dia pra ele é assim uma coisa diferente mas quando ele passa a ter contato com o Hospital-Dia, ele [pausa] sente-se que ele adere mais ao tratamento. O Hospital-Dia veio facilitar a vida do paciente em relação à aderência ao tratamento dele, porque só sair do ambiente de internação para o Hospital-Dia, já é um grande ganho para o paciente. Porque anteriormente quando ele fazia só dentro da enfermaria e ambulatório era uma coisa pesada a gente via os pacientes com um número de internações cada vez maior. Ele internava com muito mais freqüência quando não existia o Hospital-Dia. E hoje com a existência do Hospital-

Dia os pacientes que passam pelo Hospital-Dia internam com muito menos frequência que anteriormente. Quer dizer, a qualidade de vida deste paciente com o Hospital-Dia melhorou muito (...) muito tanto em termos de aderência ao tratamento quanto vir ao hospital e fazer o tratamento dele e perguntar e saber mais sobre a doença dele, o Hospital-Dia a função do Hospital-Dia veio reforçar tudo isso.” (Entrevistado 13).

Quando o entrevistado menciona “(...) saber mais sobre a doença (...), está apontando mais uma característica que contribui para uma boa adesão ao tratamento, e Vitória (b) assim comenta esse item:

“Mantenha o paciente sempre bem informado sobre os progressos do seu tratamento, dos resultados de seus exames laboratoriais e seu significado. Durante cada visita médica de controle, é importante rever com o paciente todo o esquema terapêutico. Tente sempre esclarecer qualquer dúvida com relação ao tratamento e atividades relacionadas com o mesmo nestas ocasiões.” (2000:3).

O mesmo entrevistado também trata do contraste hospital-dia/internação e ainda perscruta a contribuição do atendimento na *qualidade de vida* do cliente. Esse conceito, ingenuamente verbalizado por profissionais, abriga características mais complexas e nada evidentes. No entanto, o profissional, ao observar o cotidiano do cliente atendido em Hospital-Dia, proporcionando e se deparando com exemplos constantes de resoluções de problemas, deduz e intui que são fatores significativos na composição da desejada *qualidade de vida*. Em avaliação realizada no Hospital-Dia do Hospital Clementino Fraga Filho, a mesma questão é assinalada como um ponto positivo no relatório: “*Melhoria da qualidade de vida dos pacientes e redução do tempo de internação convencional.*” (MS(f), 1997:13).

Não obstante os relatos apresentados, em que os profissionais afirmam a viabilização de um atendimento conscientizado para temas que envolvam qualidade da assistência, aspectos negativos, como o espaço físico inadequado e o fluxo de funcionamento descompassado, são a seguir a tônica das falas dos entrevistados. Sant’Anna, ao abordar o tema arquitetura hospitalar, nos informa:

“Em várias partes do mundo, a decoração e arquitetura hospitalar tornaram-se semelhantes àquelas de hotéis,

aeroportos e shoppings centers. Espaços globalizados que incorporaram a presença de jardins artificiais, pisos coloridos, quadros, salas de televisão, cabeleireiro, lanchonete, salas de espera com jornais e revistas etc. A palavra hospital (que do latim vem de "hospes") sugere os termos de hospedaria e hóspede." (2000:13).

O tema espaço físico, apresentado por clientes anteriormente, e agora apontado pelos profissionais, é um indicador compreendido como um aspecto negativo. Os relatos a seguir contrapõem-se à citação acima além de tratarem de um assunto que cada vez mais tem feito parte das preocupações de gerentes, que o entendem como requisito importante a ser inserido nas metas de uma gestão de qualidade.

"Falta de espaço mesmo [pausa] falta de espaço, eu acho que deixa um pouquinho a desejar." (Entrevistado 14).

"Eu não vejo muito como fator negativo, eu acho que o nosso serviço deveria ter um espaço físico maior para que nós possamos atender com uma melhor qualidade os nossos pacientes, para que mesmo que essa espera ela...a gente tente fazer dela o menor possível ela ainda acontece por falta de acomodações para os nossos pacientes." (Entrevistado 11).

O entrevistado 11 apresenta dificuldade em aceitar esse aspecto como negativo. Contudo, em seguida, admite-o, confirmando que a espera do cliente decorre da *falta de acomodações*. O profissional demonstra sentir-se incomodado com o fato e diz tentar atenuar a espera. Em vão, diante das deficiências da estrutura física. Essa preocupação é extremamente observada no Hospital-Dia. Para se contornarem os problemas de espaço, as consultas e atendimentos lá realizados são agendados, se, por qualquer motivo, o atendimento atrasa, o cliente é imediatamente comunicado das razões que levaram ao atraso. Esse comportamento encontra eco nas orientações adicionais às diretrizes normativas do Decreto número 3.507, Art.3º:

"fixar o intervalo de tempo de espera previsto para o atendimento e informar o usuário a respeito deste prazo. De acordo com a sua natureza, a organização deverá adotar sistemas de marcadores de vez, para evitar a formação de aglomerações ou filas de espera. A organização deverá ter como meta a redução dos tempos de espera para o atendimento, mantendo a qualidade dos serviços e, de

preferência reduzindo os seus custos operacionais.”
(Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2000:3).

Como a implantação de unidades de Hospital-Dia decorreram da urgência que a epidemia de aids demandava, os espaços físicos destinados ao seu funcionamento são em geral improvisados e, conseqüentemente inadequados. Esses pontos críticos e dificuldades são evidenciados também no desempenho do Hospital-Dia da Fundação Benjamim Guimarães (Belo Horizonte-MG), como se pode ler num relatório de avaliação de diversas alternativas assistenciais, que aponta: *“insuficiência de área física para o funcionamento do HD; proximidade das instalações do HD da ala de internação convencional (maior exposição às infecções oportunistas).”* (MS(d),1997:14).

Outro exemplo obtém-se da unidade situada no hospital de Clínicas de Porto Alegre, com *“limitação da área física. A sala de procedimentos encontra-se anexa ao arquivo do setor.”*(MS(g),1997:15).

O entrevistado 12 indica o que considera como *fator negativo maior*:

“Olha, eu acho que o fator negativo maior é que eu acho que as pessoas têm pouco hábito de participar de protocolo de pesquisa. Então, ainda não tem muita noção, agora eu acho que o projeto MAC foi bom para dar um treinamento mesmo, mas a gente ainda tá muito ,é é ainda está engatinhando...ainda tem que ser mais profissional, entendeu?(...)”

O depoimento descreve a defasagem do processo de trabalho da equipe do setor em relação à pesquisa, também uma atividade acompanhada no Hospital-Dia. O entrevistado, que também fala do lugar de pesquisador, utiliza a palavra *engatinhando*, para expressar as dificuldades que a equipe encontra nesse aspecto, e as necessidades de desenvolvê-lo.

“Eu acho que aqui no Hospital..não é só no Hospital—Dia é tudo muito intrincado, têm vários problemas várias etapas para projetar problemas no meio do caminho. Então, eu acho de eu ter uma consulta e as interrupções sucessivas por causa de coisas pequenas entendeu? Que já deviam funcionar meio automaticamente, que a gente ainda não tem o automático muito bom. Eu acho que mesmo o fluxo interno da gente ainda meio confuso, isso aí não é culpa de ninguém, não, é culpa de

todo mundo, é que o Hospital-Dia ainda não encontrou, porque é muito formulário diferente, entendeu? Cada hora entrou um formulário novo entendeu? (...) troca o formulário antigo por mais novo que no fundo é a mesma coisa você fica com dois formulários que no final você não sabe qual é, então tem uma porção de coisinhas, o paciente vai e volta, você vê, o outro voltou porque não entregou o cheque na farmácia do controlado e retorna, aí isso passa pelo enfermeiro e passa para mim, quer dizer, vai indo em várias etapas de retenção, entendeu? Que poderia funcionar mas isso não é coisa do Hospital-Dia só não, [diminuição do tom de voz] isso é do HEC entendeu? É tudo fragmentado, são vários prédios, são vários formulários fragmentados, que é péssimo, poderia ser um formulário só que deveria ser desmembrado no laboratório [...] acho que tem umas coisas que poderiam melhorar, mas tudo vem com a informática que a gente não consegue revisar.” (Entrevistado 12).

O descompasso das ações, para o entrevistado 12, procede não somente de fatores do Hospital-Dia como também de variáveis inerentes à unidade. O profissional narra essa questão, apontando setores envolvidos, propondo pontos de partida para soluções viáveis. Destaca os problemas específicos do Hospital-Dia, e percebe onde estão imbricados com outras dinâmicas do Hospital. Pelos motivos concernentes às implantações urgentes dessas unidades, os problemas de fluxo também fazem parte da rotina do Hospital-Dia da Santa Casa de Misericórdia em Porto Alegre, onde inexistem um “*Sistema de Agendamento. Os pacientes são agendados informalmente e de maneira verbal, acarretando problemas com o fluxo e atrasos no atendimento.*” (MS(g),1997:19). No que concerne à informatização, o Hospital-Dia do Hospital Nossa Senhora da Conceição (Porto Alegre), ao ter analisada a sua unidade, recebeu como sugestão a “*necessidade de informatização do serviço para melhor consolidação e análise de dados.*” (MS(g),1997:23).

[...] A questão do espaço físico hoje tal é o porte, a importância que o Hospital-Dia assume dentro do Hospital acho que é uma coisa que tem que ser mais investida, acho que tem que se prestar mais atenção nisso, mas isso a gente vive, de uma forma transitória aqui, quando for para um outro local que está planejado isso, acho que vai ser solucionado.” (Entrevistado 15).

Nesse relato, o Hospital-Dia é retratado com palavras que lhe atribuem excelência, como *porte (...)* importância (...) *dentro do Hospital.* Daí o entrevistado prosseguir justificando a solicitação de maior atenção e

investimento na unidade. O mesmo entrevistado, ao ser questionado sobre o que deveria ser aperfeiçoado no atendimento do Hospital-Dia do CPqHEC, reforça o item espaço físico:

“Acho que a questão do espaço físico, assim (...) é condizente com o porte que é o Hospital-Dia hoje, que representa uma assistência, acho que é uma coisa mais expressiva, né?”
(Entrevistado 15).

Outros relatos endossam a questão do espaço físico como um fator negativo. Para o entrevistado 13, *“o espaço físico é uma coisa que traz uma certa negatividade (...) e prossegue:*

“(...) a gente poderia tá atendendo um número muito maior de pacientes em condições melhores pra esses pacientes. Em função do espaço físico muitas vezes, o paciente demora um pouco mais aqui no Hospital-Dia, muitas vezes eles demoram mesmo que termine a medicação, eles continuam aqui porque eles se sentem bem de certa forma, a grande maioria no ambiente do Hospital-Dia. (...) oferecendo mais serviços do Hospital-Dia, eu vejo que também poderia se estar oferecendo, mas também se não consegue oferecer é por conta desse espaço físico. O dia que o Hospital-Dia tiver um espaço físico maior vai se conseguir se oferecer mais serviços. Sinto a falta de alguns serviços que compõem o CPqHEC estarem fazendo atendimento aos pacientes, Serviço de Psicologia, acho que deveria ser muito mais presente aos pacientes que estão fazendo o atendimento em Hospital-Dia, a Nutrição poderia estar muito mais presente. Alguns serviços poderiam estar muito mais presentes compondo [pausa para reflexão] o que falta ao Hospital-Dia? [responde prontamente] Uma equipe multidisciplinar. Isso falta ao Hospital-Dia. O que acontece muitas vezes a equipe de enfermagem acaba fazendo entendeu? Esses atendimentos. Acho que esse é o lado negativo do Hospital-Dia. O Hospital-Dia poderia ser visto por outros funcionários da instituição, com os mesmos olhos que a equipe de enfermagem e a equipe médica do Hospital-Dia.”

O entrevistado atribui ao exíguo espaço físico, a impossibilidade de um melhor atendimento. Mas a importância desse relato está, sobretudo, nas queixas de ausência de algumas especialidades. O profissional acaba por deslocar o principal fator negativo para essa questão. Ele se pergunta sobre o que realmente falta ao Hospital-Dia, como se procurasse entender o porquê da atual situação do setor, que, aos seus olhos poderia ser melhor. O entrevistado, ao dizer *os mesmos olhos que a equipe de enfermagem e a equipe*

médica do Hospital-Dia, coloca a equipe na posição digna de servir como espelho para outros profissionais dos demais serviços existentes no CPqHEC. As dificuldades decorrentes da ausência de algumas especialidades no Hospital-Dia são também referidas na unidade do Hospital Nossa Senhora da Conceição (Porto Alegre): *“Ausência de profissional da área de saúde mental na equipe básica responsável; ausência de profissional de serviço social na equipe básica responsável.”* (MS(g),1997:23). Por outro lado, relatos positivos sobre o assunto confirmam a presença de campo de trabalho para essas especialidades. O Hospital-Dia do Hospital dos Servidores do Estado (RJ) é o exemplo:

“O serviço social do HD desenvolve um excelente trabalho educativo e de apoio aos pacientes de aids e seus familiares. Para o desenvolvimento das atividades na área psicossocial a equipe conta com a participação de um psicólogo voluntário, o qual frequenta o serviço, duas vezes por semana (2ª. e 4ª.feira).

O trabalho educativo apresenta abordagem individual, no qual o paciente é visitado no leito, onde recebe apoio psicológico no sentido de diminuir as tensões emocionais e abordagem coletiva, através de reuniões grupais, nas quais recebem esclarecimentos sobre seus direitos de cidadão e direitos trabalhistas.” (MS(f),1997:16).

A entrevista 14 tece também comentários sobre a ausência de especialidade e diz: *“(...) têm alguns serviços ainda que poderiam ser feitos ainda com os pacientes, com relação ao serviço social (...).”* A frequência de verbalização da palavra “ainda” denota que o profissional percebe que “ainda” é tempo de realizar mudanças, e, conseqüentemente, tornar-se esse Serviço mais presente na unidade.

Destaca-se que, mesmo diante de diversas falas mencionando a questão do espaço físico, há ainda um aspecto que, negativo, culminou por adquirir um valor positivo. Trata-se do “salão” de atendimento, situado numa pequena área (por contingência) e compreendendo, simultaneamente, o local de assistência (aos clientes atendidos em poltronas) e o posto de enfermagem. Sem dúvida, a primeira impressão é de inxequibilidade, contudo ele assumiu características que o transformaram em um local

agradável. Os clientes aí atendidos manifestam-se positivamente ao convívio próximo de clientes e profissionais. Dembinski, em trabalho intitulado “*Espaço vivido e território investido pelos usuários ou como se organiza a vida dos pacientes no hospital*”, aborda o assunto do cuidar e da adaptação espacial. O autor relata a experiência positiva de adaptação de espaço vivenciada em um hospital francês:

“Em uma das salas, os profissionais de saúde aproveitaram a redução de leitos para modificar a disposição da área comum, e aí instalaram um salão improvisado com poltronas, uma mesa e revistas existentes no serviço. A empreitada partiu da constatação: apatia do ambiente dos pacientes. A despeito dos esforços, eles somente alcançaram resultados pontuais e limitados. (...) Após discussões, eles decidiram criar um espaço a compartilhar com os pacientes, que assumiu características de um salão na entrada da sala, aonde, doravante, os pacientes seriam acomodados em poltronas. Salão, o qual, rapidamente foi adotado pelos usuários (durante as visitas, as famílias se reúnem com seus pacientes, o interno e as enfermeiras o utilizam para preencher questionários de admissão, os auxiliares, às vezes, aí permanecem com os pacientes em torno de uma xícara de café). Nesse sentido, pode-se dizer que essa redistribuição espacial permitiu a evolução do sistema de comunicação estabelecido com os pacientes, e reforçou a coesão do coletivo de profissionais da assistência.” (2000:121).

Essa observação não pretende minimizar as sérias limitações que o atual Hospital-Dia apresenta, mas indicar que soluções tais quais as citadas podem conferir à assistência surpresas agradáveis. Os problemas apresentados anteriormente, seja o espaço, seja o fluxo de trabalho, são coerentes com as principais queixas de clientes e profissionais. No dia-a-dia do Hospital-Dia do CPqHEC, deparam-se constantemente essas situações, que inviabilizam a otimização do processo de trabalho. Esses aspectos sinalizam a necessidade de planejamento que contemple as expectativas construídas para o setor.

Investigar-se-ão, agora, as falas que abordam as perspectivas para o Hospital-Dia do CPqHEC. O tema “*Perspectivas*” tem o objetivo não só de esclarecer as expectativas de profissionais a respeito do futuro do Hospital-Dia como também contribuir com a descrição do panorama atual e das medidas de transformação. As expectativas, sinalizam frequentemente

soluções para as deficiências já apontadas. É nesse momento em que a discussão entre assistência e pesquisa se trava. A propósito, o entrevistado 11 inicia exclamando:

“Ah! Eu imagino que nós possamos ter um espaço físico assim que possa abranger todas as nossas necessidades, e de nossos clientes, né? Eh...para que cada vez seja melhor o atendimento dos clientes que nos procuram.” (Entrevistado 11).

O profissional fala de sua expectativa como um sonho vislumbrado. Comentários e sugestões dirigidos ao Hospital-Dia da Santa Casa de Misericórdia (Porto Alegre) reconhecem essa questão como limitante do maior desenvolvimento das atividades do setor e recomendam a *“necessidade de ampliação do espaço físico, para um melhor desenvolvimento das ações”*.(MS(g),1997:19). O entrevistado encontra eco de suas aspirações na fala seguinte:

“(...) Primeiro lugar, a gente precisa de espaço (...)é um dinamismo que tem ocorrer aqui dentro em função das necessidades dos pacientes e dos protocolos que rolam (...) eu acho que o futuro do Hospital-Dia é não somente a tendência de a gente atender pacientes que precisa de Hospital-Dia mesmo, a tendência é ir diminuindo porque a gente está fazendo progresso no tratamento de anti-retroviral, então, cada vez a gente vai ter menos clientes (...) agilizar o mais rápido possível aqueles que a gente tem de abordar com destreza e agilidade, né? Que a gente tá tentando organizar para poder ter e eu acho que é o lugar ideal para se desenvolver protocolos (...) acho que é a grande importância e a diferenciação do Hospital-Dia tem que ser para isso, para direcionar os protocolos e para [pausa] porque protocolo de pesquisa é uma coisa que tem que ser agilizado, ainda mais quando é protocolo de doença , quando é protocolo de acompanhamento de coorte assintomático é uma coisa mas quando você acompanha doente , doente você quer é agilizar dentro do seu protocolo e você poder fazer aquelas coisas todas, né? E se você não tem mais aquela quantidade muito grande de pessoas doentes para você atender você vai ter um contingente que vai se manter mais ou menos nesse porque uns que chegam, outros que saem, então, acho que o futuro do Hospital-Dia é pesquisa. Tenho certeza, se não for para pesquisa, ele vai perder totalmente a sua importância porque os doentes, a tendência é cada vez melhorarem mais, e a gente quer crescer para ter espaço para poder ter vagas (...) eu acho que o ideal (...) aqui é ter pesquisa enfermagem, médica, social, e é um lugar onde o núcleo disciplinar pode se encontrar, sem ter que ter aquela coisa de ambulatório, é o Hospital-Dia que centraliza os profissionais, não o profissional

que centraliza os profissionais (...) acho que o destino é esse é a minha maneira de ver. Eu tenho muita experiência do Hospital-Dia porque eu peguei ele em várias fases...peguei uma fase que eu não estava presente, uma fase que estava presente que eu acho que não estava bom, eu não senti o Hospital-Dia ágil, entendeu? Achava que as coisas estavam muito devagar, acho que era muito em função dos hábitos das pessoas e eu acho que mudou, acho que esse último ano o Hospital-Dia mudou (...) eu acho que, se tiver pesquisas que começar integrar a enfermagem, os médicos, com a assistente social, com a nutricionista, tudo aqui dentro do Hospital-Dia, não tem lugar melhor para profissionais encontrarem do que no Hospital-Dia, o paciente vem, faz tudo, resolve os problemas e vai embora para casa, esse, eu acho que é a melhor visão que eu tenho do Hospital-Dia.” (Entrevistado 12).

O entrevistado 12 inicia tratando do espaço físico, posicionando-o em primeiro lugar. Imediatamente esse entrevistado manifesta a preocupação com o aspecto da assistência e diz: *“das necessidades dos pacientes”*. Continua, situando outra atividade realizada no Hospital-Dia: os protocolos de pesquisa. Segue, esclarecendo as transformações ocorridas no tratamento da aids e suas repercussões no Hospital-Dia. Conclui, atribuindo à pesquisa um importante papel no futuro da unidade.

Cabe aqui esclarecer alguns pontos importantes que dizem respeito à fala do entrevistado. A trajetória que a aids vem percorrendo tem sido marcada por surgimento de manifestações clínicas e novas tipagens do vírus, intercalada com avanços tecnológicos, que açambarcando, o campo farmacêutico, e o campo da assistência. Como foi já discutido, a aids desencadeou melhora em diversos domínios. Por outro lado, a pesquisa não mediu, e não mede, esforços, no sentido de buscar sempre soluções novas. Hoje, pesquisam-se novas drogas; novas modalidades de atendimento, sua eficácia, e aplicabilidade em outras especialidades, que não somente a aids; satisfação do usuário, etc. Muito se deve ao panorama provocado pela aids, a implicação do *doente e/ou paciente* como sujeito que recebe e atua ativamente no sistema de saúde. Outro aspecto é a constatação que as instituições que desenvolvem pesquisas clínicas e tecnológicas, incluído aí o CPqHEC, conferem um atendimento de qualidade, que se não é o ideal [como o Hospital-Dia do CPqHEC, devido a questão do espaço], certamente

é superior ao que é hoje oferecido pelo mercado, além de ultrapassar a expectativa de clientes lá atendidos.

O entrevistado salienta a preocupação com a pesquisa, que tem fomentado a competência dessa unidade de Hospital-Dia, imbuindo-se profundamente da preocupação com o atendimento humanizado, e exemplifica com um caso surgido recentemente no Serviço de um cliente com o diagnóstico de tuberculose resistente, que lutava contra a internação, era toxicômano e cuja condição financeira era precária. Procurou-se instaurar o protocolo de pesquisa denominado DOT (Directly Observed Therapy), que prevê a administração do medicamento sob a supervisão do profissional de saúde no Hospital-Dia, para tanto, havia a preocupação com o transporte e com a alimentação desse cliente. Esse tipo de protocolo vem sendo amplamente adotado em países do hemisfério norte e, mais recentemente, em nosso País. Esse exemplo torna evidente não ser o protocolo de pesquisa que provoca o surgimento de clientes, e sim a necessidade surgida no usuário que demanda o protocolo. A preocupação criteriosa em seguir os preceitos éticos concernentes, a projetos de pesquisa envolvendo seres humanos está presente em todas as etapas do processo de investigação, desde o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* até o término do protocolo, aí incluídos os agradecimentos pela participação. Ressalta-se que o cliente que não deseja participar de protocolos em momento algum sofre constrangimentos na continuidade de seu tratamento, ou negação desse, em função de sua escolha. Aquele que recusa não é visto pelo pesquisador como “não cooperativo”, é sim respeitado. O pesquisador que se comporta de qualquer outra maneira não estaria observando os requisitos mínimos necessários às características de um pesquisador. A propósito, Corbett et alli enfatizam que o *“processo de obter o consentimento para randomização pode afetar a experiência da assistência do paciente, especialmente quando o tratamento pode ser um problema de vida ou morte”*.(1996:227).

Na estratégia para a implementação do *Projeto Padrões de Qualidade do Atendimento ao Cidadão*, contemplando o Decreto número 3.507, está

previsto “o desenvolvimento de projetos piloto de implantação de padrões, em parceria com algumas organizações federais” (2000). Essa informação ilustra que existem protocolos com diversas finalidades, certamente, depara-se o inverso da idéia acima exposta: o cliente gerando pesquisa. Mas, o que interessa aqui é, sobretudo, esclarecer que o “leitmotiv” do Hospital-Dia do CPqHEC tem sido a busca de soluções alternativas para o usuário através de protocolos de pesquisa.

Daí a preocupação manifestada pelo entrevistado. Ele diz que “(...) *tem que ser agilizado ainda mais quando é protocolo de doença, quando é protocolo de acompanhamento de coorte assintomático é uma coisa, mas quando você acompanha doente(...)*”. Essa fala traduz a urgência em tratar o doente com presteza e eficiência, a qual surge da constante preocupação em assistir e acompanhar com qualidade, respectivamente, o cliente e os protocolos de pesquisa.

Essa concepção de trabalho encontra apoio na análise de processo aplicada no Hospital-Dia no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A unidade é apontada pelo MS(g) como:

“centro de referência em treinamentos em HIV/aids promovendo uma média de 4 eventos por semana. Desenvolve um programa de “Educação Médica Continuada” e realiza estudos de casos clínicos, diariamente. As reuniões técnico-científicas ocorrem numa média de 2 vezes por semana, e a discussão de artigos e atualizações em HIV/aids ocorre com freqüência satisfatória.” (1997:15).

O documento entende essa prática como um avanço e um aspecto positivo evidenciado no desempenho geral do Hospital-Dia, “o que propicia o desenvolvimento do trabalho científico, atividade de pesquisa em HIV/aids e opções de estágio em medicina e enfermagem nesta área.” (1997:15).

A fala do entrevistado 12 salienta ainda a inversão presente nas instituições de saúde, que normalmente priorizam funcionários em detrimento dos clientes. O entrevistado 12, com perspicácia, observa que “(...) *é o Hospital-Dia que centraliza os profissionais, e não o profissional que centraliza os pacientes (...)*”. Vislumbra a realização de pesquisas em todas as

especialidades de saúde, entendendo que esse é o caminho que amadurecerá os profissionais, em seus atendimentos os clientes, na condução de seus tratamentos, e, finalmente, o Hospital-Dia, na sua dinâmica e processo de trabalho. O mesmo entrevistado, ao tratar da questão sob esse prisma, contempla a multidisciplinaridade, anteriormente abordada por outro profissional entrevistado, e finaliza lembrando aos leitores que essa modalidade de atendimento propicia a singularidade de “o paciente vem, faz tudo, resolve os problemas e vai embora para casa.” O entrevistado assume aí a entonação de agilidade e simplicidade no atendimento proporcionado pelo serviço.

O entrevistado 13 prossegue preconizando para o Hospital-Dia uma equipe multidisciplinar atuante:

“Para o futuro, eu acho que se a gente consegue fazer um Hospital-Dia multidisciplinar, acho que vai ser um Hospital-Dia ideal. Acho que o futuro deveria ser esse. Eu acho que o futuro é uma coisa meio complicada de se prever, né? Porque existe outros fatores que, às vezes, dificultam de você estar vendo o futuro. Acho que o futuro seria, uma coisa boa pro futuro do Hospital-Dia, seria isso uma equipe multidisciplinar para o Hospital-Dia.”

“Acho que cada vez mais vai crescer a nível de atendimento e de diagnóstico de tratamento, eu acho que é um espaço ótimo para você implementar protocolos de pesquisa aqui, eu acho que tem toda assim uma equipe muito bem treinada, eu acho que é um lugar excelente, então, eu vejo que isso pode aumentar em termos de protocolos clínicos, acho que eu elegeria o Hospital-Dia para colocar isso e assim cada vez mais diminuir mais a internação e incrementar o Hospital-Dia eu acho que o ideal seria isso tentar que os doentes cada vez mais sejam vistos numa unidade como essa, evitando a internação.” (Entrevistado 15).

“(...) grupo de dinâmica, acho que poderia ser feito também com esses pacientes.” (Entrevistado 14).

A percepção dos profissionais e dos clientes apresenta coerência com a realidade da dinâmica do Hospital-Dia. O processo de trabalho aí desenvolvido tem buscado, progressivamente, acompanhar as novas tendências no tratamento da aids. A urgência no tratamento reflete-se na expressão “(...) vai crescer a nível de atendimento, e de diagnóstico (...)”. E o fomento

de estudos é projetado, quando o entrevistado comenta: “(...) *espaço ótimo para você implementar protocolos de pesquisa (...)*”. No Hospital-Dia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, a atividade científica lá desenvolvida, classificada no relatório de avaliação em *Avanços e pontos positivos evidenciados no desempenho geral do HD*, recebe o seguinte comentário: *regularidade nas reuniões técnico-científicas o que possibilita uma melhor qualificação das atividades desenvolvidas*”. (MS(f),1997:12)

A presença das questões - assistência, ensino, e pesquisa - atenta para uma trajetória que busca aprimorar a concepção do atendimento com qualidade. Não se pretende hipertrofiar o aspecto pesquisa em detrimento da assistência, mas desenvolver e oferecer uma assistência diferenciada, e articulada com a pesquisa. Percebe-se, assim, a sintonia com a tendência recentemente fomentada pela Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, no que diz respeito aos padrões de qualidade do atendimento ao cidadão. Esse movimento, igualmente vivido na Europa, foi desencadeado na 8ª. Reunião dos Ministros Europeus da Função Pública e da Administração. No Brasil, o Decreto número 3.507 “*dispõe sobre o estabelecimento de padrões de qualidade do atendimento prestado aos cidadãos pelos órgãos e pelas entidades da Administração Pública Federal direta, indireta e fundacional (...)*.” (2000). Percebe-se consonância das ações a seguir preconizadas com as percepções manifestadas nas falas de clientes e profissionais envolvidos na dinâmica do Hospital-Dia do CPqHEC. Atualmente contempla-se alguns dos incisos abaixo apresentados. Ressalta-se que aqueles ainda não açambarcados fazem parte das projeções vislumbradas para a unidade. Para tanto, dentre os artigos pertencentes ao Decreto, destacar-se-á o :

“Art.3º.Os órgãos e as entidades públicas federais deverão estabelecer padrões de qualidade sobre:

- I- a atenção, o respeito e a cortesia no tratamento a ser dispensado aos usuários;*
- II- as prioridades a serem consideradas no atendimento;*

- III- *o tempo de espera para o atendimento;*
 - IV- *os prazos para o cumprimento dos serviços;*
 - V- *os mecanismos de comunicação com os usuários;*
 - VI- *os procedimentos para atender a reclamações;*
 - VII- *as formas de identificação dos servidores;*
 - VIII- *o sistema de sinalização visual;*
 - IX- *as condições de limpeza e conforto de suas dependências.*
- (2000).

A percepção oriunda do olhar dos profissionais entrevistados compreende que, para o futuro do Hospital-Dia, desde que a questão espaço seja solucionada, ações, assistenciais, de ensino e pesquisa, continuarão a ser aí desenvolvidas, e, para, o usuário os seus processos de trabalho parecerão mais afinados. Permanece a idéia de flexibilidade conferida à unidade. Essa característica, somada às expectativas dos profissionais, garante a constante renovação de possibilidades de atendimento nessa modalidade assistencial.

Aspectos não contemplados nas falas dos entrevistados acabam por deixar à margem pontos que contribuem para a ampla compreensão do que possa vir a ser e oferecer o Hospital-Dia do CPqHEC. Esse estudo investiga a dinâmica da modalidade assistencial no atendimento aos clientes com aids, contudo, à parte a confirmação de que essa modalidade assistencial contempla diversas especialidades, ao se abordar somente as doenças infecto-parasitárias, abre-se imediatamente um novo leque de possibilidades para o setor. Malgrado hoje a clientela aí assistida compreender em seu bojo pacientes com aids, não é evidente a manutenção do monopólio do setor por essa patologia. Ao contrário do que ocorria há alguns anos, atualmente se depara o assustador aumento do número de casos de infecção pelo HTLV1. Esses clientes já vêm criando situações diferentes de atendimento no

Hospital-Dia. Esse movimento contrapõe à idéia de que mudanças no comportamento da aids, numa correlação direta, determinariam mudanças na trajetória do Hospital-Dia. Mudanças nessa unidade, certamente são previstas. Mas suas origens serão sempre uma surpresa, seja um novo comportamento da aids; seja a instalação expressiva de novos casos de HTLV1; sejam mudanças nas políticas de saúde, o que nos interessa é como se dará a adaptação da dinâmica dessa modalidade no enfrentamento de novas adversidades. Acredita-se que a resposta repousa, com grande peso, na aliança equilibrada e harmoniosa entre assistência, pesquisa e ensino.

Percepção dos clientes: atenção e dignidade no atendimento

Os clientes atendidos no Hospital-Dia do CPqHEC percebem o setor, contrapondo-o às experiências de atendimento procedentes do Ambulatório e Internação desse Hospital. Essas vivências sobressaem, sobretudo, no momento em que os indivíduos, diante de um entrevistador, respondem às questões pertinentes ao assunto. Dentre outras características, a singularidade de esse cliente ser ouvido atentamente, posiciona-o num lugar de destaque, que é por ele considerado. É dessa interação entre o locutor e o interlocutor, que emana a percepção do padrão de prestação de serviço realizado no Hospital-Dia. Assim, a atenção e dignidade no atendimento são temas que se destacam e perpassam as discussões sobre as diferentes modalidades assistenciais, que incluem ainda depoimentos sobre o restrito espaço físico reservado ao funcionamento do Hospital-Dia.

A ambigüidade de sentimentos que a experiência de internação provoca no indivíduo doente sempre foi vista e descrita como um trauma. Ribeiro, ao falar do hospital como instituição, preocupa-se com *“essa ideologia submersa e poderosa que, aliada às tecnologias de diagnosticar e tratar, nos fragilizam, desnudam e reviram-nos intestinalmente.”* (1993:22). Esse autor, definindo o doente internado, sintetiza que *“é aquele sobre o qual a ciência médica exacerba o seu positivismo, e pode afirmar a transposição da linha demarcatória da normalidade”* (1993:50). Coberta de sentimentos indefinidos, por vezes de teor negativo, a internação desperta nos doentes as mais diversas sensações. Não se pretende aqui o aprofundamento do tema, visto que não é o objeto em estudo. Contudo, através dos relatos dos entrevistados, detecta-se nas falas, nas reticências e nos suspiros manifestados sua relevância temática. Essa discussão contrapõe-se aos sentimentos manifestados em decorrência da assistência recebida no Hospital-Dia do CPqHEC, modalidade de atendimento alternativo ao modelo convencional.

Afirma o entrevistado 1:

“(...) em termos de experiência, não foi boa, né? Porque você quando se interna [pausa]”

Essa fala responde à solicitação ao entrevistado de narrar o motivo e a experiência de internação. O cliente iniciou a sua com um momento de reflexão, como se procurasse numa retrospectiva mental a mais adequada verbalização para uma questão que, em geral, não suscita boas lembranças. A pausa indica e omite palavras que definam a experiência, numa clara evidência da obviedade que o assunto traz em si mesmo, dispensando, portanto, o prolongamento de emissão de palavras. Continuando a análise desse enunciado, pode-se observar, quando o entrevistado utiliza *você*, uma estratégia lingüística e cognitiva. Por um lado, o *você* funciona como um lugar gramatical que, no mundo real, poderá ser preenchido por qualquer pessoa que se submeta à experiência da internação. Por outro lado, o mesmo *você* revela uma tentativa mentalmente estruturada pelo entrevistado visando a um compromisso de identificação entre ele e o entrevistador cujo objetivo é inserir o entrevistador na resposta, em busca não só de sensibilizá-lo para o fato, como também do apoio e de sua aquiescência para com o que relata ou deixa entrever nos desvãos de sua resposta.

A passagem da condição de indivíduo são à condição de doente acontece abruptamente. Sem a nítida compreensão do fenômeno, o indivíduo é surpreendido pelo fato, pois antes era somente alguém que se consultava no consultório de seu médico. Ribeiro descreve singularidades de clientes de consultório e de internação:

“Ao contrário do paciente do consultório que mantém seu direito de opção em aceitar ou não o tratamento e desobedecer à prescrição, o doente acamado perde tudo. Sua vontade é aplastada, seus desejos coibidos, sua intimidade invadida, seu trabalho proscrito, seu mundo de relações rompido. Ele deixa de ser sujeito. É apenas um objeto da prática médico-hospitalar, suspensa sua individualidade, transformado em mais um caso a ser contabilizado.”
(1993:50).

O doente deixa de ser do “*seu médico*”, e é posicionado na condição de “*algo*” que sofre ações das diversas categorias profissionais que

compõem a complexidade hospitalar. Observa-se que tal situação, seja num hospital com aparência afável, seja um hospital com ares de uma fria instituição, sempre provoca ansiedade. Sant'Anna retrata bem esse sentimento:

“Aprendizado difícil pois, mesmo naqueles hospitais ou alas hospitalares semelhantes a hotéis cinco estrelas, a transformação do indivíduo em paciente inclui a vivência de uma série de separações e, por conseguinte, de sofrimento. Uma vez internado, o paciente sofre uma ruptura com seu cotidiano, desencadeadora de um sentimento de “falta de existência”, como se ele ficasse subitamente em déficit para com o mundo: separa-se da família, da residência, do bairro, do trabalho, dos amigos e começa a experimentar um constante desfazer de suas certezas e identidades; suas diferenças de sexo, idade e profissão tendem a ser anuladas em favor da condição de paciente; ele deixa de ter direitos sobre o próprio corpo e se vê separado, de modo abrupto, da vida que, dia a dia, construía e reconstruía sua identidade.” (2000:13).

Na aids, o receio de internação acompanha o indivíduo desde o conhecimento da sua soro-positividade. O depoimento de Bernardet confirma isso:

“Saí tranqüilizado do médico, chão firme, nessa base: talvez morra logo, o que não me importa demais, só me atemorizam meses de agonia, camas de hospital, a tez embaçada, o olhar dos outros. Enquanto permanecer ativo e a aparência pelo menos resguardada, vou em frente.” (1996:9).

No relato a seguir, a diluição da experiência negativa acontece diante de um atendimento acolhedor da equipe de saúde:

“A experiência é o seguinte [repetição] a experiência de ficar internado não foi muito boa, né? [pausa] porque estava enfermo. Agora, a respeito do tratamento dos pessoal, o pessoal foi bom. Me atendeu bem, graças a Deus. Isso, eu não tenho nada de falar de mal, não. Os pessoal da enfermaria são tudo bom: médico, enfermeiro, faxineiro, comida [sorrisos], cozinha. Todo mundo são bom.” (Entrevistado 5).

Esse cliente merece uma apresentação particular. Ao iniciar o seu tratamento no Hospital-Dia, era completamente introspectivo, e até manifestava temperamento belicoso. Seu encaminhamento foi realizado pela enfermaria, procedente de sua primeira experiência de internação. Muito tempo passou sem que ele se mostrasse mais seguro e confortável em suas

vindas ao setor. Não fora o atendimento cuidadosamente construído para sua melhor adaptação, teríamos, no mínimo o sofrimento do cliente mais prolongado. Para o entrevistado, a evocação a Deus oscila entre uma religiosidade advinda de uma crença consolidada, e um produto de reflexo popular, que evoca a Deus diante de situações geralmente difíceis, em que mais se trata da sorte do que realmente da intervenção divina. Ressalte-se ainda que, quando falamos de sorte, estamos igualmente dizendo que o normal seria uma vivência negativa, no entanto, com sorte, o desenrolar dos fatos pode ser positivo.

Não obstante os relatos negativos diante da eminência de internação, percebe-se que essa experiência, precedida de situações ainda mais negativas, como atendimentos obtidos em outros hospitais que não o CPqHEC, apesar de prenunciar a repetição sempre traumática decorrente dessa modalidade assistencial, acaba por atenuar os sentimentos vividos na enfermaria do Hospital. Nesse sentido, segue-se o depoimento do entrevistado 2, narrando resumidamente como viveu seu tratamento em outros hospitais:

“Tive uma que não chegou nem a ser tratamento, fui encaminhada, quando engravidei, e acabei sabendo que era portadora, foi no Gaffré. Cheguei lá, eles não sabiam o que iriam fazer comigo, se me mandavam para a obstetria ou ginecologia. Quando eles me olhavam grávida, há oito anos, eles não sabiam ainda o que fazer. Aí eu falei para minha médica: não volto mais lá [ênfase] e continuei fazendo o pré-natal, sem fazer o tratamento para o HIV, eu fiquei dois anos ainda para começar o tratamento. Foi essa experiência que eu tive, foi péssima [tom de raiva] . Falei: não volto mais lá. Tenho cartão e tudo pra voltar, eu não voltei.” (Entrevistado 2).

O mesmo entrevistado, ao relatar a internação ocorrida no CPqHEC, entusiasmado descreve:

“Ah!! Foi fantástica. A primeira eu estava realmente angustiada, e eu desconhecia, nunca tinha me internado, nem tinha ficado doente. Foi assim...foi muito bom, até em termos emocionais foi muito bom. Foram dois meses, né?” (Entrevistado 2).

A exclamação inicial acompanhada de suspiro delimita o espaço que mantém distante experiências negativas vividas anteriormente. Ainda assim, o entrevistado cita o sentimento de angústia na primeira situação vivenciada. Ele finaliza seu depoimento com um tom de pergunta, buscando no interlocutor o reconhecimento de sua força e tenacidade diante de uma situação tão adversa.

A mesma ansiedade diante da receptividade e atendimento adequado por parte da equipe de saúde no momento da internação está presente em outras falas.

“A primeira vez que eu internei eu tava com tuberculose, e tive meningite. A primeira vez foi assim estranho, né? Eu nunca tinha ficado internada, né? Aí eu [pausa] eles me atendeu direito, conversou comigo, mas no começo eu chorava queria embora, aí depois veio aquelas...tive um monte de pobremas, mas eu fui bem tratada. Não senti diferença nas outras vezes sempre me trataram bem. A outra vez que vim me internar já...mas a primeira vez foi difícil.” (Entrevistado 3).

Quando o entrevistado inicia a falar da equipe *“eles (...) conversou comigo”*, muda a entonação da voz, docilizando-a, mostrando que o profissional teve paciência e compreensão com ele.

No entanto, o oposto ocorre, quando o cliente é, há longo tempo, atendido no CPqHEC, e necessita de internação em outro hospital. Nesse caso, observa-se o incremento da ansiedade:

“Olha, eu diria que foi muito boa, eu comento com meus amigos e meus parentes que o Hospital Evandro Chagas tem um tratamento de primeiro mundo, e não estou dizendo isso para agradar não. Tanto que eu fui transferido para outro hospital para tratar de outra coisa, de uma bronquite porque eu estava com problemas, e eu não gostei não...preferia mil vezes tivesse ficado aqui. Foi, não sei se é particular, em Jacarepaguá, aquele grande Hospital das Clínicas de Jacarepaguá mas eu fui transferido para lá porque eu tinha pego uma pneumonia, bronquite, não me lembro bem, e eu tava entubado, e aqui o CTI estava cheio aí, eu fui para lá. Passei uns três ou quatro dias: foi a pior coisa que aconteceu comigo, eu preferi mil vezes ficar aqui.” (Entrevistado 4).

Ao falar *“não estou dizendo para agradar não”*, o entrevistado reforça o seu pensamento, ao mesmo tempo em que assegura a veracidade de seu relato.

As transformações ocorridas no transcorrer dos séculos nas relações que se travam com as doenças e os doentes serviram de constantes catapultas para situações posteriores, com as quais nem sempre se sabe lidar. Pitta observa que:

“(...) a dificuldade atual de lidar com a morte é de tal ordem que ela não chega sem comprometer, em alguma medida, a dignidade do doente, “pobre coisa eriçada de tubos que não conseguiu resistir”, a sensibilidade de uma família destrozada pela espera e a desmoralização de enfermeiros e médicos que não encontraram durante a espera uma fórmula mágica de reverter a trajetória. (...) Onipotências à parte, o certo é que, ao se transformar o hospital, e não a casa, no local onde as pessoas adoecem e morrem, todas essas questões anteriormente compartilhadas pela sociedade como um todo se encontram agora circunscritas àquele espaço.” (1991:30;31).

O diálogo entre os cuidados e a morte parece ser o mote que conduz às dissonâncias observadas nas práticas no setor saúde. É na tentativa constante de impedimento da morte que se encontram explicações, nem sempre plausíveis, para os comportamentos dos profissionais que constituem o atual panorama das assistências. A mesma autora citada explica:

“Esta ambivalência entre o privilegiar a busca da vida e o medo da morte na constituição de um campo de práticas, onde alguns indivíduos por ele se interessam e o assumem como ofício, vai atravessar até os nossos dias este todo contraditório, navegando na dependência de inflexões externas (sócio-histórico-políticas) e internas (socioculturais e intrapsíquicas).” (1991:33).

Acrescenta Foucault (a) [apud Pitta]: “Não é porque caiu doente que o homem morre; é fundamentalmente porque pode morrer que o homem adocece.” (1991:33). O entrevistado 7 ilustra parte dessas discussões ao relatar como sentiu a internação:

“(...) De estar internado? Ah! É aquilo a gente nunca gosta, né? Pra mim foi uma experiência bem péssima. Ah! De estar ali deitada sabendo que você está doente, que você pode morrer a qualquer momento, entendeu? Pra mim foi péssimo. Nunca estive internada antes.”

É sobretudo aquele que nunca viveu experiências anteriores de internação que vivencia com mais intensidade a complexidade dessa modalidade. Pitta, explicando os temas relacionados a dor, a doença e a morte, enfatiza o quanto foram considerados interditos nas sociedades, e constata que “a mentira, a não revelação do real estado do doente é o que rege o bom comportamento (...)”.(1991:34). Essa constatação explica parcialmente a atuação de profissionais de saúde, que se apropriam da doença e do doente, culminando, sempre com a justificativa de uma ação em prol do doente, em atitudes muitas vezes arrogantes, o que certamente corrobora o “drama” da internação. Outrossim, cabe ao doente internado entender que tudo acontece para “poupá-lo” (Ariès [apud Pitta],1991:31), resta-lhe, então, cooperar com a equipe, livrando-se desta maneira do rótulo de “não cooperativo”, intensificador dos sentimentos desconcertantes decorrentes de uma internação. A autora comenta ainda em determinada ocasião, uma médica, não se sentindo bem, resistiu à hipótese de se consultar. Contudo, como houve piora do quadro, buscou o auxílio de um médico, que lhe diagnosticou “abdômen agudo”. A autora narra a experiência da internação dessa médica:

“O ambiente ainda é dissimulado e de conversas apenas, quando um súbito choque hipovolêmico obriga a uma intervenção brusca. Inicia-se aí uma ruptura de comunicação com o círculo de relações, o isolamento, a intervenção anti-séptica. Acorda livre do abscesso puro-sanguinolento que lhe invadia as entranhas, mas infantilizada e despojada de sua responsabilidade, da capacidade de refletir, de observar, de decidir. É uma criança, e como tal requer uma maternagem que a nutra e alimente, mas, antes de tudo, voltada a produzir uma ignorância pueril que “poupe” a doente de conhecer a extensão de suas mazelas, competente estratégia defensiva do pessoal do hospital para não ter de volta indagações maduras, adultas, desestruturantes. Afinal, um sofrimento demasiado visível não inspira só piedade mas repugnância; é um sintoma de falta de educação ou desarranjo mental. Hesita-se ainda em deixar exteriorizar a dor por receio de impressionar as crianças e os mais velhos na sociedade de hoje (...)” (1991:37).

É verdade que, diante das adversidades sempre atualizadas nas práticas da saúde, profissionais, ao não se perguntarem sobre seus

cotidiano, caminham muitas vezes sem um rumo previamente conhecido e por medo de se sentirem “desestruturados”, criam estratégias que os protegem. O depoimento de uma enfermeira francesa, que trabalhou com pacientes com aids, dentre várias indagações, registra:

“Acompanhamento! Uma palavra em moda, desde que a aids fez sua aparição na terra. Não somos somente enfermeiras, somos também acompanhantes. Permanecemos constantemente ao lado dos doentes, de certa maneira, nós carregamos suas bagagens, os seguimos a cada passo, (...) nessa viagem ao qual esperamos que eles não tenham mais lágrimas para derramar. Interessante papel de improvisação! Inventamos palavras, diálogos, gestos e tudo deve emergir de nosso coração para que aqueles que acompanhamos esqueçam (...).”

A autora continua se perguntando:

“se elas também não deveriam ser acompanhadas. Essas palavras, esses diálogos, esses gestos, tenho consciência que eles não têm nada de espontâneos. Não estamos nem no teatro, nem no cinema, e sim na vida. (...) Não temos professores para nos ensinar um texto que, além do mais, nunca é o mesmo. Não temos psicólogos para nos esclarecer sobre nós mesmos, e sobre as reais expectativas de pacientes com aids.” (Baranne, 1994:75/76).

Esse depoimento refere-se à epidemia no seu início, daí o relato de constância ao lado do cliente, que apresentava episódios freqüentes de diarreia, e ainda era isolado, discriminadamente, por parentes e amigos. Hoje, esse panorama mudou, não somente o quadro clínico da aids está modificado como também se observa a atenuação da questão do isolamento social. Contudo a equipe de saúde ainda se queixa da ausência de apoio psicológico que caminhe paralelamente às atividades assistenciais.

A autora desse estudo acredita que o equilíbrio das ações profissionais está no cuidado consciente, competente e humanizado. É respeitando e conhecendo a dor de outrem, sem, entretanto, se confundir ou se projetar na experiência alheia, que se torna possível uma assistência desprovida de conturbações tão presentes nas práticas do cuidar.

Desta maneira, à medida que reflexões e discussões sobre o assunto se estabelecem, são observadas, concomitantemente, mudanças nesse campo. A busca por soluções alternativas de atendimento, como Assistência Domiciliar Terapêutica e Hospital-Dia, ilustra as novas tendências nas práticas assistenciais. Outro exemplo mais recente de esforços nessa direção, é o programa incentivado pela Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, que concentra sua atuação nas linhas a seguir apresentadas:

“A) Atendimento ao Cidadão: visa a alterar as características vigentes do atendimento prestado pelo setor público à população; B) Avaliação da Satisfação do Cidadão: um dos mecanismos que visa a conhecer e a incorporar os anseios do cidadão para dentro da organização e C) Incentivo à Melhoria da Qualidade: visa a mobilizar as organizações públicas para a adesão ao processo de melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados ao cidadão.” (2000:3).

As vivências de internação são vistas como extremamente complexas, diversos aspectos poderiam relacionar-se a respeito desse objeto. Sant’Anna percebe as ações realizadas em ambiente hospitalar assumirem ritmo moroso e fragmentado:

“(...) muitas informações sobre o estado do paciente, o potencial dos remédios prescritos, os horários das cirurgias e da “próxima injeção” também são transmitidas aos pacientes e familiares a conta-gotas, aos pedaços. O que implica viver sob a angústia da espera. Espera-se o próximo remédio, o próximo diagnóstico, a próxima visita, a próxima refeição, o próximo banho, o próximo dia e a próxima noite.” (2000:13).

Sintetiza o entrevistado 8 o momento em que esteve internado:

“Eu estava com o ferimento da leishmania. Foi muito ruim, né? Por um ponto foi bom porque foi rápida.”

As observações de campo corroboram as falas aqui apresentadas. Dificilmente, o cliente recebe a indicação de sua internação com tranqüilidade, a que se acrescenta ainda a angústia de colegas que solidários, argumentam ser ela o melhor para o cliente naquele momento e acenam não só com uma breve alta hospitalar mas também com um rápido retorno ao Hospital-Dia, visto sempre como um alívio. O hábito de a equipe

visitar, eventualmente, o cliente na enfermaria, fornecendo esclarecimentos a respeito da necessidade de internação, e o compromisso de visitas ao setor de internação têm sido uma maneira de amenizar essa experiência traumatizante, ao mesmo tempo que imprime ao Hospital-Dia características cada vez mais bem acolhidas por clientes e profissionais. Destaca-se, portanto, nas observações feitas em relação à Internação uma conotação negativa generalizada, ou seja, o desconforto é originado pela condição de se estar internado

Não menos distantes das queixas dirigidas à Internação, estão aquelas norteadas para o Ambulatório do CPqHEC. Esse serviço, apesar de ser destinado, sobretudo, às consultas, realiza também biópsias e alguns procedimentos diagnósticos, suscitando nos clientes o desagrado decorrente de diversos fatores. Contudo a clássica espera do atendimento ambulatorial revelou ser o que mais incomoda os clientes.

O atendimento ambulatorial tem sua trajetória marcada por longas filas lentas e desordenadas. Equipes que trabalham em ambulatórios alegam diversos motivos. Os profissionais recorrem a constantes justificativas, na ilusão de explicar, aos olhos alheios, o desenrolar desarmonioso de uma jornada de trabalho ambulatorial. O problema é sempre do outro, ora da equipe de saúde, ora do cliente. Procrastinam-se medidas que solucionem essas eternas situações.

Entrevistados, ao serem questionados como vivenciaram suas experiências no atendimento ambulatorial, manifestam o desagrado, sobretudo quando o assunto é a espera.

“Apesar da demora, eu gosto, só acho que demora bastante, mas o atendimento, quando a gente está na consulta, é bom.”
(Entrevistado 1).

“Olha, no Ambulatório, antes do Hospital-Dia, era um tratamento normal, mas, agora, depois que eu conheci o Hospital-Dia as coisas caminham muito mais rápido. De repente, é a dinâmica do Hospital-Dia mesmo, é bem mais fácil, os caminhos são encurtados. No Ambulatório [tom de monotonia], eu só trato porque é aquela rotina de 6 anos, e

também porque a minha médica está afastada, que é a Beatriz, então eu vou, marco com qualquer médico, mas não dou muita atenção. Meu negócio é com a Valéria no Hospital-Dia, a Beatriz pelos corredores, ela me consulta informalmente. E a Beth aqui na internação, pra mim é isso.” (Entrevistado 2).

Na fala do entrevistado, o surgimento do Hospital-Dia delimita claramente o atendimento ambulatorial obsoleto em contraste com o *dinâmico, rápido e caminhos encurtados* viabilizado pela nova modalidade de atendimento. Interessante ressaltar que, ao falar do Ambulatório o entrevistado 2 assume um tom de voz monótono, numa tentativa de reproduzir os procedimentos de um atendimento ultrapassado em sua estrutura de funcionamento. Nesse depoimento, o entrevistado procura contrapor o atendimento do cliente no Ambulatório ao atendimento no Hospital-Dia. No dia-a-dia, observa-se que clientes de Hospital-Dia preferem aguardar o seu atendimento neste setor, a se aventurar em longas filas do Ambulatório.

“Olha, eu digo mesmo, eu não gosto [pausa] gosto que eu vou eu fico vendo [pausa] tem muita gente, às vezes eu quero ir para casa...eu já saí daqui uma vez 5 horas da tarde, 6 horas, aí eu não gosto [pausa]. Uma vez eu parei o meu tratamento por isso, toda vez eu vinha aqui aí chegava, às vezes, eu chegava mais cedo, aí quando eu via, passava duas ou três pessoas na minha frente, essas coisas todas. Aí uma vez eu cismei e não vim mais, fiquei dois anos e seis meses.” (Entrevistado 3).

“É demorado, né?” (Entrevistado 8).

Alguns depoimentos, no entanto, manifestam-se positivos em relação ao atendimento ambulatorial mas, por vezes, acompanhados da particularidade de ter sido referendado antecipadamente por outro médico.

“Eu acho bom, porque sempre que eu vou para um atendimento no Ambulatório, eu vou encaminhado por um pedido do meu médico daqui do Hospital-Dia, que é a Dra Valéria ou o Dr. Rogério, lá do Hospital. E lá eles sabem já o que eu tenho, tenho prontuário, sou muito bem atendido, gosto muito do trabalho, continuo achando que é um serviço de primeiro mundo.” (Entrevistado 4).

“Olha, não tenho nada que reclamar. Tá, eu gosto, sou muito bem tratada, não tenho nada que reclamar.” (Entrevistado 7).

“Eu vou em caso de [pausa], se eu tiver sentindo alguma dor passando mal, aí eu vou lá e sou atendido, então, não tô sempre lá não... sou mais atendido aqui no Hospital-Dia.”
(Entrevistado 9).

O entrevistado 9, ao falar *se eu tiver sentindo alguma coisa*, afirma que somente em casos extremos recorre ao atendimento ambulatorial. O entrevistado 4 somente sente-se seguro diante do prévio encaminhamento médico, o que lhe garante uma passagem facilitada ao atendimento.

Dentre as orientações destinadas a auxiliar as diretrizes normativas do Decreto número 3.507, Art. 3º., destacam-se medidas, cabíveis a todas as modalidades assistenciais, e, que, se aplicadas ao Ambulatório, atenuariam certamente as questões aqui levantadas. Eis alguns de seus itens:

“Estabelecer padrões de atenção, respeito e cortesia no tratamento de todos os usuários, que deve ser indiscriminado; Definir prioridades no atendimento: idosos, gestantes e portadores de deficiências serão atendidos preferencialmente; (...) Definir, e divulgar, prazos para o cumprimento dos diferentes serviços prestados e adotar a pontualidade como padrão de atendimento; Informar os seus usuários e toda a comunidade a respeito dos padrões de qualidade do atendimento definidos, por meio de instrumentos de divulgação-cartilhas, manuais, folhetos, cartazes, painéis-e de campanha de mídia (...).” (Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão:8).

Enfim, existem diversas estratégias passíveis de melhorar a qualidade do atendimento oferecido no sistema de saúde. O Ambulatório do CPqHEC apresenta, sem dúvida, problemas de ordem estrutural, que contribuem para seu funcionamento deficiente. A estrutura física acanhada não permite o acolhimento, minimamente desejado, de clientes lá assistidos. Na estrutura física atual, um banal exemplo pode retratar como as ações assistenciais assumem no cotidiano um rumo que as afasta da direção da melhoria da qualidade do atendimento. A presença de grade na janela destinada à recepção do cliente de Ambulatório dificulta a comunicação, provoca a aglomeração de pessoas diante da janela, enfim, um detalhe que pode

tumultuar o atendimento e funcionar como um indicador de ausência de qualidade do serviço prestado. A propósito, Dembinski assinala que:

“sobre a maneira como são vividas e investidas as unidades de assistência pelos usuários, podemos somente confirmar as conclusões de vários autores que nos anteciparam nesse domínio: o homem faz o meio ambiente, mas simultaneamente o meio ambiente esculpe o homem e interfere sobre o seu comportamento.” (2000:122).

A falta de pessoal também é um fator, impeditivo do atendimento com qualidade. Contudo, à parte os empecilhos presentes, acredita-se que uma reorganização da atual dinâmica do setor otimizará a oferta de serviços prestados, compatibilizando o funcionamento em função da demanda existente. O Decreto 3.507 aponta soluções óbvias, nem sempre acatadas nos serviços de saúde. Organizar as filas, sempre crescentes, e esclarecer ao doente o motivo da demora do atendimento fazem parte de medidas mínimas e de respeito aos clientes. Ciente das etapas de seu atendimento, o cliente sentir-se-á menos angustiado. Assim, mesmo diante de estruturas deficitárias, a busca de soluções que melhorem o atendimento sempre é muito bem recebida.

Observou-se até agora como o cliente se comporta frente a duas modalidades de atendimento: a Internação e o Ambulatório. Apesar de redundante, ressalta-se que esse cliente apresenta respostas diferentes, em consonância ora com a enfermagem, ora com Ambulatório. Sem se aprofundar nessa questão, é recomendável que, essas estruturas assistenciais, dentro de suas realidades atuais, debruçem sobre esses aspectos e, em seguida, vislumbrem ações resolutivas.

Atualmente, encontra-se apoio no já citado Decreto no. 3.507, que trata de padrões de qualidade do atendimento ao cidadão. O documento explicativo do novo Decreto divulgado pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão conduz detalhadamente gestores dos serviços de saúde à transformação dos históricos comportamentos presentes nas

equipes de trabalho. Esse documento recomenda a avaliação da satisfação do usuário, pelo menos anualmente, e, para tanto, determina que:

“(...) as organizações públicas federais estabeleçam canais de comunicação com os usuários, para que estes possam manifestar-se quando os padrões de qualidade estabelecidos não forem cumpridos e que estabeleçam também mecanismos para assegurar que as suas reivindicações sejam, de fato, atendidas.” (2000:5).

No Hospital-Dia, a maneira como o cliente percebe o Serviço, e como a insere em seu cotidiano, traduz o seu comportamento frente à assistência recebida. O entrevistado 1, ao expressar como entende o Hospital-Dia do CPqHEC, assim o considera.

“O que é o Hospital-Dia p’ra mim? HOJE. Pra mim o Hospital-Dia, pra mim hoje, o Hospital-Dia [ênfase] é o melhor local daqui de dentro, não é desmerecendo os outros, mas, não sei se é porque eu vou com mais frequência, eu venho 3 vezes por semana, mas está sendo o melhor local pra mim em termos de maior atenção, que é até mesmo o número de atendimento não dá para [não finaliza] Então pra mim está sendo melhor. O número lá não dá para dar estas atenções que o Hospital-Dia dá.”

Esse entrevistado, ao responder a essa questão, mostrou-se extremamente autêntico. Inicialmente, antes de qualquer tipo de verbalização, parou para pensar, à procura, talvez, de registrar com fidelidade o seu próprio conceito do Hospital-Dia. Em seguida, esboçou um sorriso, que pode ser traduzido como êxito no processo de articulação de uma resposta adequada, a partir de sua experiência ao longo dos anos de acompanhamento no Hospital-Dia, embora nunca lhe tivesse ocorrido até o momento a reflexão sobre sua vivência nesse espaço institucional. No começo da verbalização de sua resposta, enfatiza e repete a frase *“(...) HOJE. Pra mim o Hospital-Dia, pra mim hoje o Hospital-Dia (...)*, enquanto continua o seu processo de auto-indagação, para, posteriormente, emitir sua opinião. O mesmo entrevistado conjectura que talvez ele considere esse Serviço o melhor atualmente pela constância de seus agendamentos. Na realidade, esse fato transmite que esse entrevistado, pela assiduidade de tratamento realizado no setor, concentra mais informações que corroboram a

fidedignidade da resposta. O interlocutor ainda aponta uma característica importante, a *atenção*, contrapondo-a à ausência percebida nos outros setores.

Considera-se esse aspecto, também manifestado em entrevistas a seguir, de crucial importância, pois, para que uma equipe tenha o seu trabalho sintetizado nessa palavra, certamente observou vários passos necessários para atingir esse objetivo. Esses passos dizem respeito a tudo o que vem sendo apresentado nesse estudo que se insere no processo de trabalho do Hospital-Dia. A atenção é considerada, então, um indicador de qualidade do atendimento.

O atendimento em alternativas assistenciais tem procurado observar o dia-a-dia dos usuários desses serviços, no sentido de proporcionar-lhes não somente um atendimento alternativo como também uma oferta de assistência personalizada, respeitando as particularidades do cotidiano dos clientes. Ao falar-se de atendimento alternativo, inclui-se a atitude também inovadora de profissionais envolvidos. Assim, o que se almeja é a garantia de continuidade dos afazeres de cada cliente, adaptando o seu horário de atendimento em Hospital-Dia ao seu trabalho, ao seu lazer, aos seus hábitos, aos seus compromissos, viabilizando-se, enfim, o tratamento harmonizado às outras necessidades do indivíduo, o que culmina na segurança, no bem-estar e na autonomia do cliente.

O entrevistado 1 relata como insere o atendimento em regime de Hospital-Dia no cotidiano de sua vida:

"Não (...) atualmente eu consigo ajustar no meu dia-a-dia numa boa. Até mesmo antes, quando eu trabalhava, dava para ajustar, entendeu? Dava para fazer a agenda, né? Agendar tudo, e sem problema nenhum." (Entrevistado 1).

Mesmo durante o período em que trabalhava, o entrevistado vivenciou a possibilidade de conciliar tratamento e emprego. A prontidão com que o entrevistado responde à questão mostra o quanto o assunto para ele é isento de maiores complicações.

Para o entrevistado 2:

“Ah! É um spa (...) e eu até já considero ali aquele ponto de encontro informal, cada um chega fala das suas agonias, aquilo é uma terapia, uma coisa importante. Hoje nós até tivemos uma experiência fantástica [relato de experiência vivenciada e narrada por um cliente toxicômano] então, acho importante esse convívio, pra gente ver, olhar para o lado, parar de olhar para o próprio umbigo...olha, só está aqui do meu lado, gente como eu, então, eu acho que isso aí é muito importante, é uma terapia. Alguém pergunta por que está com essa cara, ou seja, alguém prestou atenção em mim, alguém viu que eu estou passando por um momento. Eu tenho o hábito de fazer isso, e pergunto está com essa cara por quê? Porque eu acho que isso é importante para a pessoa, saber que não é o indivíduo, ele é alguém neste contexto. A disposição das poltronas facilita este contato, esta troca, olho no olho.” (Entrevistado 2)...

A unidade do CPqHEC vem assumindo características de local de atendimento, ao mesmo tempo que consolida um perfil social. O indivíduo se trata; se atualiza a respeito de assuntos correlatos ao tratamento; encontra respostas para suas experiências com as novas drogas; atenua seu sofrimento ao se deparar com histórias alheias, sempre mais dolorosas do que as suas vivências; cria laços com os outros clientes. Enfim, essas observações estão perfeitamente condensadas, quando o entrevistado 2 define o Hospital-Dia como um “spa”.

“Pra mim é bom..porque pelo menos eu me ocupo com alguma coisa eu me distraio aqui..porque eu antes de vir pra cá, para o Hospital-Dia, eu era muito oprimido, então, depois que eu vim pra cá eu fui conhecendo mais pacientes e aí fui vendo que não era aquele bicho de sete cabeças da doença sabe...então o Hospital-Dia foi importante nesse ponto pra....” (Entrevistado 9).

“Ah não! Eu consigo, ontem mesmo quando eu vim, eu tomei minha medicação, fui lá na minha comadre, fui no apartamento da minha cunhada, cheguei em casa na hora certinha.” (Entrevistado 3).

“Incomodar não incomoda não (...) pra mim é bom, né? Porque sou bem recebido bem tratado então pra mim, tá tudo bem, graças a Deus...não atrapalha minha vida não.” (Entrevistado 5).

“É bem aceito, pra mim está tudo bem.” (Entrevistado 7).

O entrevistado, ao falar sobre esse assunto, emite as palavras numa entonação ininterrupta, deixando a imagem de um dia em que a sua agenda aconteceu como ele havia programado. Há clientes que percebem a dinâmica do Hospital-Dia aderente às suas vidas, mas somente diante da ausência de trabalho. O entrevistado a seguir manifesta o sentimento antes relatado, mas em contrapartida percebe a flexibilidade do atendimento que lhe permite mudanças nos dias agendados.

“Não, não interfere em nada. Primeiro porque, sendo eu aposentado, eu montei a minha vida em função disso. Quer dizer, eu tenho tudo montado em função dos dias que eu venho aqui no Hospital-Dia. Então, não interfere em nada. Quando eu preciso por qualquer razão de fazer uma outra coisa no dia que eu esteja marcado aqui, eu troco o dia da medicação e fica tudo bem, não há problema nenhum...”
(Entrevistado 4).

“Para mim, é bem aceito, não me incomoda em nada não [pausa] não atrapalha em nada, só se eu tivesse trabalhando, como eu não tou.” (Entrevistado 6).

A maneira como os clientes lidam com o atendimento recebido no Hospital-Dia modifica-se progressivamente, à medida que o cliente vivencia os encontros lá agendados. Diante do conhecimento do valor financeiro das drogas utilizadas em seu tratamento, e do caso de ausência sem aviso, em que a droga é desprezada (extingue-se a estabilidade do medicamento), o cliente compreende a importância de comunicar previamente ao Hospital-Dia o cancelamento de sua ida ao setor, assegurando, portanto, a permanência da possibilidade de mudanças. Este ato é visto no dia-a-dia do setor como uma atitude respeitosa e responsável. É nesse espírito de respeito mútuo que as relações entre equipe e cliente têm se estruturado.

Outras situações e relatos sugerem que o tratamento é tolerado e não totalmente incorporado ao cotidiano do cliente.

“Atrapalha, porque eu deixo de fazer uma série de coisas pra poder vir para cá, mas é fácil de a gente passar por cima, só venho pra cá pra melhorar.” (Entrevistado 8).

“Olha, eu venho aqui justamente pela necessidade porque é marcado tem sempre uma avaliação, né? A consulta

propriamente dita, a renovação da medicação em termos de apanhar a medicação que está acabando e isso só se faz na consulta. Não atrapalha, só atrapalha porque é longe, eu moro em Niterói é meio contramão. Eu trabalho em Copacabana então eu tenho que vir aqui, esperar ser atendido para depois ir para o trabalho, mas não interfere... Eu vejo como uma coisa natural que precisa ser feita, eu venho aqui porque tem que vir.” (Entrevistado 10).

Os entrevistados manifestam a compulsoriedade das visitas ao Hospital-Dia. Os clientes vêem o fato como uma situação inevitável. *Tem sempre uma avaliação, né?* Demonstrando um sentimento enfadonho, ao mesmo tempo em que procura no interlocutor, a confirmação de suas palavras e a real necessidade dessa avaliação.

As novas tecnologias não deixaram de suscitar naqueles que as usufruem sentimentos desconfortáveis. Ribeiro [*apud* Sant’Anna] observa:

“Os hospitais também sofreram inúmeras modificações no decorrer de sua longa história, incluindo a transformação da morte numa missão hospitalar e a tarefa de avaliar tecnologias médicas de ponta. Ribeiro (1993) lembra que o hospital contemporâneo não é apenas uma instituição que se modificou mas é de fato uma instituição nova, com processos de trabalho, administração, finalidades, instrumentos e características antes inexistentes. O elemento que permaneceu em meio a todas estas mudanças, diz Ribeiro (1993, p.31), é “o homem que sofre e morre.” (2000:17).

Contudo, mesmo diante de uma nova tecnologia, depara-se, por vezes, o contraste entre um atendimento ao cliente com ares de passado e uma modalidade assistencial aparentemente inovadora. Através de relato do entrevistado 1, ao recordar fato ocorrido há algum tempo, confirma-se que, num serviço alternativo encontram-se ainda comportamentos de equipe arraigados a padrões ultrapassados de atendimento.

"Foi uma situação que eu estava passando na época. Porque no trabalho teve aquela coisa de hora extra, né? Então, tinha que ficar uma hora extra obrigada [pausa], então, tinha aquele horário no Hospital-Dia. [imitando voz de funcionário da equipe] Tem que chegar até às 4 horas [retoma o próprio tom de voz] apesar de que o expediente vai até às 5 horas. Mas, para poder dar tempo da medicação, né?...tomaria a medicação e a pessoa poder sair no horário, não ficar preso. Apesar de que eu já fiquei aqui até depois das 5 horas, uma pessoa me acompanhando. Mas, às vezes, é aquela preocupação.

[novamente imita voz de funcionário da equipe] Porque chegou essa hora? Não sei o quê [retoma a própria entonação de voz] É angustiante. Ah!!! Eu vou ter que ir para enfermaria, eu vou ter que ficar esperando, aí eu saio daqui 7 horas da noite, 8 horas. Porque, às vezes, está cuidando do paciente internado, e, aí, a gente vem naquela angústia do horário. Mas foi em termos de momento. Não é uma coisa que é cotidiana. Foi uma coisa momentânea. Na época que eu estava passando por isso." (Entrevistado 1).

Ressalta-se que o entrevistado, ao simular a fala do funcionário da saúde, utiliza-se de um tom caricato quase denunciando, essas eventuais falas como enfadonhas e estereotipadas. Ao abordar a internação, o entrevistado assume um tom de voz que manifestaria a leitura desse fato como um ato punitivo. Esse entrevistado depõe sobre o grau de interferência do atendimento recebido no Hospital-Dia em seu cotidiano. Verbaliza a palavra *angústia* numa clara manifestação de sentimentos de pressão de uma estrutura que preconiza, sobretudo, a flexibilidade no atendimento ao cliente.

Não é incomum encontrarmos serviços alternativos que mantêm em sua estrutura de atendimento hábitos históricos do atendimento à saúde. O Hospital-Dia do CPqHEC busca atentar para esse fato, malgrado as resistências encontradas no transcorrer desses anos de funcionamento, como o direcionamento do horário mais oportuno para a equipe; o retardamento do atendimento em função de motivos internos etc. Enfim, observa-se ainda hoje nos serviços de saúde, uma inversão: os atos são programados em função do conforto da equipe e em detrimento das necessidades do cliente. Esse tipo de observação é compartilhado com Sant'Anna, que, ao falar do tema internação, consegue perceber a sutil característica dessas relações que se têm sofisticado no transcorrer dos anos, "(...) Por vezes, a rotina de esperas cria para o doente, com seus sofrimentos e solicitações, a constrangedora sensação de que ele é um obstáculo ao bom funcionamento do hospital." (2000:14). Inúmeros relatos descrevem essa singularidade dos atendimentos oferecidos aos clientes que necessitam de acompanhamento, seja na rede pública, seja na privada. Bernardet ressalta: "(...) fico exasperado. Brigo com uma japonesa, digo-lhe que os pacientes são um estorvo, o hospital funcionaria maravilhosamente sem eles." (1996:26).

Essa mesma preocupação tem sido vivenciada por unidades psiquiátricas de Hospital-Dia que procuram distanciar-se do atendimento classicamente praticado nessa especialidade. Furtado, ao descrever um “problema antigo diante do novo...”:

“É sob esse prisma que olhamos a doença mental. Nosso objetivo é promover a saúde dos pacientes atendidos através de uma nova filosofia de tratamento, que valoriza o doente psicótico, em oposição àquela terapêutica que conduz à desidentificação do ser e, conseqüentemente, ao abandono, à morte da cidadania.

O espaço do Hospital-Dia é justamente o que se abre para o pensamento do diferente-louco, oferecendo-lhe a vida por via de signos também diferenciados, com o enclausuramento dos mesmos, sem as barreiras que o silêncio tem imposto na história determinante.” (1994:23).

A atenção ao cliente, condição necessária para o cuidado humanizado, tem sido uma preocupação constante da equipe no atendimento ao cliente. Essa atitude certamente tem contribuído e somado aos sentimentos de aceitação e receptividade das pessoas assistidas no Hospital-Dia, além da inserção espontânea desse atendimento nos diversos cotidianos.

A palavra *atenção*, diversas vezes presente nas falas dos clientes, traduz que, na realidade, a expectativa em relação ao cuidado recebido tornou-se menor, sobretudo diante do panorama que o setor saúde tem traçado para si próprio. Assim, na presença do caos, espera-se ao menos atenção.

O entrevistado 1, ao falar das vantagens de ser atendido no Hospital-Dia do CPqHEC pondera:

“Como eu disse anteriormente, atenção, a pessoa [pausa] a atenção é maior, em termos até de, vamos dizer, as pessoas que atendem a gente se tornam até, vamos dizer uma assistente social da gente, escutam a gente com mais atenção. De repente, os outros locais, porque o número é maior, ou de repente é diferente, não sei como é feito o treinamento. Se existe uma diferença de treinamento dos enfermeiros ou médica em relação ao Hospital-Dia, Ambulatório, Internação. Sei que o Hospital-Dia [pausa], ele dá

mais atenção, até que mesmo a gente fala que vocês acostumam a gente mal. Mas não é acostumar mal, é o tratamento, a atenção que você dá, então isso pra mim é essencial.” (Entrevistado 1).

Nota-se que, em pequeno parágrafo, o cliente verbalizou 5 vezes a palavra *atenção*. Interessante como o olhar do cliente, transforma a equipe em assistente social, numa demonstração clara de que realmente necessita desse profissional, sabidamente conhecido como aquele que presta atenção às necessidades aparentemente invisíveis ao olhar alheio, e no entanto, tão perturbadoras do cotidiano dos clientes. Não somente a atenção é salientada como também o escutar. Esse sentido tem sido negligenciado nas relações interpessoais em troca da visão. Tudo é rapidamente dragado pelo olhar. Quando o entrevistado diz que a equipe escuta, ele está simultaneamente ressaltando a importância dessa ação e revelando a sua ausência no dia-a-dia do atendimento à saúde.

O entrevistado 1 aborda ainda o fato de que no Hospital-Dia os profissionais da assistência “acostumam mal os clientes” “*vocês acostumam mal a gente*”. No transcorrer dos anos de funcionamento do Hospital-Dia, a equipe dessa unidade tem paulatinamente escutado das equipes de outros setores do Hospital a mesma frase. Em tom de crítica, profissionais procuram manifestar desagrado às condutas adotadas pela equipe do Hospital-Dia. Trata-se, entretanto, do fomento às características autônomas dos clientes, sempre muito valorizadas no dia-a-dia dessa unidade. O cliente, depois de assistido no Hospital-Dia, passa a questionar as ações que são nele realizadas e ainda adquire atitudes que solicitam da equipe maior compromisso com o seu atendimento. O entrevistado 2 relata:

“Alguém pergunta por que está com essa cara, ou seja, alguém prestou atenção em mim, alguém viu que eu estou passando por um momento (...) A disposição das poltronas facilita este contato, esta troca, olho no olho...”

As poltronas são posicionadas em semicírculo, permitindo não somente a observação entre os clientes como também a criação de uma atmosfera de “sala de estar”. Esse entrevistado fala de *alguém*, carregando a

palavra da conotação de que ele existe para outrem e que merece dele atenção. *Alguém* se interessa por ele, *alguém* diagnosticou que ele passa por momentos difíceis. Esse depoimento encontra apoio na seguinte consideração de Bernardet:

“Voltar, de novo a espera, a sala de espera, as enfermeiras que conversam sobre o par de meias que uma delas comprou de um vendedor que circula pelas repartições públicas, enquanto a outra me tira sangue sem me olhar. Que não sorria se não quisesse, mas [...], olhar para mim...(...) O que se cria ao meu redor não tem forma (...) a temperatura se eleva. Cada dia um pouco mais. O médico diz que não é febre. É, porque sinto. Acima de 36,5 já estou febril. Mas febre é só a partir de 37, insiste o médico.(...) Vou procurar outro médico, preciso sair do torvelinho.” (1996:13).

O entrevistado 7, emocionado, fala como sente o atendimento recebido no Hospital-Dia:

“Acho que, se dos hospitais que têm por aí por fora, que eu já vi, fosse assim igual aqui, eu acho que com certeza todo mundo estaria (...) eu acho assim, que não é só você ter aquele atendimento não (...) mas, assim, a educação que vocês têm com a gente, entendeu? aquele carinho, tá? porque [chora emocionada] a gente que tem o vírus precisa de muito amor, muito carinho mesmo, e isso a gente não encontra por aí. A gente sabe que a gente não encontra (...) e aqui a gente tem esse amor que vocês dão pra gente (...) vocês dão liberdade pra gente brincar (...) tem certos lugares aí que você vai que as pessoas te tratam muito mal, te responde mal, entendeu? Então, aqui eu não tenho nada que reclamar (...) nada, nada, nada, mesmo, só tenho que agradecer, eu só tenho que agradecer mesmo porque às vezes a gente chega aqui pra baixo mas só de vocês brincarem com a gente perguntar ta tudo bem? Como foi o seu dia? Pra gente é super importante é superimportante mesmo. Pra gente saber que em algum lugar tem alguém que se preocupa com a gente, em algum lugar a gente sabe que aqui a gente sempre tem uma palavra amiga, a gente está sempre encontrando uma força pra viver (...) não tenho nada que reclamar pelo contrário (...) só tenho que agradecer (...) só agradecer mesmo. Eu sei que a gente pode contar com vocês (...) quem dera que todo lugar fosse assim, se todo lugar que a gente entrasse a gente encontrasse aquele sorriso, aquela brincadeira que vocês sempre fazem seria muito bom (...) então você sabe às vezes eu me sinto cansada vim pra cá todo dia mas pra mim também ao mesmo tempo é uma satisfação de vir para cá. Aqui eu brinco, aqui eu vou rir um pouco a gente vai se divertir (...) não tenho nada que reclamar não (...) estou satisfeita mesmo.” (Entrevistado 7).

A entrevista já havia terminado, quando o entrevistado continuou a falar, e o depoimento acima registrado deu-se após o seu término, como um desabafo. Para o entrevistado, era importante dizer o que vem vivenciando no Hospital-Dia, além de aproveitar a oportunidade para formalmente agradecer o cuidado recebido.

O interlocutor se refere à característica *educação*, observando uma atitude comportamental raramente destacada nos serviços de saúde. O cliente se refere a esse fato contrastando-o com o que ele denomina *aquele atendimento*, que, embora excepcional, perde seu valor pela ausência de educação. Em seguida, nos faz lembrar que ele tem aids, não se referindo somente ao entrevistador, mas sim gritando ao mundo e solicitando solidariedade com uma realidade tão adversa. Deseja que outros atendimentos ofereçam o que recebe no Hospital-Dia, fazendo um paralelo entre ele e as demais unidades, sempre salientando que não se encontram serviços com características similares.

A mencionada *educação*, ao lado da *liberdade pra gente brincar*, traduz um comportamento respeitoso, complacente e, ao mesmo tempo, a presença de limites. O entrevistado repete três vezes que não tem *nada que reclamar*, antecipando o que virá em seguida: só tem a agradecer.

O tema atenção novamente surge quando o entrevistado fala da preocupação que alguém tem por ele. Nesse momento, o cliente se sente *alguém* quando *alguém* se preocupa com ele, e é somente nesse momento que ele se sente importante, ao passar pelo reconhecimento desse *alguém*, que lhe dá uma existência para além da doença. E esse alguém, construtor de um outro ser, nem sempre está presente nos serviços de saúde, sobretudo no atendimento aos pacientes com aids.

Essa fala, com códigos exaustivamente ricos e vulneráveis a diversas análises, compreende sinais indicativos de como a inserção do Hospital-Dia acontece no dia-a-dia do cliente. O entrevistado finaliza reforçando essa

idéia e declara que, mesmo *cansada*, sente *satisfação* em estar no setor, numa clara demonstração de adesão ao esquema terapêutico proposto.

Os relatos positivos anteriormente apresentados não mascaram aspectos fragilizados da dinâmica do Hospital-Dia do CPqHEC. Queixas a respeito do espaço físico estão presentes nas falas de clientes e profissionais. Certamente isso tornou-se um empecilho que repercute no processo de trabalho do setor. Perspectivas de mudanças sempre imprecisas suscitam incertezas em clientes e profissionais. O entrevistado 4 manifesta esse sentimento:

“A única coisa que eu vejo aqui de desvantagem é saber se fico ou não fico aqui, essa dúvida é que eu (...) uma dúvida se vai ficar aqui, se vai sair, se vai se mudar porque aqui a gente não sabe. Falta de um local próprio específico com certeza de não mudar, né?”

Em atendimentos diários, diversas vezes os clientes perguntaram sobre a mudança do setor. O entrevistado acima ao abordar o assunto, indica não só a ansiedade que essa oscilação provoca como também o receio da ameaça, sempre presente, de fechamento do setor. O mesmo entrevistado acrescenta:

“(...) talvez se eu fosse observar o que seria melhor, queria que ele tivesse mais espaço. Ele é muito pequeno para o número de pacientes que ele tem. Ter mais espaço para que as pessoas pudessem ser atendidos assim com mais agilidade.”
(Entrevistado 4).

O entrevistado numa demonstração de cautela, inicia falando *talvez*, como se nada de negativo tivesse a ser apontado. Não que não tenha algo relevante a dizer ou ele se tenha esquecido de dizer, pois ele se referirá a um problema concreto do Hospital-Dia: o espaço. A hesitação está ligada a uma extrema delicadeza em relação à equipe, e mesmo à dinâmica do Hospital-Dia como um todo. Contudo, o assunto assume relevância, até pela extrema parcimônia como foi tratado, ou seja, mesmo sendo difícil apontá-lo, é certamente uma questão que incomoda a todos, além de prejudicar claramente não somente o trabalho lá desenvolvido como também impede o

alargamento de suas atividades. O entrevistado tira da sombra em sua fala “*pudessem ser atendidos assim com mais agilidade*” as situações em que teve que aguardar uma poltrona livre no interior do Hospital-Dia, e o quanto essa espera é entediante, quando não, angustiante. A palavra *assim* faz parte de mais uma atitude de cuidado ao falar de um aspecto negativo do Hospital-Dia.

“ Olha, desvantagens, não têm desvantagens. Só que acharia o aspecto físico deveria ser maior para o Hospital-Dia. Porque às vezes a gente chega está superlotado, só tem cinco poltronas, então a gente tem que ficar do lado de fora esperando, e, às vezes, a gente tem que ir para uma outra sala, que, às vezes, não é tão bem aconchegante como lá na sala principal, é somente a única desvantagem pra mim é o aspecto físico que é apertado né? A coisa é bem apertada, deveria ser maior, né?” (Entrevistado 1).

O entrevistado vê o espaço físico como a única desvantagem existente no Hospital-Dia e ainda tece comentários a respeito do local mais acolhedor do setor. Enfatiza, ao final dessa questão, que *a coisa é bem apertada*, ou seja, tenta dizer que realmente a situação é crítica, sobretudo em momentos de maior movimento. A sala opcional que pertence ao Hospital-Dia nunca foi bem acolhida, daí o comentário. Dembinski, em seu trabalho sobre o espaço hospitalar, preconiza uma arquitetura que disponha de variantes para mudanças e acrescenta:

“É evidente que “espaços humanizados” (segundo o termo consagrado “humanização dos hospitais”) foram adaptados, mas eles são em geral deslocados das unidades e pouco maleáveis às mudanças externas. Nossas observações mostram que é principalmente nos espaços a compartilhar com os pacientes (como as unidades de cuidados) que tais adaptações deveriam se focar sob a ótica das incidências sobre as interações profissionais da assistência/pacientes, e assim atingindo a qualidade da assistência donde depende, em parte, sua eficácia.” (2000:123).

Ainda o entrevistado 1, ao ser perguntado sobre o que poderia melhorar no atendimento realizado no Hospital-Dia, reforça mais uma vez a mesma idéia, e diz:

“É o aspecto físico, não esquecendo o aspecto físico (...) porque do restante não tenho nada que reclamar.”
(Entrevistado 1).

A capacidade de síntese e a prontidão com que a resposta foi dada deixam transparecer que o aspecto físico é realmente o que mais incomoda o cliente entrevistado. Sequer percebeu que esse tema não se relaciona com o atendimento propriamente dito. Mas, diante do desconforto que o tema provoca, acaba sendo visto como uma decorrência do atendimento. O que o entrevistado também transmite é que, de fato, o atendimento em si não apresenta aspectos a serem otimizados.

O tema encontra apoio no depoimento do entrevistado 2:

“A única desvantagem que eu vejo ali é a questão da acomodação, é a única coisa que tem...porque a parte profissional é da melhor qualidade, a parte humana também...a parte física, o espaço que é mínimo, é muito apertado. A gente não tem uma certa privacidade, às vezes, a gente quer falar alguma coisa com o médico, isso é questão que não dá para ser resolvido.”

Esse entrevistado apresenta o tema *privacidade*. O espaço físico limita não só um pronto atendimento àquele que está agendado mas também afeta a qualidade do atendimento, impedindo que o cliente relate à equipe questões que o incomodam por falta de local reservado. O assunto toca de tal maneira o entrevistado que, ao final da entrevista, enfatiza:

“Em termos profissionais, humano, não tenho o que dizer, se mexer [pausa] vai escangalhar o negócio [risos] está muito bom. A coisa do espaço físico, espaço, acomodação, a única coisa que eu acho deficiente no Hospital-Dia é essa.”
(Entrevistado 2).

Problemas com espaço tornaram-se uma constante em ambientes hospitalares, com suas demandas reprimidas, sempre crescentes. O Hospital-Dia da Santa Casa de Misericórdia (Porto Alegre), em análise de sua estrutura realizadada pelo Ministério da Saúde, apresenta:

“A sala de procedimentos anexa à sala de reuniões, (...) utilizada para vários fins, como preparação de medicamentos, pequenos procedimentos (biópsias, curativos, etc) e coleta de

exames. Não existe nenhuma barreira mecânica entre as duas dependências.” (M.S.(g), 1997:16).

O entrevistado 4 igualmente correlaciona o aspecto físico restrito ao tema referente à agilidade no atendimento. Na tentativa de esclarecer , o entrevistado explica:

“Não, o atendimento não está sendo ruim, mas poderia ser melhor, espaço para as pessoas. Não é nem para os pacientes, é para os próprios funcionários. Eu vejo muitas vezes as pessoas esperando que um outro paciente termine de tomar seu remédio medicação para começar. Se tivesse mais leitos, se tivesse mais condição seria melhor. Mas isso não tem, não é nada contra o que está acontecendo. É apenas uma sugestão de que seja feito uma aumentar o espaço físico do Hospital-Dia está atrapalhando o desenvolvimento embora seja bom mas poderia ser melhor. Poderia ser melhor porque eu vejo que os próprios funcionários ficam muitas vezes se esbarrando porque o espaço é pequeno.” (Entrevistado 4).

O entrevistado percebe que o espaço pequeno reservado ao Hospital-Dia afeta clientes, e funcionários, que trabalham sempre dependentes deste aspecto. Aos olhos dos clientes, culmina num fenômeno mesclado de deficiências na estrutura física somadas às etapas de processo de trabalho.

Os enunciados aqui apresentados representaram a percepção que clientes atendidos no Hospital-Dia do CPqHEC construíram a respeito da dinâmica ali desenvolvida. Malgrado as queixas enfáticas relacionadas à estrutura física da unidade, permanecem características subjetivas pertencentes ao Hospital-Dia, por vezes claramente expressas pelos clientes entrevistados, como a atenção e a qualidade do atendimento. Em outros momentos, insere-se nas intervenções dos entrevistados o aspecto dignidade no atendimento, amplamente estimulado no dia-a-dia do processo de trabalho desse setor. O Decreto 3.507, ao referir-se aos padrões mínimos de qualidade, enfatiza:

“Os serviços de atendimento fornecidos aos cidadãos pelo setor público federal, caracterizam-se, em sua maioria, por um grau inadequado e também heterogêneo de qualidade; os casos isolados de bom atendimento, atualmente existentes, precisam ser convertidos em regra geral.” (2000:4).

As categorias apresentadas a partir da percepção dos clientes compreendem os diversos perfis que o atendimento no Hospital-Dia adquire. Observar atentamente esses perfis viabiliza a decodificação dessa modalidade assistencial, preparando o atendimento para mudanças, seja na área de gestão, seja no que concerne à estrutura propriamente dita, contribuindo, certamente, com a otimização do processo de trabalho.

Não obstante as deficiências constatadas na dinâmica do Hospital-Dia do CPqHEC, tomando-se como base o documento oficial, situa-se essa unidade entre os casos isolados de bom atendimento. Preconiza-se, assim, para o futuro, resolvida a estrutura física, o desenvolvimento expressivo dessa modalidade assistencial no CPqHEC, transformando-o de fato numa dinâmica projetável nas demais modalidades assistenciais desse Hospital.

Considerações Finais

O mosaico formado por mudanças constantes na epidemia de aids, somadas às ações desencadeadas pelas diversas esferas que buscam incessantemente novas soluções, conduz à reflexão sobre as perspectivas para lidar com a doença. É bem verdade que essas reflexões acontecem preponderantemente no meio acadêmico. No cotidiano, somos atropelados pela voracidade da epidemia, que, felizmente, tem igualmente se deparado com a tenacidade dos atingidos, direta ou indiretamente, em busca de soluções e de alternativas. Outrora AIDS (letras maiúsculas), hoje assume proporções de uma doença “normal”, aids.

A política de implantação de Serviços, dentro do Programa de Alternativas Assistenciais, vem contribuindo com medidas de contenção das repercussões decorrentes da epidemia. Nesse sentido, o presente estudo apresenta historicamente o surgimento dessas unidades no contexto internacional, com ênfase na experiência francesa, e no contexto nacional. E recorre, ainda à história do nascimento do hospital, em idas e vindas, encontrando situações que, hoje, contextualizadas, reportam sob alguns aspectos, às vividas atualmente. A inspiração brasileira veio dos modelos franceses e unidades de Hospital-Dia, daí a importância da compreensão dessa prática institucional, verificando as adaptações à nossa política de saúde.

Entendidos e aprofundados os procedimentos de implantação, de implementação e de credenciamento dessas unidades em nosso país, o estudo esquadrinhou a dinâmica do Hospital-Dia do CPqHEC. Seu surgimento e funcionamento, abrangendo também a interpretação das falas de clientes e profissionais desse universo, que, ao esclarecerem suas percepções sobre o Serviço, certamente corroboraram para a melhor compreensão dessa modalidade assistencial.

Ao sintetizarem as principais características apontadas no transcorrer desse estudo, observa-se que os aspectos negativos atribuídos ao Hospital-Dia do CPqHEC pertencem, sobretudo, à estrutura de sua dinâmica. O espaço físico limitado e inadequado parece ser o fator desencadeador de consequências que determinam hoje uma dinâmica em confronto constante com percalços sempre atualizados.

Dessa maneira, o panorama atual do Hospital-Dia retrata uma modalidade alternativa assistencial para aids, situada no Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas, que, por sua vez, se insere no complexo da Fiocruz, uma instituição de relevado conceito na assistência, pesquisa e ensino. Recentemente cadastrada e indicada como Centro de Referência no atendimento aos portadores HIV/aids pelo Ministério da Saúde, esse Serviço dispõe de uma área física limitada, fragmentada e aquém das atividades que vem desenvolvendo. Geograficamente localizada atrás da enfermaria do Hospital, o setor funciona em prédio pertencente ao Instituto Oswaldo Cruz com seus laboratórios em construção. Daí o péssimo aspecto da fachada externa e o desconforto dos ruídos e da poeira procedentes das obras, em contraposição ao belo aspecto destinado à entrada dos laboratórios da unidade.

No seu interior, há somente três salas, de aproximadamente 22 metros quadrados cada uma, distribuídas entre as ações destinadas ao atendimento de clientes; posto de enfermagem; escritório da equipe; consultório médico; local de repouso e sala de procedimentos (biópsias; punção lombar; aspirado de medula óssea e nebulizações). Acrescentam-se aí a ausência de sistema de exaustão, na sala destinada às nebulizações, e a inexistência de uma capela de fluxo laminar (aparelho utilizado na diluição de drogas quimioterápicas), o que certamente atenuaria a dispersão de aerossóis procedentes da manipulação de algumas drogas.

O “salão”, local em que os clientes são atendidos, comporta 5 poltronas e tem um banheiro para uso exclusivo dos clientes. O consultório

médico, reversível em local de repouso e sala de procedimentos, abriga 2 leitos hospitalares, sem banheiro privativo. Ambas as salas são equipadas com televisão, ar condicionado e 1 aparelho de vídeo no “salão”. Evidencia-se que todas as instalações do CPqHEC são disponíveis à clientela do Hospital-Dia.

Num período de 2^a. à 6^a. feira, das 7:00 às 17:00 hs (sábados, domingos e feriados os clientes são atendidos na enfermaria), o Hospital-Dia funciona com a equipe específica do Serviço compreendida por: 2 infectologistas, com curso de mestrado, doutorado e treinamento no Hospital-Dia do Instituto Pasteur; 2 enfermeiros, um deles, com treinamento em HIV/aids e no Hospital-Dia do Instituto Pasteur e em fase final de mestrado assume a Coordenação do Serviço; 3 técnicos de enfermagem (2 técnicos prestam atendimento ao Hospital-Dia por um turno, sendo o outro turno destinado às atividades de Fisioterapia e de Assistência Social e 1 agente administrativo. Os demais profissionais não são específicos do Hospital-Dia, mas estão disponíveis à clientela do setor. Esses profissionais reúnem a característica comum de terem se submetido ao treinamento em biossegurança.

Apesar das restrições decorrentes da estrutura física, o Serviço se apóia-se em ações consolidadas por outros setores o que torna o seu fluxo menos conturbado. Assim, por exemplo o material necessário ao atendimento está disponível no Hospital-Dia, sofrendo reposição automática dos Serviços de Farmácia e Almoxarifado. O Serviço de Farmácia encarrega-se ainda do preparo de quimioterápicos e encaminha-os ao Hospital-Dia. O Serviço de Limpeza propicia condições de higiene satisfatórias. O Laboratório processa os exames laboratoriais básicos necessários ao acompanhamento dos pacientes com aids. Aos sábados, domingos e feriados, os exames são realizados em laboratório externo, com contrato formalizado pelo Hospital. O sistema de notificação epidemiológica são atualizados sob a responsabilidade do Serviço de Epidemiologia do Hospital. O Serviço de Farmácia fornece preservativos à clientela do

Hospital e não apresenta dificuldades na dispensação de medicamentos anti-retrovirais.

Prosseguindo na confecção sintetizada do retrato do Hospital-Dia, destacar-se-ão as características e as ações especificamente aí realizadas e dependentes dos esforços da equipe. O Hospital-Dia possui os documentos normativos preconizados pelo Ministério da Saúde, que, mesmo na ausência de estrutura ideal para o seu cumprimento, norteiam as ações desenvolvidas. Ressalta-se, contudo, que essas ações ainda são desempenhadas de maneira desordenada, sem presença de rotinas que garantam a continuidade e regularidade das atividades.

Desse modo, a equipe realiza informalmente dinâmicas de grupo, abordando assuntos diversos, sobretudo aqueles voltados para as dificuldades cotidianamente vivenciadas pelos clientes com aids, de maneira, espontânea, buscando a atender à demanda dessa clientela. Na mesma trajetória caracterizada pela ausência de planejamento, ocorre a orientação, realizada pela equipe, aos clientes em uso de anti-retrovirais, contribuindo para a aderência ao tratamento.

Outra situação comum decorrente da ausência de espaço adequado que acolha tanto, o profissional como o cliente é a insatisfatória assistência social. O setor tem, contudo, um técnico em enfermagem com formação superior de assistente social que procura contornar essa dificuldade e, por vezes, até mesmo resolver assuntos emergenciais dos clientes.

Malgrado os aspectos negativos, o Hospital-Dia oferece uma assistência apropriada que determina a identificação de características consideradas por clientes e profissionais como singularidades do Hospital-Dia do CPqHEC. A maleabilidade da equipe com clientes e demais profissionais do Hospital tem permitido ao setor a constante renovação de possibilidades do trabalho a ser desenvolvido no Serviço. Outro cuidado observado diz respeito ao cliente. Baseando-se em rotina observada no

Hospital-Dia do Instituto Pasteur, o cliente tem previamente o seu material destinado ao atendimento acondicionado individualmente e rotulado com o seu nome e registro. Essa prática garante assistência personalizada e agilidade do atendimento. Ainda se espelhando no Hospital-Dia da França, o profissional recebe o cliente, sentado em banqueta, demonstrando-lhe disponibilidade de atenção. O Serviço oferece transporte para condução de clientes impossibilitados (física ou socialmente) de se deslocarem ao Serviço.

Resultados concretos, como os que foram apresentados no corpo da dissertação, confirmam um crescimento progressivo desse Serviço no transcorrer desses anos. A ampliação dos serviços prestados nesse setor deve-se tanto às mudanças vivenciadas no tratamento da aids como às novas especialidades com indicações de atendimento em Hospital-Dia.

Apesar da inexistência de um banco de dados do Serviço para consolidação e análise de informações, devido à ausência de informatização do Hospital, sabe-se hoje que a população de abrangência do Hospital-Dia não se restringe à área programática em que o Hospital está inserido. Assistem-se pacientes procedentes de diversas regiões, sobretudo, após o cadastramento formal da unidade, o que o estende à rede municipal e estadual. Esse Serviço, com ações voltadas para assistência, pesquisa e ensino, assiste ainda, clientes com hanseníase, doença de Chagas, paracoccidiodomicose, HTLV1 e leishmaniose. No campo do ensino, o Serviço oferece campo para treinamento de profissionais de nível superior, e, mais recentemente, estágio para residentes médicos.

A configuração do Hospital-Dia à assistência domiciliar manteve-se em funcionamento até agosto de 1995, com total de 45 atendimentos domiciliares. O projeto, interrompido por falta de pessoal, guarda possibilidades de reativação partindo de extensões de trabalhos desenvolvidos pelo setor.

Abordando-se ainda os resultados presentes na dinâmica do Hospital-Dia do CPqHEC, destaca-se que as consultas médicas são agendadas com horários previamente estabelecidos, o que tem contribuído para a credibilidade e agilidade no atendimento, determinando a ausência de filas. O cliente lá permanece em média 1 hora e/ou 1 hora e meia. Respeita-se a disponibilidade de tempo do usuário, e possibilita-se o reagendamento telefônico.

Concluindo-se a síntese apresentada, ressalta-se que avaliações econômicas dessa unidade, em comparação àquelas realizadas no Ambulatório e Internação do Hospital, demonstraram concretamente que esse modelo de atendimento é economicamente viável.

O dilema entre perceber as potencialidades que uma modalidade como essa oferece e deparar com os limites inerentes à sua estrutura culmina num avanço tímido dessa tecnologia. À parte vantagens e desvantagens arroladas no estudo, as implicações que essa modalidade de atendimento têm apresentado, são cotidianamente observadas, ora no dia-a-dia de clientes, ora nos demais serviços do CPqHEC, e ainda na prática de profissionais que compõem a equipe multidisciplinar. Assim, possibilitou-se a constituição de um cliente autônomo e responsável pela sua doença e terapêutica; provocaram-se mudanças no cotidiano da enfermaria e ambulatório, que agora assumem os atendimentos aos clientes com real indicação para as respectivas modalidades assistenciais; e, finalmente, incentivou-se o desenvolvimento de profissionais especializados no atendimento a aids, visando a uma equipe competente e maleável, imbuída de criatividade para lidar com as adversidades surgidas da aids, com propostas de um cuidado digno e humanizado.

Não obstante os aspectos negativos listados, essa modalidade assistencial tem se imposto como um modelo viável de atendimento. Os conteúdos dos diferentes ângulos dessa alternativa de cuidado reunidos na construção desse estudo, confirmam as contribuições do Hospital-Dia como

modelo de atuação na aids para a rede pública de saúde, sobretudo pela sua flexibilidade, sempre se readaptando aos novos perfis da epidemia. Por outro lado, deslocando-se a atenção para outras patologias, como dito anteriormente, um novo leque de possibilidades surge como indicação de atendimento em Hospital-Dia, confirmando a sua multiadequação.

A recente denominação *usuário e cliente*, em detrimento àquela hegemônica que circunscrevia *doente e paciente*, encontra eco na percepção consolidada por clientes e profissionais que transmitiram fielmente a dinâmica construída por esses atores sociais, ao mesmo tempo em que apontaram orientações a ser observadas no vislumbramento de uma unidade assistencial adequada. A construção teórica se arquitetou nessa estrutura procedente da inter-relação entre clientes e profissionais, e o arcabouço teórico que a dissertação permitiu levantar está assentado nessas percepções. A integração desses atores, num constante processo de troca, assegurou a reflexão da abrangência do trabalho realizado no Hospital-Dia, sempre em direção à ampliação das ações e possibilidades novas de acompanhamento nessa modalidade. O que vivenciaram clientes e profissionais traduz a busca de um cuidar e ser cuidado sempre revestido das preocupações com a ética e um compromisso com o trabalho lá desenvolvido. O resultado tem sido um atendimento humanizado, numa atmosfera acolhedora e desospitalizante.

Espraia-se aqui o conceito de criar, visto que essa alternativa, mesmo dentro de instituições com estruturas consideradas engessadas, escapa da obviedade. Para tanto, lembra-se que esse Serviço permite clientelas com diversas demandas; atuação de equipe multiprofissional; ambientes descontraídos; custos reduzidos; acompanhamento de estagiários; desenvolvimento de protocolos de pesquisas. Enfim torna viável a articulação entre assistência, pesquisa e ensino.

Espera-se que o Hospital-Dia do CPqHEC alcance padrões de qualidade que sirvam de modelo de atuação na aids para a rede pública de

saúde. Para tanto, a concretização de um espaço físico adequado às ações e pretensões da unidade e a construção de um banco de dados para consolidação e análise de dados desse Serviço constituem-se em metas a serem atingidas. Vislumbra-se ainda o fomento de estudos comparativos de unidades da rede municipal, estadual e federal em contraposição às unidades da rede privada.

Para unidade de Hospital-Dia em geral, recomendam-se estudos avaliativos da eficácia do programa e análises de custos da assistência ao paciente atendido nesse modelo alternativo.

Às unidades assistenciais desprovidas de um serviço de Hospital-Dia, desde que possua clientela de demanda, aconselha-se a implantação e implementação dessa modalidade de atendimento.

Referências Bibliográficas

- AIDS I.2000.**Relatório de Atividades III-A Assistência e as Alternativas.**
Internet <[http://www.aids.gov.br/assistencia/aids I/relativ_alternativa.htm](http://www.aids.gov.br/assistencia/aids%20I/relativ_alternativa.htm).
- ARCHITECTS.com/kirkwood_hospice/daycare.htm. Acessado em 07/08/99.
- ARIÈS,P. 1988. A morte invertida. A mudança de atitudes perante a morte nas sociedades ocidentais. In: **Sobre uma história da morte no Ocidente, desde a Idade Média.** Lisboa:Teorema.
- BANTA,H. & LUCE,B. 1993. **HEALTH CARE TECHNOLOGY AND ITS ASSESSMENT**
OXFORD NEW YORK/TOKYO: OXFORD UNIVERSITY PRESS.
- BARANNE,F.1994. **LE COULOIR: UNE INFIRMIÈRE AU PAYS DU SIDA.**PARIS:ÉDITIONS GALLIMARD.
- BARDIN,L.1977.**ANÁLISE DE CONTEÚDO.** LISBOA/PORTUGAL: CAPA DE EDIÇÕES 70.
- BASTOS, F.I. ET AL. 1997. A EPIDEMIA DE AIDS NO BRASIL. IN: **MUITOS BRAZIS:SAÚDE E POPULAÇÃO NA DÉCADA DE80.** (M.C.MINAYO, ORG.).RIO DE JANEIRO: ED. ABRASCO.
- BASTOS, F.I. E BARCELOS, C. 1995. A GEOGRAFIA SOCIAL DA AIDS NO BRASIL. **REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA** 29 (1) : 52-62.
- BERNARDET, J. C. 1996. **A DOENÇA : UMA EXPERIÊNCIA.** SÃO PAULO: COMPANHIA DAS LETRAS.
- BERRIDGE, V.; STRONG, P. 1993. **AIDS AND CONTEMPORARY HISTORY.** LONDON: CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS.
- BOLTANSKI,L.1979. **As classes sociais e o corpo.** RIO DE JANEIRO: GRAAL.
- BRASIL. PORTARIA N.130, 3 AGOSTO 1994. ESTABELECE DIRETRIZES E NORMAS PARA IMPLANTAÇÃO DE TRATAMENTO EM HOSPITAL-DIA AO PACIENTE COM DOENÇA/AIDS. **DIÁRIO OFICIAL**, BRASÍLIA, N.149, P.11809, 1994.SEÇÃO 1A.
- BRASIL. PORTARIA N.93, 31 MAIO 1994. **DIÁRIO OFICIAL**, BRASÍLIA, N.104, P.8078, 1994. SEÇÃO 1B.

- CAMARGO JR, K.R. 1995. A AIDS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS: PERSPECTIVAS. IN: **SEMINÁRIO: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE RELACIONADAS À AIDS**. ANAIS. RJ. IMS/UERJ – ABIA.
- CASTILHO, E.A., CHEQUER, P. 1997. EPIDEMIOLOGIA DO HIV/AIDS NO BRASIL. IN: **POLÍTICAS, INSTITUIÇÕES E AIDS: ENFRENTANDO A EPIDEMIA NO BRASIL**. (R. PARKER, ORG.). RIO DE JANEIRO: JORGE ZAHAR EDITOR/ABIA.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. 1996. **RESOLUÇÃO 196**. BRASÍLIA: DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO.
- CORBETT, F. ET ALII. 1996. OFFERING PATIENTS ENTRY IN CLINICAL TRIALS: PRELIMINARY STUDY OF THE VIEWS OF PROSPECTIVE PARTICIPANTS. IN: **JOURNAL OF MEDICAL ETHICS**.
- COSTA, B.G. 1999. **GESTÃO ESTRATÉGICA DE CUSTOS AVALIAÇÃO PARA A QUALIDADE – SISTEMA DE INFORMAÇÃO E MONITORAMENTO DE CUSTOS**. NÍVEL INSTITUCIONAL-MÓDULOS I E II. MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - CENTRO DE PESQUISA HOSPITAL EVANDRO CHAGAS ^a
- COSTA, B.G. 1999. **GESTÃO ESTRATÉGICA DE CUSTOS AVALIAÇÃO PARA A QUALIDADE – SISTEMA DE INFORMAÇÃO E MONITORAMENTO DE CUSTOS**. NÍVEL SETORIAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – CENTRO DE PESQUISA HOSPITAL EVANDRO CHAGAS B..
- CRÉPU, M.; HOUDY, A. 1989. **L' HÔPITAL À VIF**. AUTREMENT REVUE. PARIS: AUTREMENT .
- CRESSON, G.; SCHWEYER, F.X. 2000. **LES USAGERS DU SYSTÈME DE SOINS**. RECHERCHE SANTÉ SOCIAL. RENNES: ÉDITIONS DE L'ÉCOLE NATIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.
- CUNHA, C. S. C. 1998. ALTERNATIVAS ASSISTENCIAIS À AIDS NO BRASIL: AS ESTRATÉGIAS E RESULTADOS PARA A IMPLANTAÇÃO DA REDE DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA (SAE). IN: **MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DE DST/AIDS**. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. ANO XI, Nº03.
- CZERESNIA, D.; SANTOS, E.M. DOS.; BARBOSA, R.H.S.; MONTEIRO, S. **AIDS: ÉTICA, MEDICINA E BIOTECNOLOGIA**. SÃO PAULO-RIO DE JANEIRO: EDITORA HUCITEC ABRASCO.
- DÂMASO, R. 1992. SAÚDE E AUTONOMIA: PARA UMA POLÍTICA DA VIDA. IN: FLEURY, S. ORG. **SAÚDE: COLETIVA? QUESTIONANDO A ONIPOTÊNCIA DO SOCIAL**. RIO DE JANEIRO: RELUME- DUMARÁ.

- DEMBINSKI, O. 2000. ESPACE VÉCU ET TERRITOIRE INVESTI PAR LES USAGERS OU COMMENT S'ORGANISE LA VIE DES PATIENTS À L'HÔPITAL. IN: **LES USAGERS DU SYSTÈME DE SOINS**. (CRESSON&SCHEWEYER ORG). RENNES:ÉDITIONS DE L'ÉCOLE NATIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.
- FOUCAULT, M. 1979. EL HOSPITAL EN LA TECNOLOGÍA MODERNA. IN: **EDUCACIÓN MÉDICA Y SALUD**. VOL.13, NO. 2.^a
- FOUCAULT, M. (SEM DATA) **LES MACHINES À GUÉRIR**. DOSSIER. PARIS/FRANCE.B.
- FOUCAULT, M. 1974. **O NASCIMENTO DO HOSPITAL**. TEXTOS DE APOIO. PESES PEPPE. MIMEO. C.
- FOULQUIÉ, P. 1986. **DICTIONNAIRE DE LA LANGUE PHILOSOPHIQUE**. PARIS:PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE.
- FURTADO, T. 1994. **HOSPITAL-DIA: PASSAGEIRO PARA A VIDA – O JOGO DA IDENTIDADE E DIFERENÇA**. RIO DE JANEIRO: REVINTER.
- GRAWITZ, M. 1986. **MÉTHODES DES SCIENCES SOCIALES**. PARIS:DALLOZ.
- HALIOUA, B.; PRAZUCK, T. 1993. **L' INFECTION À VIH DE LA CLINIQUE AU TRAITEMENT**. PARIS:WELLCOME.
- HERZLICH, C./PIERRET, J. 1984. **MALADES D'HIER MALADES D'AUJOURD'HUI – DE LA MORT COLLECTIVE AU DEVOIR DE GUÉRISON**. PARIS. PAYOT.
- HOSPICEWSFC.ORG/HISTORY.HTM. ACESSADO EM 07/08/99.
- IBÁÑEZ, N.; MARSIGLIA, R. 2000. MEDICINA E SAÚDE: UM ENFOQUE HISTÓRICO. IN: **CIÊNCIAS SOCIAIS E SAÚDE PARA O ENSINO MÉDICO**. (CANESQUI, A M.ORG.). SÃO PAULO: EDITORA HUCITEC.
- IPLAN – RIO. 1993/1994. **SECRETARIA DE URBANISMO DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**.
- KALICHMANN, A., GRANGEIRO, A., TEIXEIRA, P.R. 1995. SEMINÁRIO POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE. IN: **SEMINÁRIO: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE RELACIONADAS À AIDS**. ANAIS. RJ. IMS/UERJ – ABIA.
- KAUFMANN, J.C. 1996. **L'ENTRETIEN COMPRÉHENSIF**. PARIS:ÉDITIONS NATHAN.
- KOTTOW, M.H. 1995. **INTRODUCCIÓN A LA BIOÉTICA**. CHILE.EDITORIAL UNIVERSITARIA.
- LIMA, A.L.M.; KIFFER, C.R.; VIP, D.; OLIVEIRA, M.S.; LEITE, O.M. 1996. **HIV/AIDS PERGUNTAS E RESPOSTAS**. SÃO PAULO: ATHENEU.

- MARZOCHI, K. F. 1999. CENTRO DE PESQUISA HOSPITAL EVANDRO CHAGAS
IN: **ESTRATÉGIA EMPRESARIAL** (TRABALHO FINAL).
- MATTOS, R. 1999. SOBRE OS LIMITES E AS POSSIBILIDADES DOS ESTUDOS ACERCA
DOS IMPACTOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS RELATIVAS À EPIDEMIA DE
HIV/AIDS: ALGUMAS REFLEXÕES METODOLÓGICAS FEITAS A PARTIR DO
CASO BRASILEIRO. IN: **SAÚDE, DESENVOLVIMENTO E POLÍTICA –
RESPOSTAS FRENTE À AIDS NO BRASIL** (R. PARKER ET ALII, ORGS.). RIO
DE JANEIRO: ABIA; SÃO PAULO: Ed.34.
- MEDICI, A. C. 1994. IMPACTOS SÓCIO-ECONÔMICOS DA AIDS. IN: **A AIDS NO
BRASIL**. (R. PARKER, ET AL. ORGS.) RJ. ABIA/UERJ/RELUME-DUMARÁ.
- MINAYO, M.C. 1996. **O DESAFIO DO CONHECIMENTO: PESQUISA QUALITATIVA
EM SAÚDE**. SÃO PAULO- RIO DE JANEIRO: HUCITEC/ABRASCO, 4^o ED.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. 1998. PROGRAMA NACIONAL DE
CONTROLE DE DST/AIDS. **BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO**. ANO XI, Nº02 A.
- _____. 1998. PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DE DST/AIDS.
BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. ANO XI, Nº03 B.
- _____. 1997. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – PROGRAMA
NACIONAL DE DST/AIDS. **GUIA PARA ELABORAÇÃO DE RELATÓRIO DE
AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO PARA HOSPITAL-DIA**. BRASÍLIA-DF C.
- _____. 1997. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – PROGRAMA
NACIONAL DE DST/AIDS. **RELATÓRIO TÉCNICO DA AVALIAÇÃO DAS TRÊS
ALTERNATIVAS ASSISTENCIAIS (SAE, HD E ADT) EM BELO
HORIZONTE/MG**. BRASÍLIA – DF D.
- _____. 1997. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – PROGRAMA NACIONAL
DE DST/AIDS. **RELATÓRIO TÉCNICO DE AVALIAÇÃO DO AMBULATÓRIO
LESSA DE ANDRADE, HD DO IMIP, HD DO HOSPITAL CORREIA PICANÇO,
VISITA DOMICILIAR A PACIENTES EM REGIME DE ADT E VISITA TÉCNICA
DO NÚCLEO DE ENSINO EXTENSÃO, PESQUISA E ASSISTÊNCIA EM AIDS
EM RECIFE/PE**. BRASÍLIA – DF E.
- _____. 1997. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – PROGRAMA NACIONAL
DE DST/AIDS. **RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DAS DIVERSAS ALTERNATIVAS
ASSISTENCIAIS DO RIO DE JANEIRO/RJ (SAE-CENTRO PREVIDENCIÁRIO
DE NITERÓI, HD DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA
FILHO, HD E ADT DO HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DO RIO DE
JANEIRO**. BRASÍLIA – DF F.

- _____.1997. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS. **RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DAS ALTERNATIVAS ASSISTENCIAIS SAE E ADOT DO POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO N3, HD DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA E DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE.** BRASÍLIA – DF G.
- MOTTA, P.R. 1998. **TRANSFORMAÇÃO ORGANIZACIONAL – A TEORIA E A PRÁTICA DE INOVAR.** RIO DE JANEIRO: QUALITYMARK.
- NETO, O C. 1996. O TRABALHO DE CAMPO COMO DESCOBERTA E CRIAÇÃO. IN: **PESQUISA SOCIAL: TEORIA, MÉTODO E CRIATIVIDADE.** (M.C.S. MINAYO, ORG.). PETRÓPOLIS, RJ: VOZES, 5^o ED..
- PARKER, R.; GALVÃO, J.; PEDROSA, J.S. 1994. **A AIDS NO MUNDO.** RIO DE JANEIRO: RELUME DUMARÁ.
- PARKER, R.; GALVÃO, J. ; BESSA, M.S. 1999. **SAÚDE, DESENVOLVIMENTO E POLÍTICA: RESPOSTAS FRENTE À AIDS NO BRASIL.** RIO DE JANEIRO: ABIA. SÃO PAULO: ED.34.
- PHILIPON, P. 1993. LE DOSSIER DU MOIS: L' HÔPITAL DE JOUR –**MAGAZINE ASSISTANCE PUBLIQUE -HÔPITAUX DE PARIS.** FRANCE. N.33, P.15.
- PITTA, A .1991. **HOSPITAL: DOR E MORTE COMO OFÍCIO.** SÃO PAULO: HUCITEC.
- RIBEIRO, H.P. 1993. **O HOSPITAL: HISTÓRIA E CRISE.** SÃO PAULO: CORTEZ EDITORA.
- RIO DE JANEIRO, SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. 1997. **BOLETIM DST/AIDS. RIO DE JANEIRO.** JANEIRO/FEVEREIRO/MARÇO.
- SANT'ANNA, D.B. 2000. PACIENTES E PASSAGEIROS. IN: **INTERFACE: COMUNICAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO.** BOTUCATU: SÃO PAULO: FUNDAÇÃO UNI.V.04.No.06.Pp.10-20.
- SCHEFFER, M.C. 1999. A EXPERIÊNCIA DOS USUÁRIOS - UM DEPOIMENTO. IN: **A MORALIDADE DOS ATOS CIENTÍFICOS** (C. CARNEIRO, ORG.) PP.109-113. RIO DE JANEIRO: MINISTÉRIO DA SAÚDE / FIOCRUZ. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ.
- SCHRAIBER, L.B. 2000. A PROFISSÃO DE SER MÉDICO. IN: **CIÊNCIAS SOCIAIS E SAÚDE PARA O ENSINO MÉDICO.** (CANESQUI, A . M., ORG.). SÃO PAULO: EDITORA HUCITEC.
- SCHRAMM, F.R. 1999. ASPECTOS COGNITIVOS, METODOLÓGICOS E MORAIS DO TRABALHO DOS CEPs. IN: **A MORALIDADE DOS ATOS CIENTÍFICOS.** (C. CARNEIRO, ORG.) PP. 53-59. RIO DE JANEIRO: MINISTÉRIO DA SAÚDE/FIOCRUZ. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ.

- SCHEWEYER, F.X. 2000. GENÈSE ET DIMENSIONS DES USAGERS DE L'HÔPITAL PUBLIC. IN: **LES USAGERS DU SYSTÈME DE SANTÉ**. (CRESSON & SCHEWEYER, ORG.) RENNES: ÉDITIONS DE L'ÉCOLE NATIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.
- SECRETARIA DE GESTÃO DO MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. 2000. **DECRETO N.3.507**. BRASÍLIA.
- SVH.CO.UK/DAYCARE.HTM. ACESSADO EM 07/08/99.
- TEIXEIRA, M.L. 1997. DO ASILO AO HOSPITAL-DIA – CONSIDERAÇÕES SOBRE A ATENÇÃO EM PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL IN **SAÚDE EM FOCO**. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. ANO VI Nº16 NOV.P.3-4.A .
- TEIXEIRA, P.R. 1997. POLÍTICAS PÚBLICAS EM AIDS. IN: **POLÍTICAS, INSTITUIÇÕES E AIDS: ENFRENTANDO A EPIDEMIA NO BRASIL**. (R.PARKER, ORG.). RIO DE JANEIRO: JORGE ZAHAR ED/ABIA. B.
- VAITSMAN, J., GIRARDI, S (ORG). 1999. **A CIÊNCIA E SEUS IMPASSES: DEBATES E TENDÊNCIAS EM FILOSOFIA, CIÊNCIAS SOCIAIS E SAÚDE**. RIO DE JANEIRO: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ EDITORA.
- VEDELAGO, F. 2000. L'USAGER COMME ATOUT STRATÉGIQUE DU CHANGEMENT DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ. IN: **LES USAGERS DU SYSTÈME DE SANTÉ**. (CRESSON & SCHEWEYER, ORG.). RENNES: ÉDITIONS DE L'ÉCOLE NATIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.
- VIRTUAL-HULL.COM/DOVEHOUSE/DAYHOSPICE.HTML. ACESSADO EM 30/07/99
- VITÓRIA, M.A . 1998. CONCEITOS E RECOMENDAÇÕES BÁSICAS PARA MELHORAR A ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-RETROVIRAL. IN: **BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS**. MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL-PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DE DST/AIDS. ANO XI, Nº03.(A)
- _____. 2000. CONCEITOS E RECOMENDAÇÕES BÁSICAS PARA MELHORAR A ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-RETROVIRAL. HOME PAGE. [HTTP://WWW.AIDS.GOV.BR/ASSISTENCIA/ADESAOARV.HTLM](http://www.aids.gov.br/assistencia/adesaoarv.html). ACESSADA EM 27/09/2000. (B)
- YIN, R.K. 1994. CASE STUDY RESEARCH: DESIGN AND METHODS. **APPLIED SOCIAL RESEARCH METHODS SERIES**. VOLUME 5. SAGE PUBLICATIONS. LONDON. 171P.

Anexos

I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Cliente

II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissional

III - Roteiro de entrevista dirigido ao cliente atendido no hospital-dia do CPqHEC

IV - Roteiro de entrevista dirigido ao profissional do CPqHEC.

I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Cliente

TÍTULO DO PROJETO: A Dinâmica do Hospital-Dia no Atendimento aos Portadores HIV/AIDS: a experiência do Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas/FIOCRUZ.

Projeto de dissertação apresentado ao programa de pós-graduação em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública.

Mestranda: Liane Maria Braga da Silveira

Orientador: Prof. Dr. Otávio Cruz Neto

Ano: 2000

Sr. (a) Paciente,

Este documento, que recebe o nome de **TERMO**, explica os pontos mais importantes do projeto que está sendo realizado: o que está sendo estudado; objetivos do estudo; entrevistas com os pacientes de AIDS atendidos no Hospital-Dia do Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas; benefícios e inconvenientes.

A mestranda lerá o **TERMO** juntamente com o Sr. (Sra.). As dúvidas devem ser perguntadas durante e após a leitura do **TERMO**.

Caso o Sr. (Sra.) aceite participar, será realizado, em local reservado, uma entrevista com perguntas que o Sr. (Sra.) conhecerá antes de assinar o **TERMO**.

1) Informações sobre o projeto

1.1) Objeto de estudo (o que está sendo estudado)

O estudo busca compreender a importância e a contribuição do Hospital-Dia do Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas no seu processo de atendimento do paciente de AIDS.

1.2) Objetivos

Objetivo Geral - Estudar o funcionamento do Hospital-Dia do Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas no seu processo de atendimento ao paciente de AIDS.

Objetivos específicos:

- Mostrar como começou o atendimento em hospital-dia de uma maneira geral.

- Mostrar como começou o atendimento em Hospital-Dia do Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas.
- Estudar de que maneira o atendimento realizado no Hospital-Dia do Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas ajudaria a criar novos setores como este na rede pública de saúde.

2) Procedimento

Será realizado uma entrevista com o Sr. (Sra.) contendo as seguintes questões:

- ⇒ Dados de apresentação: sexo; idade; escolaridade; moradia; ocupação.
- ⇒ Tempo de conhecimento de que é um portador do HIV/Aids
- ⇒ Tempo de tratamento no Hospital-Dia do Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas.
- ⇒ Perguntas a respeito do atendimento em Hospital-Dia.
- ⇒ Mudanças em sua vida após realizar o tratamento em Hospital-Dia.
- ⇒ Vantagens e desvantagens encontradas no atendimento em Hospital-Dia.
- ⇒ Diferenças no atendimento recebido em ambulatório, hospital-dia e internação.
- ⇒ Idéias a respeito do futuro do hospital-dia.

Importante ressaltar que as entrevistas serão gravadas. No entanto se não for seu desejo, registrarei por escrito as informações fornecidas pelo senhor (a).

As entrevistas serão realizadas, em projeto piloto, pela mestranda; em seguida serão realizadas por entrevistadores que não prestam assistência direta ao cliente.

3) Benefícios

Ao final deste projeto, a mestranda terá aprofundado no estudo do funcionamento do Hospital-Dia do CPqHEC. Desta maneira espera-se que o setor evolua, e atenda cada vez melhor o paciente de AIDS.

4) Inconvenientes

Talvez o Sr. (Sra.) sinta-se envergonhado de responder questões em entrevistas, ou de dizer verdades que possam lhe incomodar. Pode ainda acontecer desconforto em ser entrevistado pela mestranda que ao mesmo

tempo que estuda e entrevista questões do Hospital-Dia, também presta cuidados.

Quanto a isso, segue abaixo explicações que lhe tranquilizará. Embora seja importante enfatizar mais uma vez que as entrevistas serão realizadas por um entrevistador externo ao Hospital-Dia. Somente as entrevistas iniciais (piloto) serão realizadas pela mestrandia.

5) Acompanhamento Assistencial

A equipe do Hospital-Dia e mestrandia garantem que o Sr (Sra.) será atendido no Hospital-Dia, quando necessário, mantendo à atenção sempre oferecida.

6) Voluntariedade

O Sr. (Sra.) pode se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

7) Confidencialidade, Privacidade e Anonimato

O Sr. (Sra.) tenha segurança de que as informações serão coletadas em sala reservada, aonde somente o Sr. (Sra.) e a mestrandia estarão presentes. As informações serão mantidas no sigilo. Fica garantido a não revelação de sua identidade em qualquer publicação resultante deste estudo, nem em nenhum momento da pesquisa. E ainda, em seguida a coleta de dados o nome do cliente será eliminado, inclusive de registros realizados em fitas cassetes.

8) Arquivamento

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será preenchido em duas vias, uma retida pelo participante e uma arquivada pelo pesquisador.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Declaro estar ciente do inteiro teor deste **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, decidindo-me a participar da investigação proposta, depois de ter formulado perguntas e de ter recebido respostas satisfatórias a todas elas, e ciente de que poderei voltar a fazê-las a qualquer tempo. Declaro, pois, dar meu consentimento para participar desta investigação recebendo uma cópia do **Termo**, estando ciente, ainda, de que uma outra cópia permanecerá registrada nos arquivos do: Nome da instituição; Local e data; Nome do voluntário; Endereço; Assinatura do voluntário; Local e data; Nome do investigador; Assinatura do investigador; Local e data; Nome da testemunha; Assinatura da testemunha.

II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissional

TÍTULO DO PROJETO: A Dinâmica do Hospital-Dia no Atendimento aos Portadores HIV/AIDS: a experiência do Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas/FIOCRUZ.

Projeto de dissertação apresentado ao programa de pós-graduação em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública.

Mestranda: Liane Maria Braga da Silveira

Orientador: Prof. Dr. Otávio Cruz Neto

Ano: 2000

Sr. (a) Paciente,

Este documento, que recebe o nome de **TERMO**, explica os pontos mais importantes do projeto que está sendo realizado: o que está sendo estudado; objetivos do estudo; entrevistas com os pacientes de AIDS atendidos no Hospital-Dia do Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas; benefícios e inconvenientes.

A mestranda lerá o **TERMO** juntamente com o Sr. (Sra.). As dúvidas devem ser perguntadas durante e após a leitura do **TERMO**.

Caso o Sr. (Sra.) aceite participar, será realizado, em local reservado, uma entrevista com perguntas que o Sr. (Sra.) conhecerá antes de assinar o **TERMO**.

1) Informações sobre o projeto

1.1) Objeto de estudo (o que está sendo estudado)

O estudo busca compreender a importância e a contribuição do Hospital-Dia do Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas no seu processo de atendimento do paciente de AIDS.

1.2) Objetivos

Objetivo Geral - Estudar o funcionamento do Hospital-Dia do Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas no seu processo de atendimento ao paciente de AIDS.

Objetivos específicos:

- Mostrar como começou o atendimento em hospital-dia de uma maneira geral.

- Mostrar como começou o atendimento em Hospital-Dia do Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas.
- Estudar de que maneira o atendimento realizado no Hospital-Dia do Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas ajudaria a criar novos setores como este na rede pública de saúde.

2) Procedimento

Será realizado uma entrevista com o Sr. (Sra.) contendo as seguintes questões:

⇒Dados de apresentação: sexo; idade; escolaridade; tempo de exercício nesta função; ligação entre o trabalho exercido e o funcionamento do Hospital-Dia do CPqHEC.

⇒Questões específicas ao funcionamento do Hospital-Dia do CPqHEC.

Importante ressaltar que as entrevistas serão gravadas. No entanto se não for seu desejo, registrarei pôr escrito as informações fornecidas pelo senhor (a).

As entrevistas serão realizadas, em projeto piloto, pela mestranda; em seguida serão realizadas por entrevistadores que não prestam assistência direta ao cliente.

3) Benefícios

Ao final deste projeto, a mestranda terá aprofundado no estudo do funcionamento do Hospital-Dia do CPqHEC. Desta maneira espera-se que o setor evolua, e atenda cada vez melhor o paciente de Aids

4) Inconvenientes

Talvez o Sr. (Sra.) sinta-se desconfortável ao responder questões em entrevistas, ou de dizer verdades que possam lhe incomodar. Pode ainda acontecer desconforto em ser entrevistado pela mestranda e/ou entrevistador que ao mesmo tempo que, estuda e entrevista questões do Hospital-Dia, também coordena o funcionamento do setor.

Quanto a isso, segue abaixo explicações que lhe tranquilizará. Embora seja importante enfatizar mais uma vez que as entrevistas serão realizadas por um entrevistador externo ao Hospital-Dia. Somente as entrevistas iniciais (piloto) serão realizadas pela mestranda.

5) Voluntariedade

O Sr. (Sra.) pode se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu trabalho.

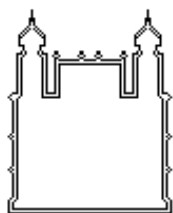
6) Confidencialidade, Privacidade e Anonimato

O Sr. (Sra.) tenha segurança de que as informações serão coletadas em sala reservada, aonde somente o Sr. (Sra.) e a mestrande estarão presentes. As informações serão mantidas no sigilo. Fica garantido a não revelação de sua identidade em qualquer publicação resultante deste estudo, nem em nenhum momento da pesquisa. E ainda, em seguida a coleta de dados o nome do cliente será eliminado, inclusive de registros realizados em fitas cassetes.

7) Arquivamento

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será preenchido em duas vias, uma retida pelo participante e uma arquivada pelo pesquisador.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Declaro estar ciente do inteiro teor deste **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, decidindo-me a participar da investigação proposta, depois de ter formulado perguntas e de ter recebido respostas satisfatórias a todas elas, e ciente de que poderei voltar a fazê-las a qualquer tempo. Declaro, pois, dar meu consentimento para participar desta investigação recebendo uma cópia do **Termo**, estando ciente, ainda, de que uma outra cópia permanecerá registrada nos arquivos do: Nome da instituição; Local e data; Nome do voluntário; Endereço; Assinatura do voluntário; Local e data; Nome do investigador; Assinatura do investigador; Local e data; Nome da testemunha; Assinatura da testemunha.



Ministério da Saúde

Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ



CENTRO DE PESQUISA HOSPITAL EVANDRO CHAGAS

Projeto: A Dinâmica do Hospital-Dia no atendimento aos portadores HIV/AIDS: a experiência do Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas/FIOCRUZ

III - Roteiro de entrevista dirigido ao cliente atendido no hospital-dia do CPqHEC

• Dados de apresentação têm como objetivo traçar o perfil do cliente atendido no hospital-dia do CPqHEC. Dados como idade, domicílio, escolaridade e ocupação, determinam que tipo de atividade, o aspecto intelectual, nível social, enfim que tipo de vida o paciente abarca para si próprio. Acredita-se que munido destes dados não somente estar-se-á contribuindo para o estudo, como também para o acúmulo de informações que corroborarão para a consonância paciente assistido X assistência oferecida.

⇒ Apresentação:

Idade; Sexo: M () F (); Domicílio (Bairro e Município); Escolaridade; Ocupação atual; Renda atual.

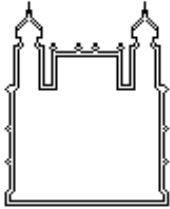
• Questões ligadas ao atendimento em regime de hospital-dia são determinantes para a compreensão do atendimento prestado ao portador de HIV/AIDS. Conceito que o paciente constitui a respeito do atendimento recebido, indicações, altas do hospital-dia, enfim expectativas diante de uma nova modalidade de atendimento.

Projeto de dissertação apresentado ao programa de pós-graduação em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública. Mestranda: Liane Maria Braga da Silveira. Orientador: Otávio Cruz Neto. A ser aplicado juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

⇒ Atendimento em regime de hospital-dia:

1. Há quanto tempo tem conhecimento que é portador do HIV/AIDS?
2. Há quanto tempo se trata no CPqHEC?
3. Você já teve experiências de tratamento em outros hospitais? SIM; NÃO.
4. Se a resposta anterior for SIM, fale resumidamente como foi a sua experiência.
5. Você já esteve internado na enfermaria do CPqHEC? SIM;NÃO.
6. Se a resposta anterior for SIM, fale resumidamente sobre o motivo de internação e como foi a experiência.
7. Você é regularmente atendido no ambulatório do CPqHEC? SIM; NÃO.
8. Se a resposta anterior for SIM, fale resumidamente sobre a sua experiência de ser atendido no ambulatório.
9. Se a resposta à questão número 7 for NÃO, relate resumidamente o motivo pelo qual não é atendido no ambulatório.
10. Há quanto tempo é atendido no hospital-dia do CPqHEC?
11. Qual foi o motivo que o levou a ser atendido no hospital-dia do CPqHEC?
12. Você já conhecia o hospital-dia do CPqHEC? SIM; NÃO.
13. Se a resposta anterior for SIM, relate como conheceu o hospital-dia do CPqHEC.
14. A sua primeira indicação de atendimento em regime de hospital-dia foi realizada pelo: AMBULATÓRIO ()INTERNAÇÃO ()
15. Atualmente o que é o hospital-dia do CPqHEC para você? Relate resumidamente.
16. Quanto tempo você permanece no hospital-dia do CPqHEC?
17. Você prefere ser atendido no período da: MANHÃ ()TARDE ()
18. Em relação à questão anterior, explique resumidamente o motivo de sua preferência.

19. De que maneira o atendimento em regime de hospital-dia se insere no cotidiano de sua vida?
20. Fale sobre as vantagens de ser atendido no hospital-dia do CPqHEC.
21. Fale sobre as desvantagens de ser atendido no hospital-dia do CPqHEC.
22. O que mais incomoda você no atendimento recebido no hospital-dia do CPqHEC?
23. Na sua opinião, o que poderia melhorar no atendimento realizado no hospital-dia do CPqHEC?



CpqHec- CENTRO DE PESQUISA HOSPITAL EVANDRO CHAGAS

Projeto: A Dinâmica do Hospital-Dia no atendimento aos portadores HIV/AIDS: a experiência do Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas/FIOCRUZ

IV - Roteiro de entrevista dirigido ao profissional do CPqHEC.

- Os dados de apresentação dirigidos ao profissional visam traçar o perfil dos profissionais que de alguma forma apoiam as atividades desenvolvidas no hospital-dia. O tempo exercido na função configura maior segurança na informação oferecida.

⇒ Apresentação:

Idade; Sexo: M () F (); Escolaridade; Função exercida no CPqHEC; Tempo de exercício nesta função no CPqHEC; Ligação entre o trabalho exercido e o funcionamento do hospital-dia do CPqHEC.

- As questões específicas ao funcionamento do hospital-dia contribuem para a personificação do setor, seu funcionamento, sua relação com outros serviços do hospital, e seu atendimento ao cliente. Enfatiza-se a importância de um olhar externo ao serviço, para uma isenta construção da identidade do hospital-dia do CPqHEC.

Projeto de dissertação apresentado ao programa de pós-graduação em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública. Mestranda: Liane Maria Braga da Silveira. Orientador: Otávio Cruz Neto. A ser aplicado juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

⇒ Questões específicas ao funcionamento do hospital-dia do CPqHEC.

1) Você se lembra do início da implantação da unidade de hospital-dia do CPqHEC? SIM () NÃO ().

2) Se a resposta anterior for SIM, relate resumidamente o que você se lembra do fato.

3) Você tinha algum conhecimento a respeito desta modalidade de atendimento? SIM (). NÃO ()

4) Se a resposta anterior for SIM, relate o que sabia a respeito do assunto.

5) Você modificou o seu trabalho em função de uma nova unidade que surgia (hospital-dia do CPqHEC)? SIM () NÃO ()

6) Se a resposta anterior for SIM, relate resumidamente as mudanças que foram necessárias diante do surgimento do hospital do CPqHEC.

7) Você acreditou no sucesso de uma unidade de hospital-dia para o atendimento aos portadores de HIV/AIDS? SIM () NÃO () NÃO FORMEI NENHUM JULGAMENTO ()

8) Se a resposta anterior for SIM ou NÃO, relate resumidamente o que pensava a respeito.

9) Atualmente, como você percebe a função do Hospital-Dia do CPqHEC no atendimento aos portadores de HIV/aids?

10) Atualmente, como você percebe a função do hospital-dia do CPqHEC no atendimento aos portadores de HIV/AIDS?

11) Quais os fatores positivos do atendimento prestado pelo hospital-dia do CPqHEC?

12) Quais os fatores negativos do atendimento prestado pelo hospital-dia do CpqHEC?

13) Na sua opinião, o que deve ser aperfeiçoado / melhorado no atendimento do hospital-dia do CPqHEC?

14) Para o futuro, fale resumidamente como você percebe as perspectivas para o hospital-dia do CPqHEC.