

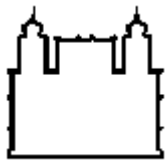


**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Fernandes Figueira
Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher**

**A VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL
PÚBLICO ACERCA DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DE
CRIANÇAS DA “CLASSE MÉDIA” E DE SEUS
ACOMPANHANTES**

Ana Beatriz Busch Araújo

**Rio de Janeiro
Novembro, 2006**



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Fernandes Figueira
Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher**

**A VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL
PÚBLICO ACERCA DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DE
CRIANÇAS DA “CLASSE MÉDIA” E DE SEUS
ACOMPANHANTES**

Ana Beatriz Busch Araújo

Dissertação apresentada à Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Materno-Infantil.

Orientador: Prof^a . Dr^a. Suely Ferreira Deslandes

**Rio de Janeiro
Novembro, 2006**

**FICHA CATALOGRÁFICA NA FONTE
CENTRO DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA
BIBLIOTECA DO INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA**

A663v Araújo, Ana Beatriz Busch.

A visão dos profissionais de saúde de um hospital público acerca das necessidades de saúde de crianças da “classe média” e de seus acompanhantes / Ana Beatriz Busch Araújo. – 2006.

xi, 114 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Fernandes Figueira , Rio de Janeiro , 2006.

Orientador: Suely Ferreira Deslandes

Bibliografia: f. 103 – 109.

1. Humanização da Assistência. 2. Assistência à Saúde. 3. Relações Profissional-Paciente. 4. Classe Social. I. Título.

CDD – 20^a. ed. 362.7

A Deus, por ser a essência de tudo.

Às minhas filhas Ana Carolina e Ana Cecília, que me fazem acreditar que a verdadeira imortalidade é construída a partir dos nossos próprios frutos que, ao crescer, nos enchem de amor e recompensa.

Ao Mauricio, meu companheiro de todas as horas, o meu amor e a minha gratidão.

Aos meus pais, Sergio e Lucia por todos os sacrifícios para que eu pudesse “ser mais”.

À minha vovó Lourdes pelo exemplo inesquecível de bondade e desprendimento.

Agradecimentos

Um projeto da dimensão de um Curso de Mestrado exigiu-nos mais do que dedicação. Exigiu que envolvêssemos outras pessoas e Instituições que, ao disponibilizarem-se, demonstraram grande generosidade. Agradeço a todas e, em especial:

À Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro, por viabilizar a nossa participação neste curso.

À Direção do Instituto Fernandes Figueira, por facultar-nos um local de tamanho saber.

À Doutora Claudia Abbes pela colaboração desde nosso primeiro encontro e pelo “acolhimento” de nossas idéias.

À Doutora Maria Auxiliadora Mendes Gomes pelo precioso exemplo de comprometimento com a saúde da população brasileira e por seu carinho.

À Coordenação e à Equipe de Professores do Curso de Mestrado, cuja excelência aquilataram nosso crescimento acadêmico.

À Equipe de Funcionários da Pós-Graduação, por sua dedicação e cuidado, particularmente com a Ana Cecília, inclusive guardando diariamente o seu berço com especial carinho.

À Equipe do Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto que permitiu que dividíssemos a nossa atenção com este projeto.

À Michele, pelo auxílio na transcrição das fitas e por sua disponibilidade.

Aos alunos, nossos companheiros de Mestrado, que ajudaram e “protegeram” este conjunto “mãe-bebê” de todas as adversidades.

À Professora Suely Deslandes, que nos orientou nesta dissertação com disponibilidade e carinho infinitos, ensinando-nos, com a sua elegância ímpar, como “fazer melhor” a cada dia. A nossa convivência foi a melhor parte.

À Ana Cecília Busch Araujo que, apesar de recém-nascida, sempre pareceu compreender o nosso momento, nos apoiando com a sua companhia constante e comportamento exemplar na sala de aula.

Resumo

O Objetivo dessa pesquisa foi conhecer melhor a visão dos profissionais médicos e enfermeiros sobre as necessidades de saúde das crianças de “classe média” que buscam atendimento no Serviço Público. Esta tarefa exigiu não só a compreensão das experiências pessoais durante as interações estabelecidas entre os profissionais de saúde e os acompanhantes das crianças internadas como a também problematização das questões cotidianas do lidar com a “classe média” considerando uma suposta diferenciação no protagonismo dos acompanhantes destas crianças. Foi escolhido um Hospital Público de referência para o atendimento de crianças onde supúnhamos que a presença de acompanhantes associada a algumas especificidades do próprio perfil de atendimento hospitalar seria favorável ao nosso propósito. O estudo, de cunho qualitativo, foi feito através de entrevistas semi-estruturadas realizadas com 08 (oito) médicos e 08 (oito) enfermeiros detentores de experiência de convivência com acompanhantes de “classe média”. As conclusões do nosso trabalho apontaram as deficiências dos entrevistados em identificar as “necessidades de saúde” das crianças que buscam atendimento no Hospital Público e de reconhecer, neste conjunto, a necessidade de informações e de protagonizar ações referentes ao seu tratamento. A percepção da presença de usuários de “classe média”, considerados (pelos profissionais de saúde) “mais esclarecidos” agregou a este cenário algumas questões trazidas por esses usuários, como as exigências quanto a agilidade na realização de exames complementares e quanto à resolutividade do tratamento. Persiste, contudo, a dificuldade desses profissionais para reconhecer o “protagonismo” desses usuários não como uma ameaça aos poderes intra-Institucionais, mas como um qualificador dessa assistência. Propusemos, com isso, o investimento em estratégias de sensibilização dos profissionais de saúde e gestores para a identificação das distintas “necessidades de saúde” dos usuários que buscam atendimento no hospital público. Acreditamos que (re)conhecer estas necessidades é o primeiro passo para a assistência humanizada e que, sem esse direcionamento, a Política Nacional de Humanização não promoverá a qualificação do atendimento.

Palavras-chave: Humanização da Assistência; Assistência à Saúde; Relações Profissional-Paciente; Classe Social.

Abstract

The research's objective was to better understand, among public services, nurses and medical professional's view about middle class children's health needs. This task required not only the comprehension of personal experiences among the interaction between care provider and the children's family, but also the common issues when dealing with middle class. We considered a possible difference when interacting with these kids and their families. A public hospital was selected as reference to take care of the kids because the hospital's profile associated with the families' presence was relevant to the research. The qualitative study was done thru pre-structured interviews asked to 08 (eight) doctors and 08 (eight) nurses who had interacting experience with middle class families. Our work's conclusions shows a deficit on the participating health professional's aptitude to identify the "health needs" of the children that search aids on public hospitals and to recognize the information needs concerning their medical attendance. The presence of the "middle class" users, considered "more renowned" by the health professionals, brought matters like the quickness on the realization of complementary examinations and the quality of the treatments. Anyway, there's still a difficulty in recognizing the "protagonism" of these users as qualifiers of the assistance. We proposed investments in strategies of sensibilization of the health professionals, in order to identify the different needs of the users of the public hospitals. We believe that the recognizing of these needs is the first step to the humanization of the assistance, and that without it, the Humanization National Policy will not bring quality to the attendance.

Key-words: Humanization of Assistance; Delivery of Health Care; Professional-Patient Relations; Social Class.

SUMÁRIO

Capítulo I – Introdução	xi
1.1 Objetivos	21
1.2 Justificativas	21
Capítulo II - Marco Teórico.....	25
2.1 A Humanização da Assistência	25
2.2 As Necessidades de Saúde.....	33
2.3 O Processo Comunicacional Profissional de Saúde – Usuário	39
Capítulo III – Caminho Metodológico.....	43
3.1 O Campo de Estudo	45
3.2 Os Sujeitos do Estudo	46
3.3 As Entrevistas.....	47
3.4 O Processamento e a Análise dos Dados	49
3.5 As Questões Éticas	52
Capítulo IV - O Encontro do Trabalhador com o Usuário	54
4.1 Existe Acolhimento?	55
4.2 “Estar Disponível” e “Colocar- se à Disposição” – Semelhanças e Diferenças	60
4.3 Os “Espaços” e Os “Poderes”	63
4.4 As Informações – Favor ou Direito?	69
Capítulo V - O Protagonismo das Famílias de “Classe Média”	76

5.1 A Participação da Família no Cuidado Hospitalar – Possibilidades e Limites	79
5.2 O Protagonismo como “Necessidade de Saúde”	86
5.3 As Expectativas quanto à Resolutividade no Serviço Público	88
5.4 O que é da “minha alçada”? Onde fica a co-responsabilização?	91
Capítulo VI - Considerações Finais	97
Referências Bibliográficas	103
Apêndice I	110
Apêndice II	112
Apêndice III	113
Apêndice IV	114

Capítulo 1: Introdução

Neste projeto abordamos a temática da humanização, seus preceitos e suas aplicações na assistência pediátrica para, através dela, conhecer a ótica dos profissionais de saúde médicos e enfermeiros sobre as necessidades de saúde dos usuários de “classe média”¹ que buscam atendimento no Serviço Público.

Este caminho nos conduziu à análise das relações estabelecidas entre os cuidadores e os acompanhantes dessas crianças durante as diversas etapas do cuidado desde o acolhimento até à intervenção terapêutica propriamente dita e os seus desdobramentos.

Foram considerados nesse contexto o estabelecimento de **diálogo** entre os atores envolvidos na assistência, a **disponibilidade** do cuidador para a **escuta** e identificação das **necessidades de saúde** dessas crianças, o reconhecimento da **vulnerabilidade** e da **autonomia** da família na participação no tratamento de seus filhos (**protagonismo**) e a idéia de valor atribuída à **informação** prestada aos acompanhantes no decorrer deste convívio.

¹Em qualquer sociedade complexa podemos identificar e distinguir a existência de estratos ou classes compostas de indivíduos semelhantes com respeito a certos critérios (Boudon e Bourricaud,1993). “...Alguns pesquisadores podem falar de uma simples categoria de renda como uma classe, classe social ou índice de uma delas, enquanto outros podem usar o termo classe para indicar um estrato de posições em que os membros gozam das mesmas oportunidades, dos mesmos estilos de vida , de atitudes e ideologias comuns em relação a si mesmos e à Sociedade, possuem consciência de seu grupo e um sentido fundamental de antagonismo em relação a outros estratos.(FGV,1987:195).Nos estudos de estratificação social (Bottomore,1970;Vila Nova,2000) normalmente se define a hierarquia existente com base em critérios como distribuição de renda,procurando-se também identificar como os membros de uma sociedade percebem as distinções sociais que os separam uns dos outros (Bourdon e Bourricaud,1993). Classe social pode ser definida como “...classe ou estrato não hereditário , cujos membros se consideram socialmente iguais em virtude de semelhanças de nível econômico,profissional e educacional e ainda atitudes morais,afiliação política e religiosa,localização em residências,qualidade e quantidade do consumo simbólico, sucesso profissional,etc...”(O Globo;1977:66). Classe Média “...designa em sentido amplo, o estrato dentro de uma estrutura social,considerado intermediário entre a classe alta e a classe operária [“classe popular”]...”(FGV,1987:192)..Uma vez que trabalhamos com os relatos dos profissionais e,diante da dificuldade de se estabelecer um critério para a determinação de um recorte sócio-econômico da população usuária,o termo traduziu nesta pesquisa a clientela que,no entendimento dos profissionais de saúde, pertencesse ao que o senso comum define como “classe média” e “classe popular”.

Finalmente, procuramos identificar, na ótica dos profissionais de saúde, as repercussões das situações cotidianas geradas pela presença de famílias de “classe média” no cenário do hospital Público.

O conceito “Humanização”, dada a sua polissemia, não possui uma tradução formal e de consenso, parecendo refletir muito mais uma diretriz de trabalho, uma proposição de condutas, enfim, um eixo orientador de um modelo de assistência.

A ampla utilização do termo em diversas ações no campo da produção do cuidado em saúde provocou uma série de discussões envolvendo uma necessidade de reorganização dessas *práxis* no SUS (Sistema Único de Saúde).

O ano de 2002 marcou decisivamente a legitimação do discurso de defesa da assistência humanizada, principalmente pela regulamentação do Programa Nacional da Assistência Hospitalar – PNHAH (Brasil, 2000).

Esse Programa, contudo, mostrou-se limitado em seu alcance, porque não contemplava integralmente as intenções qualificadoras da assistência.

Havia projetos, atividades, propostas, mas em todos era evidente o caráter fragmentado e separado dessas iniciativas não só na relação de baixa horizontalidade que se verificava entre elas, mas também no modo vertical como elas se organizavam dentro do MS e do SUS (Benevides e Passos, 2005:562).

As práticas de humanização da assistência, até então fragmentadas, deveriam ser coordenadas por uma política de cunho transversal que, em sua abrangência, atingisse as diversas instâncias do SUS.

Foi então elaborada a Política Nacional de Humanização - PNH (MS, 2004) que propôs “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços

tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (p.6), numa perspectiva de co-responsabilização de gestores, profissionais e usuários, reiterando as próprias diretrizes do SUS.

Como política, a Humanização deve traduzir princípios e modo de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS (Brasil, 2004:7).

A proposta da Política Nacional de Humanização de co-responsabilizar os diversos atores da produção de saúde nos remete às iniciativas de construção coletiva de vínculos para promover o protagonismo¹ dos sujeitos através do que Caprara e Rodrigues (2004) chamaram de “relação participativa” que ofereceria ao paciente a possibilidade de participar na escolha e condução de seu tratamento.

A humanização como um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabeleceu-se, portanto, como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um processo de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos inter-profissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde (Brasil, 2004:8).

A implementação da PNH foi planejada de forma a integrar a “Rede SUS”. Com este propósito ela atuaria em vários eixos (nas Instituições do SUS, na gestão do trabalho, na educação permanente, na atenção à saúde, na informação, no financiamento e na gestão), baseando-se em cinco princípios norteadores.

²Adotaremos o conceito de “protagonismo” dos sujeitos envolvidos no processo de atendimento hospitalar como a expressão desses sujeitos, de suas necessidades postas como questionamento à ordem das coisas e como instrumentos capazes de encaminhar mudanças (Cecílio, 2001; Puccini e Cecílio, 2004).

- 1-Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização.
- 2-Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.
- 3-Fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.
- 4-Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS.
- 5-Ututilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos (Brasil, 2004:10).

A consciência da importância do desenvolvimento de interação dialógica entre o cuidador e o paciente pode ampliar o direcionamento da práxis, passando a priorizar a escuta das necessidades² e demandas do paciente (oferta usuário-centrada) em detrimento da postura convencional da oferta de um “pacote de serviços”, muitas vezes disponibilizados apenas segundo a lógica Institucional.

A atividade assistencial pediátrica representa um espaço por excelência para a implantação de práticas humanizadas se considerarmos o cenário oportuno para convivência de profissionais de saúde, do paciente e de sua família. Nesta faixa etária, normalmente é facultada a presença de algum familiar em tempo integral e esse fator pode ser um importante auxílio no estabelecimento de vínculos entre esta tríade.

As crianças, por suas características de desenvolvimento, acabam sendo representadas por seus familiares nas interações dialógicas com os profissionais de saúde durante uma internação hospitalar.

³Destacaremos que no caso do paciente pediátrico, as necessidades de saúde às quais nos referimos, assim como o protagonismo preconizado pela PNH normalmente emergirão da relação profissional-acompanhante (pais e/ou responsáveis).

A permanência dos pais em período integral, garantida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, prevista na Lei 8069 de 1990, não só determinou uma mudança no foco de ação que contemplasse também “o olhar para a família como objeto de cuidado, num processo de produção de relações e de intervenções” , mas também repercutiu na dinâmica das relações de trabalho no ambiente hospitalar (Collet e Rocha, 2004:191).

Este fato ainda é mais percebido se considerarmos que, em parte por causa dos avanços tecnológicos, há nas enfermarias cada vez mais crianças portadoras de doenças crônicas (habitualmente chamados de “pacientes crônicos”). Esses quadros clínicos, causadores de longos e recorrentes períodos de internação promovem uma oportunidade de convívio estreito entre a família e os profissionais de saúde.

Esses mesmos avanços tecnológicos, se por um lado trunfos importantes na trajetória da cura de determinados agravos, passam a ser amplamente criticados quando associados à uma prática Médica especializada e fragmentada onde as relações inter-pessoais são algumas vezes preteridas enquanto subsídios para uma assistência humanizada.

Se nestas relações inter-pessoais permeadas de “ruídos” percebemos dificuldades na divisão de “tarefas” e de “poderes” entre os próprios profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, etc.), a participação efetiva dos pais no tratamento de seus filhos também pode motivar algum tipo de “negociação” da distribuição dessas “tarefas” e “poderes”.

Discutir as possibilidades e os limites das propostas de humanização da assistência pediátrica significa refletir sobre as próprias possibilidades e limites dessas relações, considerando a visão dos atores (destacando aqui a dos profissionais de saúde) sobre o seu papel nesse contexto.

Apesar da criança hospitalizada no Serviço Público representar uma oportunidade singular de estabelecimento de vínculo entre ela, o profissional de saúde e seus pais e/ou acompanhantes, identificamos que a humanização do atendimento hospitalar em pediatria ainda necessita de investimentos.

Como serão posteriormente comentadas, as iniciativas Institucionalizadas de humanização do atendimento à criança, em sua maioria têm sido voltadas para o recém-nascido, como o incentivo ao aleitamento materno (“Iniciativa Hospital Amigo da Criança” - WHO/UNICEF, 1990) e o suporte ao recém-nascido de baixo peso (“Método Canguru” – Brasil, 2004).

Há também as estratégias terapêuticas que se utilizam de técnicas lúdicas. Comuns em hospitais pediátricos, esses métodos promovem uma abordagem direcionada à criança promovendo uma linguagem acessível à ela através de atividades ligadas às artes plásticas, à música, ao teatro, ao lazer e à recreação (Mitre e Gomes,2004; Silva *et al* 2005; Motta e Enumo,2004; Carvalho e Begnis, 2006).

Se a assistência qualificada preconizada pela PNAH seria uma resultante direta das ações que priorizassem o atendimento das necessidades específicas daquela criança, a percepção dessas necessidades, ainda que expressas em uma dimensão não-verbal não pode ser excluída neste processo.

Por exemplo: alguns profissionais realizam a preparação para determinados exames ou procedimentos utilizando bonecos, personagens, histórias ou brinquedos; a criança pode, assim, experimentar através da brincadeira a vivência de situações semelhantes àquela a que vai ser submetida. Dessa forma levam as informações relativas ao adoecimento e ao tratamento, numa linguagem acessível à criança, permitindo que ela dê um sentido aos fatos (Mitre, 2006: 294).

Segundo Teixeira (2003:91) a efetivação do atendimento em saúde depende da “materialidade” deste encontro profissional-paciente que, por sua vez, carece de uma efetiva “mudança na relação de poder técnico-usuário” traduzida pela necessidade de “reversão do modelo comunicacional”.

A visão do médico sobre as necessidades de saúde de seu paciente deveria convergir para a aceitação delas como individuais e impossíveis de generalização. Os desafios da busca desta “superação do monopólio das necessidades” e de se integrar a “voz do outro”, constituem, para Teixeira (2003) o cerne do chamado “acolhimento–diálogo”.

O acolhimento enquanto diretriz operacional (Franco e col, 1999:347) propõe uma inversão na lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde visando atender a todas as pessoas que busquem atendimento. Para isso preconiza “reorganizar o processo de trabalho”, deslocando o seu eixo funcional, antes médico-centrado, para uma equipe multiprofissional comprometida com a resolutividade do tratamento e “qualificar a relação trabalhador-usuário”, embasando-a em “parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania”.

De encontro a este ideal de acolhimento, o comprometimento da equipe com a resolutividade (Franco, 1999) é entendido como uma responsabilização

de toda a equipe que, através de uma vinculação com essa criança e sua família, busca a resposta para as suas necessidades.

Em todo o lugar que ocorre um encontro - enquanto trabalho de saúde - entre um trabalhador e um usuário, operem-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam à produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção (Franco e col,1999:346).

Em relação à internação de uma criança, para promover o acolhimento e o vínculo, é importante o reconhecimento pelo cuidador da vulnerabilidade da família (Pettengill e Ângelo, 2005) , atingida em sua autonomia pela hospitalização desta criança e pela necessidade de adaptação das situações e conflitos familiares ao contexto hospitalar. “Vulnerabilidade, em uma situação de doença e hospitalização de um filho, é a família sentir-se ameaçada em sua autonomia, sob pressão da doença, da própria família e da equipe” (p.987).

Se o protagonismo dos cuidadores parece ilimitável diante dos modelos assistenciais conhecidos, o protagonismo do paciente e de sua família esbarra em limitações dos espaços Institucionais que são *loci* de poderes, interesses e projetos de diferentes sujeitos (Pinheiro, 2006).

O protagonismo do paciente e a sua atuação nesta relação de utilização de serviços de saúde poderia estar indicando novos rumos a partir da busca de cuidados de saúde no setor público pelos usuários de “classe média”.

Partindo do aspecto da autonomia dos sujeitos, a participação de outros segmentos sociais pode significar que um mesmo grupo de profissionais de saúde tenha que se adaptar às clientela diferentes (“classe média” e “classe popular”), com diferentes necessidades de saúde e graus de protagonismo. “A importância de uma discussão da dimensão social e política dessas novas

modalidades de gestão, que ultrapasse os limites do acesso aos serviços de saúde por parte dos distintos segmentos sociais de renda” (Cohn e Elias, 2002: 180).

A especulação sobre os motivos que levam a classe média a procurar atendimento nas Unidades Públicas de Saúde não foi objeto deste trabalho.

Contudo, durante as entrevistas foram sugeridas várias razões para esta busca como: a queda do poder aquisitivo da família, a não adesão a seguros de saúde privados ou a adesão a seguros que não contemplariam a totalidade do tratamento, o reconhecimento público do Hospital em estudo como Centro de Referência para determinados agravos à saúde e mesmo a simples proximidade da residência das crianças enfermas.

A população de “classe média” poderia representar uma nova postura no processo comunicacional com o profissional de saúde e, se isto efetivamente acontecesse, que dimensão poderia alcançar o protagonismo do paciente e de seu acompanhante a que nos referimos anteriormente? Qual seria o grau de exigência de participação deste acompanhante no processo de tratamento? Qual seria a leitura do profissional sobre as necessidades de saúde deste usuário? Seriam elas diferentes das necessidades de saúde dos usuários de “classes populares”? Como o profissional de saúde perceberia esta comunicação com os pais que, potencialmente, passaram a exigir informações e cobrar condutas?

Na hipótese inicial que norteou essa pesquisa, as famílias de “classe média” demandariam um protagonismo diferenciado quanto à participação no tratamento de seus filhos. Isso geraria dificuldades de comunicação entre o profissional de saúde e o acompanhante que limitariam a identificação das

necessidades de saúde dessas crianças, comprometendo o atendimento humanizado.

Buscando incorporar tais indagações em nosso projeto de pesquisa, propusemos como o objeto deste estudo a análise da visão dos profissionais de saúde quanto às “necessidades de saúde” da clientela de “classe média” usuária do Hospital Público. Consideramos que a capacidade de identificar, valorizar e reagir a essas necessidades é fator crucial para a promoção da assistência humanizada.

Este trabalho é dividido em seis capítulos. O primeiro deles, “A Introdução” termina após a exposição dos objetivos e da justificativa deste estudo e apresenta aos leitores os próximos cinco capítulos: “O Marco Teórico”; “O Caminho Metodológico”; “O encontro do Trabalhador com o Usuário”, “O Protagonismo das Famílias de ‘Classe Média’ na Ótica dos Profissionais de Saúde” e as nossas “Considerações Finais”.

Os capítulos destinados ao embasamento teórico e à metodologia da pesquisa descrevem o caminho que percorremos desde a fase exploratória da pesquisa até o trabalho de campo e o processamento dos dados.

O quarto e o quinto capítulos tratam da articulação dos dados obtidos através das entrevistas com os referenciais teóricos do trabalho, trazendo à luz reflexões sobre o “encontro” entre o trabalhador e o usuário e o “protagonismo” das famílias de “classe média” no contexto da assistência hospitalar pediátrica.

No último capítulo apresentamos as nossas conclusões, contextualizando os limites desse trabalho e articulando os seus resultados

com possíveis contribuições para novas propostas de estratégias qualificadoras do atendimento hospitalar.

1.1 Objetivos

O nosso objetivo geral foi analisar como os profissionais de saúde percebem e reagem às necessidades de saúde de crianças e acompanhantes de “classe média” em um Hospital Público. Os nossos objetivos específicos foram:

- Analisar como o profissional de saúde percebe o processo comunicacional com os usuários e acompanhantes de “classe média”;
- Analisar como o profissional de saúde percebe e reage às tentativas de participação dos acompanhantes de “classe média” nas decisões relacionadas ao tratamento de seus filhos;
- Analisar como o profissional de saúde percebe as repercussões cotidianas da internação de crianças de “classe média” no hospital público.

1.2 Justificativas

Este estudo buscou colaborar para o esclarecimento das modificações dos padrões relacionais entre profissionais de saúde e usuários considerando a

premissa do possível aumento do nível de exigência da clientela a partir da inserção de usuários de “classe média” nos serviços públicos de saúde.

A possibilidade de obter respostas para questões antigas mais relevantes como a importância do processo comunicacional cuidador-usuário e o reconhecimento das necessidades de saúde dos pacientes promoveu um grande estímulo para a pesquisa enquanto objeto da dissertação do Mestrado profissional em Saúde da Criança e da Mulher.

Ao consultar as fontes de pesquisa bibliográficas (SciELO e Bireme) utilizando-se as palavras-chave : “humanização”, “humanização da assistência”, “humanização do parto”, “necessidades de saúde” e “relação médico-paciente”, foram obtidas referências de sessenta e seis artigos.

Embora não tenha ocorrido uma delimitação temporal para a seleção, a compreensão das concepções sobre “humanização da assistência/comunicação profissional-usuário” foi enriquecida a partir da aproximação a pesquisas realizadas em distintos períodos da discussão/normatização da humanização enquanto política pública.

Foram encontrados artigos sobre humanização e assistência à criança hospitalizada na rede pública, mas em nenhum deles houve menção ao processo comunicacional para o acolhimento das necessidades dos acompanhantes e das crianças que pudessem pertencer à “classe média”.

A nossa atuação como gestora em um hospital pediátrico tem nos colocado, com alguma frequência, diante de famílias de “classe média” que buscam no serviço público o atendimento às suas necessidades de saúde.

Nós testemunhamos ainda que o contato do profissional de saúde com o paciente e o acompanhante de “classe média”, algumas vezes traz à tona conflitos e inquietações.

O estudo desta temática - Humanização e Assistência Hospitalar - poderia propiciar um novo tipo de interação do grupo gestor com os demais profissionais de saúde na medida em que um grupo (re)“conhecesse” o papel do outro nessa construção.

Em nossa experiência profissional percebemos que algumas vezes o profissional de saúde que atua na assistência direta ao paciente (à beira do leito), atribui uma hierarquização da responsabilidade quanto, por exemplo, à provisão de recursos terapêuticos. Isso passa a assumir uma significância na medida em que certos assuntos passam a ser “da alçada da Direção”.

Não foram raras as oportunidades em que responsáveis por crianças internadas foram conduzidos à nossa presença para esclarecer dúvidas que o próprio funcionário que nos apresentou à família poderia ter respondido, tal a simplicidade das questões levantadas.

Algumas vezes tornou-se mesmo clara a intenção do profissional de saúde de responsabilizar a Direção da Unidade por determinado problema na condução de um caso clínico (como o déficit de um recurso diagnóstico).

Já em outras ocasiões, também foi claro o apelo do profissional para que o seu discurso fosse confirmado pela Direção diante de uma família relutante.

Acreditamos que com esta pesquisa pudemos contribuir para a problematização de aspectos da proposta de humanização peculiares à

assistência pediátrica aplicáveis ao setor público, além de refletir se os serviços estão abertos a acolher as diferentes “necessidades de saúde” das crianças e de suas famílias e, acima de tudo, como lidam com elas.

Neste caminho priorizamos as especificidades percebidas pelos cuidadores em relação à “classe média”, suas necessidades, sua autonomia, seu protagonismo e os conflitos gerados por sua presença no cotidiano do hospital público. Buscamos aprender com estes conflitos, incorporando conhecimentos para a sugestão de estratégias de “acolhimento” que respeitem essas particularidades e individualidades.

Capítulo 2: Marco Teórico

Utilizaremos neste texto como referências teóricas as categorias analíticas: “humanização da assistência”, “necessidades de saúde” e “processo comunicacional”.

2.1 A Humanização da Assistência

Para discutir as possibilidades e os limites das propostas de “humanização” na área da saúde iniciaremos buscando selecionar algumas definições atribuídas ao termo.

A seguir analisaremos o papel dessas propostas como “diretrizes” para a elaboração de Políticas Públicas e, por fim, exploraremos a aplicação dos preceitos da “humanização” no cenário de atendimento hospitalar pediátrico, o que nós passaremos a chamar de “assistência pediátrica humanizada”.

Não pretendemos esgotar neste trabalho a variedade de significados relacionados à “humanização” .

Assim, entenderemos Humanização como: valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão nos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (Brasil apud Deslandes, 2005: 402).

A literatura aponta alguns sentidos amplamente disseminados que consolidaram um pensamento que passou a questionar a lógica assistencial Institucional vigente, defendendo como qualificadores do cuidado a **valorização do encontro** profissional de saúde-usuário, o **acolhimento-diálogo** para a escuta das **necessidades de saúde**, o estabelecimento de **vínculos** e o reconhecimento e respeito ao **protagonismo** dos diversos atores envolvido neste encontro (Trezza, 1987; Caprara e Franco, 1999; Brasil, 2004 ; Casate e Corrêa, 2005).

A formação do profissional de saúde, notadamente a formação do médico , classicamente direcionada às áreas de especialização, “...transforma o paciente em pedaço de pessoas e não mais em um ser humano inteiro...” (Trezza,1987:218).

Para subsidiar essa “Medicina Especializada” a tecnologia é elevada a um patamar de valor que às vezes parece superar outros recursos da propedêutica como a anamnese e o exame físico. “O avanço da tecnologia faz com que o médico, por vezes trate o paciente sem tê-lo visto. Refere-se a ele como um caso, um ecocardiograma, uma tomografia, aquela radiografia, (...) o leito número X” (Trezza, 1997:218).

O processo de realização de cuidados em saúde envolve também questões intersubjetivas já que “... toda a assistência se funda numa inter-relação pessoal muito intensa...” (Puccini e Cecílio, 2004:1350).

Merry (1997) destacou um modelo assistencial de atendimento (liberal-privatista) onde o usuário seria “reduzido” a um objeto desconsiderando-se as suas necessidades essenciais e o profissional de saúde atuaria de “...uma

maneira impessoal (...) e descompromissada...” , submetendo o paciente aos seus “saberes estruturados” (p:118).

A partir da consideração das relações interpessoais presentes no ato do cuidar, concordamos com Ayres quando ele afirma que “...não podemos limitar a arte de cuidar da saúde apenas à criação e manipulação de objetos...” (Ayres, 2006:49).

Ao focarmos nossa visão neste encontro, que é permeado por um processo comunicacional não restrito a somente a uma relação profissional-usuário, talvez nos aproximemos da significação do que Teixeira (2005) chamou de “acolhimento dialogado” .

O “protagonismo” dos atores e das suas relações de “vínculo” serão contextualizadas durante a exposição da trajetória da construção do cuidado humanizado nos capítulos destinados a análise das narrativas presentes nas entrevistas desta pesquisa.

O processo comunicacional, em decorrência da sua importância estratégica nesta pesquisa, será abordado em um tópico isolado. Nós consideramos que ele é essencial se pensamos em uma “... forma da assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e cultura, além do reconhecimento do profissional...” (Deslandes, 2004a : 7).

Após estas considerações conceituais iniciais, torna-se necessário pontuar as normatizações que deram ao debate da humanização o status de Política do Setor de Saúde.

Seguindo uma ordem cronológica, o ano de 2000 marcou decisivamente a legitimação da Humanização no âmbito da assistência hospitalar. O Ministério da Saúde regulamentou o Programa Nacional da Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH (Brasil, 2000) e, reforçando esta linha de ação, o tema foi discutido na 11ª Conferência Nacional de Saúde.

O Programa, destinado a modificar padrões culturais de atendimento, objetivava “...aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários/profissionais e entre hospital e comunidade, visando a melhoria da qualidade e a eficácia dos serviços prestados por estas instituições...” (*apud* Deslandes, 2004a)

Benevides e Passos (2005), ao divulgarem as suas experiências pessoais nos anos de 2003 e 2004 como integrantes da equipe da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, apresentam um cenário onde “...identificada a movimentos religiosos, filantrópicos ou paternalistas, a humanização era menosprezada por grande parte dos gestores, ridicularizada por trabalhadores e demandada pelos usuários...” (p.562).

O diagnóstico desta equipe apontou não só a “banalização do tema” como também reconheceu a “fragmentação das práticas” em diferentes programas de humanização da saúde dentro do SUS.

A resposta a essas questões levou à mobilização para a construção de uma Política Nacional que articulasse as ações isoladas de humanização através de uma atuação transversal nos diversos segmentos do SUS.

Os autores vislumbravam em seu relato que esta Política pudesse mesmo “... interferir no processo de produção de saúde...” (p.563) de forma a qualificá-lo.

Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS se apresentava como meio para a qualificação das práticas de saúde: acesso com acolhimento, atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo; valorização dos trabalhadores e usuários com avanço na democratização da gestão e no controle social participativo (Benevides e Passos, 2005:563).

A Política Nacional de Humanização-PNH (Brasil, 2004), foi então planejada a partir da premência de políticas públicas que considerassem um contexto social onde conviviam “avanços na descentralização da atenção e da gestão” e a “fragmentação e verticalização dos processos de trabalho”.

Segundo a PNH, humanizar a assistência é “...oferecer um atendimento de qualidade que articule os recursos tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais de saúde...” (Brasil, 2004:6)

Como política pública, a humanização da “produção de saúde” deveria traduzir os “princípios e modos de operar” dos atores do processo de atendimento, articulando “...as diversas unidades e serviços de saúde (...) em todas as instâncias que constituem o SUS...” (Brasil, 2004:7).

As ações concretas da PNH foram calcadas na estratégia de investimento na “produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos”, acolhendo tais atores, invocando a sua “co-responsabilidade” enquanto partícipes do sistema de saúde e “fomentando o seu protagonismo”. (Brasil, 2004:8)

Na busca da construção do que se chamou de “Rede de Humanização do SUS” (Brasil, 2004:9), foram estabelecidos alguns princípios norteadores.

Esses princípios, na verdade cinco “imagens” a serem perseguidas, preconizavam, de forma sintética : a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão; o estímulo a processos comprometidos com a produção de sujeitos; o fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional; a atuação em rede e a utilização da informação na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos. (Brasil, 2004: 9-10)

As denominadas “marcas prioritárias” da PNH (Brasil, 2004:10) buscavam atingir a “...redução das filas e o tempo de espera...” com uma proposta de “...atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco...”, com a identificação dos profissionais envolvidos e a garantia do cumprimento dos direitos assegurados pelo código dos usuários do SUS.

As Unidades de Saúde seriam responsabilizadas por sua “referência territorial” e garantiriam a “...gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários...” assim como educação permanente aos trabalhadores. (Brasil, 2004:10)

Para a implementação da PNH estariam previstas estratégias de atuação centradas: nas instâncias governamentais estaduais e municipais, nas instituições de saúde enquanto núcleo da gestão do processo de trabalho, no âmbito da educação permanente, na mídia (visando a “ampliação do domínio social sobre a PNH”), na captação de recursos financeiros, no monitoramento e avaliação sistemática das ações pelas instâncias intergestoras do SUS e na atenção integral à saúde (Brasil, 2004:11).

Especificamente no eixo da atenção, a PNH (Brasil, 2004:11) propôs a participação dos sujeitos através da “democratização da gestão dos serviços” e da promoção da articulação intra e intersetorial para a ampliação da atenção integral à saúde.

Anteriormente à formulação da PNH, a maioria das iniciativas associadas à humanização na assistência hospitalar foram direcionadas à mulher com ênfase nos seus direitos reprodutivos, como a Humanização do Parto. (Deslandes, 2004a).

Notadamente no que concerne o atendimento pediátrico, poucas iniciativas têm sido observadas. Em relação à criança, os investimentos têm sido direcionados à assistência aos recém-natos de baixo peso e ao estímulo à amamentação (Brasil, 2000).

Um exemplo clássico deste investimento foi a adaptação do “Método Canguru”³ à realidade brasileira (Brasil, 2002). Em nosso país este método é utilizado não como um substituto da incubadora, mas como um qualificador da assistência humanizada.

Ele abrange questões dos “cuidados técnicos com o bebê” (manuseio, atenção às necessidades individuais, cuidados com a luz, som, dor); o “acolhimento à família”; a “promoção do vínculo mãe/bebê e do aleitamento materno” e o “acompanhamento ambulatorial pós-alta” (Lamy *et al*, 2005:660).

Uma outra estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil tem sido o desenvolvimento de atividades lúdicas que utilizam o “brincar” durante o

⁴Criada em Bogotá, na Colômbia, esta estratégia surgiu como uma opção alternativa para a superlotação das Unidades Neonatais. Este método consiste na manutenção do contato pele a pele da mãe com o bebê (Charpak e col,1999).

atendimento hospitalar como mediador dessa experiência de hospitalização. (Chiattonne, 1984; Duarte *et al*, 1987; Guimarães, 1988; Françani *et al*, 1998).

Em alguns desses estudos o brinquedo é utilizado de forma direta em atividades estimulantes da diversão (Lindquist, 1993), podendo ser também representado pela figura do “palhaço” que “leva alegria às crianças hospitalizadas” como em um projeto denominado “Doutores da Alegria” (Doutores da Alegria, 1997).

As atividades lúdicas por certo têm a prerrogativa de transformar o ambiente hospitalar de forma a suavizar os danos já que “o ambiente hospitalar retira do imaginário dos adultos e das próprias crianças a referência do mágico e do lúdico, itens fundamentais para a ocorrência de um bom desenvolvimento” (Morsch e Aragão, 2006: 239).

O brincar, segundo Mitre (2006: 283) deve ser analisado não apenas como um recurso recreativo mas “que promove, além da continuidade do desenvolvimento infantil, a possibilidade de elaboração de experiências, funcionando como uma linguagem não-verbal de domínio da criança” .

Esse aspecto de linguagem não-verbal do brincar merece destaque, o que fará com que retomemos este assunto no tópico dedicado ao processo comunicacional cuidador-usuário.

A família, cuja presença durante a internação da criança foi garantida em 1990 pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, passou também a ser porta-voz das necessidades dessas crianças. E, posteriormente, o Programa de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Brasil, 2002)

ampliou a participação familiar facultando aos avós as visitas em Unidades de Terapia Intensiva.

Ela é mais do que uma pessoa doente ou uma doença: é alguém que faz parte de um enredo familiar, possui um lugar neste grupo e em sua comunidade, apresenta suas necessidades e desejos, oferece um funcionamento particular e individualizado ao responder ao seu entorno (Morsch e Aragão, 2006:238).

Retomaremos aqui a humanização da assistência enquanto conjunto de diretrizes que visam à atenção centrada nas necessidades do usuário. Estas necessidades são denominadas necessidades de saúde por serem disponibilizadas durante o processo assistencial.

2.2 As Necessidades de Saúde

Na tentativa de definir o termo “**necessidades de saúde**” e a sua relação com a construção do direito à saúde, entendemos os seus elementos como nexos constituintes da produção do cuidado enquanto prática da “**integralidade**” como “um princípio de direito: o direito universal ao atendimento das necessidades de saúde” (Mattos, 2006:63).

Pinheiro (2006) definiu a integralidade como um resultado da “interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde, nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados” (p:65).

Alguns “sentidos da integralidade” (Mattos, 2006) envolveriam atributos relacionados à prática da Medicina, à organização dos serviços e à formulação de Políticas Públicas.

Este mesmo autor, a partir dos preceitos da Medicina Integral⁴ faz uma crítica à “atitude fragmentária e reducionista” adotada pelos médicos diante de seus pacientes onde o foco do tratamento muitas vezes era um órgão ou aparelho específico sendo desconsiderado o paciente como um todo, o que para Mattos “significava ao mesmo tempo a impossibilidade de apreender as necessidades mais abrangentes de seus pacientes” (p:45)

A integralidade enquanto princípio de organização dos serviços de saúde “para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população a qual atendem”, atuaria sobre o processo de trabalho determinando que se assumia “uma perspectiva de dialogo entre os diferentes sujeitos e entre os seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde.” (Mattos, 2006:57).

Por sua grande diversidade conceitual, os “sentidos da integralidade”, não poderiam ser esgotados e nem é esse o objetivo deste trabalho. Porém a associação da integralidade a “um princípio de direito: o direito universal ao atendimento das necessidades de saúde” (Mattos,2006:63) provoca uma premência de atitudes das diversas esferas governamentais.

As “respostas governamentais” aos problemas de saúde deveriam, sob o ponto de vista da integralidade, encontrar um equilíbrio entre as ações voltadas para a prevenção e as ações voltadas para a assistência. Neste intuito a formulação de Políticas Públicas deveria buscar “ampliar as percepções das

⁴ “Movimento cujas origens remontam às discussões sobre o ensino médico nos Estados Unidos. Em linha geral a Medicina Integral criticava o fato de os médicos adotarem diante de seus pacientes uma atitude cada vez mais fragmentária(...) os médicos tendiam a recortar analiticamente seus pacientes, atentando tão somente para os aspectos ligados ao funcionamento do sistema ou aparelho no qual se especializaram” (Mattos, 2006: 44)

necessidades dos grupos e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades” (p: 62).

As necessidades de saúde do usuário, segundo Cecílio (2001) poderiam ser apreendidas em uma taxonomia conceitual que compreenderia: ter “boas condições de vida”, ter “acesso e poder consumir toda a tecnologia capaz de melhorar e prolongar a vida” e, por último, “a insubstituível criação de vínculos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional” (p: 114).

Ainda segundo Cecílio (2001:114), cada forma de viver se traduziria em diferentes necessidades de saúde uma vez que estes conjuntos de necessidades de saúde seriam influenciados pelas condições de vida (saneamento básico e outros fatores ambientais), pelo acesso à tecnologia e pelo estabelecimento de vínculos entre o profissional de saúde e o usuário.

O conceito de “necessidades de saúde” é polissêmico e tido por alguns autores como sinônimo de “demandas de saúde”. Também é defendida a vinculação da necessidade às expectativas do usuário, às suas carências de condições de vida e de saúde (muitas vezes ocultas), de recursos diagnósticos e terapêuticos, de escuta aos seus anseios e de respeito ao seu protagonismo (Cecílio, 2001).

As demandas passariam a refletir as necessidades de saúde que puderam ser contempladas com a utilização do equipamento (consultas, exames, etc) quase sempre definidas pelos administradores e gestores de saúde a partir de critérios técnicos (Cecílio, 2001). Ou seja, quando consideramos esse nível de complexidade semântica passamos a traduzir como demandas de saúde o resultado do encontro dessa “cesta de

necessidades de saúde” (Cecílio,2001:116) com o equipamento de saúde disponível (Hospital, Posto de Saúde, etc).

Apesar das necessidades de saúde serem amplas, neste trabalho abordaremos as necessidades de saúde expressas num contexto de atendimento hospitalar.

A integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades sempre complexas mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual (Cecílio, 2001:116).

Essa “integralidade focada” vivenciada no espaço singular dos serviços toma parte em “uma integralidade mais ampliada que se realiza em uma rede de serviços de saúde” (Cecílio, 2001:117) e que coordenaria as ações (esforços intersetoriais) e os recursos disponíveis (tecnologia).

O atendimento focado nas necessidades do usuário é defendido por vários autores (Cecílio,2001; Oliveira,1998; Santos,1995; Soares,1999; Trezza, 1987), sobretudo através da crítica dos modelos assistenciais médico-centrados (Deslandes, 2004a) e da busca de um modelo que vise o paciente e as suas necessidades individuais. “Tecnologia e humanização combinadas, no desafio de adotar o lugar do paciente e suas necessidades singulares como ponto de partida para qualquer intervenção hospitalar” (Cecílio, 2003:197)

À medida que a organização das práticas em saúde leva em consideração as necessidades do usuário há a possibilidade de participação destes sujeitos nessa construção com a incorporação da sua opinião e reivindicações. (Puccini e Cecílio, 2004).

Desde a Reforma Sanitária do final dos anos 80 que determinou a criação do Sistema Único de Saúde, os conceitos de universalidade e, principalmente de equidade, tornaram-se sinônimos da busca de uma distribuição mais ampla dos recursos de saúde.

De encontro a esta concepção é necessário o reconhecimento da finalidade do atendimento no setor público de saúde e do papel do Estado como provedor do “básico direito da saúde” como investimento social de qualidade em detrimento do modelo de oferta do “mínimo direito da saúde” (Puccini e Cecílio, 2004) que reflete apenas algum atendimento ainda que simplório e não correspondente às necessidades da população.

Segundo Viana (2003:60-61) as desigualdades em saúde refletiriam as desigualdades sociais e nem mesmo a igualdade de uso dos serviços pode, por si só, diminuir as “desigualdades relativas a adoecer e morrer” presentes entre os grupos sociais.

Estas desigualdades têm sido motivo de debate e de mote para a elaboração de políticas públicas norteadoras como foi, por exemplo, o “Saúde para todos no ano 2000” (OMS, 1977), que visava à promoção de ações de saúde baseadas na noção de necessidade.

De acordo com o trabalho de Néri (2002: 79) sobre desigualdade social e saúde no Brasil, a utilização dos serviços de saúde seria bastante desigual entre as classes sociais, favorecendo as camadas mais privilegiadas da população.

Tal afirmação é aparentemente controversa. Não seria esperado que a população menos privilegiada, mais pobre, adoecesse mais e procurasse mais os serviços de saúde?

Porém, quando consideramos os determinantes do acesso aos serviços de saúde, entre eles encontramos a adesão a seguros-saúde.

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar – PNAD (IBGE, 1998), se analisarmos os fatores que aumentam as chances de procura dos serviços de saúde pelas classes de maior renda encontraremos a adesão a seguros-saúde como um fator determinante, uma vez que de acordo com Neri (2002:15), os indivíduos que possuem plano de saúde privado têm chances aumentadas em 450% de consumir serviços de saúde.

Este tipo de informação nos remete a assertiva de que nem sempre é a necessidade de saúde que determina o acesso e o consumo de serviços de saúde. Muitas vezes a morbidade “...não é nem mesmo conhecida uma vez que não houve recurso para o diagnóstico...”, podendo mascarar um quadro onde os “menos privilegiados adoecem mais e utilizam menos os equipamentos de saúde” (Neri, 2002:86).

Ainda segundo Cecílio (2001:116), a identificação das “necessidades de saúde” trazidas por aquela pessoa que busca o serviço, “mascaradas ou travestidas em alguma(s) demanda(s) específica(s)” constitui o grande desafio do encontro profissional de saúde-usuário. Daí a preocupação com o processo comunicacional uma vez que uma melhor escuta para a identificação das necessidades deste usuário poderá auxiliar no planejamento estratégico da oferta dos serviços.

Esta identificação das necessidades de saúde se faria a partir do estabelecimento de uma “rede de conversações” (Teixeira,2005:102).

O funcionamento ótimo dessa rede depende sobretudo do desempenho da chamada atividade de recepção do usuário no serviço, entendida com o espaço primordial de investigação/elaboração/negociação das necessidades que podem vir a serem satisfeitas (Teixeira, 2005:102).

2.3 O Processo Comunicacional Profissional de Saúde-Usuário

O processo comunicacional entre o profissional de saúde e o usuário do serviço talvez seja um dos principais componentes do atendimento humanizado.

Como a “diretriz de **acolher**, de **responsabilizar**, de **resolver**, de **criar vínculos** não pode se resumir às unidades básicas” (Malta *et al*, 1998:141), procuraremos analisar esses preceitos à luz da assistência pediátrica humanizada.

Com o entendimento da importância da construção de consciência crítica acerca da colaboração mútua cliente-cuidador (Puccini e Cecílio, 2004) no processo de planejamento de modelos assistenciais, há uma crescente valorização do estabelecimento de **diálogo** entre o cuidador e o usuário (Pereira e Azevedo, 2005).

Hinde (apud Caprara e Franco, 2006:88) defendeu que uma **relação** “requer uma interação intermitente entre duas pessoas envolvendo trocas em período extenso. Essas trocas têm algum grau de mutualidade”.

O estabelecimento de uma **interação** entre o profissional de saúde e o paciente (Soar Filho, 1998) remete, segundo o autor, à uma ação recíproca entre duas ou mais pessoas.

De qualquer forma estas interações têm sido amplamente discutidas em trabalhos (Caprara e Franco, 1999; Caprara e Rodrigues, 2004; Fernandes, 1993; Campos, 2005) e, especificamente nos serviços de saúde, elas “são formais, dão-se em categorias e constituem, caso ocorram, vários encontros entre os membros da díade” (Caprara e Franco, 2006:88). Um recurso importante para o sucesso da interação profissional/ usuário é o acolhimento. Entendemos o acolhimento como um precursor da escuta e não como produto dessa ação.

É no contínuo da interação entre usuários e serviços de saúde, em todas as oportunidades em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro, que se dá o acolhimento, o qual deva ter entre suas qualidades essa capacidade de escuta (Ayres, 2006:71).

Neste sentido Ayres (2006) destacou a relevância do acolhimento nas propostas de humanização da saúde e o seu papel de resgate do diálogo cuidador-usuário enquanto escuta (de qualidade) modificando o espaço da atenção com a sensibilização do profissional de saúde para que as demandas da população sejam norteadoras das intervenções propostas. Para explorarmos o processo comunicacional durante um atendimento em saúde é necessário refletirmos sobre as concepções que fundamentam o modelo biomédico hegemônico.

Continua-se negligenciando essa complexidade ao focar a doença e desconsiderar o valor da experiência subjetiva do paciente, além da permanente interdependência entre os condicionantes biológicos, psicossociais, culturais e ambientais relacionados ao processo saúde-doença (Apud Traverso-Yépez e Morais, 2004).

Ayres (2006:64) contextualizou a Medicina Contemporânea confrontando aspectos positivos e negativos dentre os quais destacaremos, especificamente : a melhora do prognóstico e da qualidade de vida dos pacientes com uma série de agravos e a desatenção com os aspectos psicossociais do adoecimento.

O aumento da sobrevida de crianças acometidas por determinados agravos tornou comum no ambiente hospitalar altos períodos de internação e reinternações.

O atendimento dessa população necessita reconhecer e acolher as questões sócio-afetivas envolvidas na convivência com a patologia crônica, entendendo-se que elas não são apenas secundárias à doença, pois fazem parte da patologia que a criança apresenta (Morsch e Aragão,2006:254).

A proposta de resgate da subjetividade e da relação dialógica entre o profissional e o usuário (acompanhante) do serviço “parte da convicção de que entre profissional e paciente-cliente, não existe um que não sabe, mas dois que sabem coisas distintas” (Traverso-Yepez e Morais, 2004:4).

Presente no texto de Artmann e Rivera (2006) o conceito de vínculo abrangeria o de acolhimento de forma interdependente. Segundo os autores a possibilidade do estabelecimento de vínculo dependeria em parte da natureza do acolhimento. “A despeito das assimetrias implícitas no cuidado, é possível a geração de uma dinâmica relacional que redunde em confiança mútua, cujo núcleo central ético é o respeito mútuo” (Artmann e Rivera, 2006:224).

Autores identificaram alguns obstáculos à uma relação mais dialógica entre usuários e profissionais de saúde. Pitta, por exemplo, defendeu a idéia da

existência de uma relação de dominação intrínseca ao processo comunicacional médico-paciente.

A linguagem é uma característica desta forma de dominação. O doente se comunica do seu modo vulgar coloquial. O médico, ao contrário, fala parcialmente a mesma linguagem com ele, e de uma outra forma sobre ele, utilizando-se dos jargões próprios da técnica (1994:51).

A relação cuidador-cliente em um Hospital pediátrico normalmente obedece a uma lógica na qual o acompanhante (quase sempre a mãe da criança) assume o papel de seu filho nessa relação.

Da mesma forma como ocorrem com as crianças, os pais diante da doença também sofrem sentimentos de medo, culpa ansiedade, depressão; distorcem a realidade e interpretam inadequadamente a situação transferindo para elas suas próprias experiências (Trezza, 1987:219).

Ao retomarmos o processo comunicacional presente nas relações e motivo deste caminho teórico, se faz necessário lembrar, ainda que não faça parte do âmbito de nosso recorte, a inclusão de outras formas de comunicação como a prática do brincar nos hospitais pediátricos.

Como no brincar tudo é possível, tudo é válido, cria-se um espaço de encorajamento a prosseguir, continuar, crescer, aprender, manter-se vivo e, durante a brincadeira, a criança tem a possibilidade de se deparar novamente com suas potencialidades, ao contrário da sensação de limitação e desvalorização que em geral o adoecimento e a hospitalização acarretam (Mitre, 2006:290-291).

Consideremos que as iniciativas focadas na “assistência pediátrica humanizada” podem colaborar para que as relações entre a criança, a sua família e os profissionais de saúde sejam exploradas de forma a potencializar as contribuições deste encontro, visando um atendimento digno, respeitoso e qualificado.

Capítulo 3: Os Caminhos Metodológicos

Este foi um estudo de desenho exploratório uma vez que a visão dos profissionais sobre as necessidades de saúde de crianças e familiares de “classe média” que buscam atendimento no Hospital Público ainda é uma realidade pouco conhecida.

Ele recebeu uma abordagem qualitativa porque o foco da pesquisa foi a identificação e a compreensão dos significados que os atores atribuem às suas experiências de atendimento à população de classe média enquanto profissionais de saúde.

Ela [a pesquisa qualitativa] trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo et al, 2004: 21).

Neste sentido o pesquisador envolve-se com o fenômeno de estudo para desvendar as especificidades de uma realidade e não propriamente quantificá-la.

Mensuração na pesquisa qualitativa é geralmente relacionada à taxonomia ou classificação... tenta, portanto, interpretar os fenômenos sociais (interações, comportamentos, etc.) em termos dos sentidos que as pessoas lhe dão (Pope e Mays, 2005:13).

Este trabalho representou um investimento no reconhecimento e na valorização das representações sociais dos atores envolvidos na assistência pediátrica humanizada. Entendemos que este reconhecimento é um dos

caminhos para a proposição de ações mais efetivas para a qualificação dessa assistência.

Como Birman (1991) colocou, “em todas as sociedades, o real é transformado em uma rede simbólica de significados, base fundamental de todo processo experiencial” (p.11).

Neste ponto reiteramos mais uma vez que o foco desse trabalho foi a “classe média” como usuária do hospital público. Não levamos em conta a definição sociológica de “classe média” mas sim a idéia proveniente do senso comum dos entrevistados sobre a convivência no atendimento aos usuários de “classe média”.

Igualmente não nos importou a causa desta procura pelo serviço público de saúde nem a freqüência desta busca. A entrevista visou captar a experiência destes profissionais com pacientes da “classe média” que estivessem ou não internados no serviço durante o período de coleta dos dados.

Para extrair as circunstâncias peculiares à internação de crianças da “classe média”, freqüentemente tivemos que estabelecer comparações com o lidar com a “classe popular”, igualmente representada aqui por noções de senso comum.

A comparação em si também não foi o foco deste estudo que, reafirmamos, serviu apenas como método para auxiliar a discriminação do atendimento à “classe média”.

A utilização do conceito analítico “Representações Sociais” em nosso estudo exige uma explanação, ainda que breve, sobre algumas definições a ele atribuídas.

Como parte do referencial teórico-metodológico de nosso trabalho, exploramos a sua "...fecundidade enquanto marco analítico para se pensar os fenômenos da saúde e da doença" (Herzlich,1991:25), apoiados na definição de Gomes para essa categoria ("representação social"), que destacou a sua intersubjetividade e o seu caráter social. "Esta categoria estará sendo entendida como pensamentos, ações e sentimentos que expressam a realidade em que vivem as pessoas, servindo para explicar, justificar e questionar essa realidade" (2002:71).

Exporemos nas próximas linhas a nossa experiência de campo, coleta e o processamento dos dados obtidos com as entrevistas.

3.1 O Campo de Estudo

Escolhemos para a realização do estudo um hospital pediátrico localizado no Município do Rio de Janeiro.

A idéia central foi buscar profissionais habituados à convivência diária com crianças internadas e seus familiares, para depois recortar este cenário, dando ênfase ao foco na experiência com crianças de "classe média".

A nossa experiência como gestora em um hospital público da mesma cidade sugeria que esse contato com famílias de "classe média" poderia ter sido experimentado em diversas unidades públicas de saúde.

Seguindo o conselho de nossa orientadora, durante a elaboração do projeto de pesquisa, abandonamos a intenção inicial de realizar este estudo em nosso local de trabalho, concordando com a possibilidade de um

constrangimento à espontaneidade dos sujeitos em função de ocuparmos um cargo de direção nessa Unidade.

O hospital, campo de nosso estudo, possui quarenta e oito leitos dispostos em quatro enfermarias, que são destinados a internações clínicas, além de outros leitos distribuídos entre as clínicas cirúrgicas. Atende exclusivamente à faixa etária pediátrica e possui serviços articulados e complementares, entre eles, Ortopedia, Neurologia, Cirurgia Pediátrica, Cardiologia, Gastroenterologia, Dermatologia, Psicologia, Nutrição, Fisioterapia e Fonoaudiologia.

Ele não é referência para atendimentos de emergência, oferece atendimento ambulatorial em várias especialidades e dispõe ainda de Unidades de Terapia Intensiva e Semi-intensiva.

O bairro onde se localiza o hospital escolhido para o campo da pesquisa é delimitado por outros bairros onde sabidamente residem famílias de distintos padrões sócio-econômicos. Este dado poderia ser um facilitador da internação de crianças de “classe média” nesta Unidade.

3.2 Os Sujeitos do Estudo

A amostra foi formada por médicos e enfermeiros que, em sua trajetória profissional, tivessem adquirido experiência com crianças de “classe média” internadas no Hospital Público e com seus familiares. Foram, portanto, ouvidos os profissionais que detivessem atributos do fenômeno da investigação, ou

seja, que afirmassem ter tido contato com pessoas de classe média internadas na Unidade de Saúde.

Escolhemos, entre os profissionais de saúde, apenas os médicos e os enfermeiros por considerarmos que dentre os profissionais de nível superior são os que têm a maior proximidade com os pacientes internados. Não conhecíamos o nosso campo de estudo, e, assim, não sabíamos se os demais profissionais de saúde de nível superior prestavam atendimento às crianças internadas (ou somente no ambulatório) e, caso o fizessem, se este atendimento era destinado a todas as crianças internadas ou representava intervenções eventuais. Em resumo, não podíamos avaliar se estes profissionais tiveram oportunidades de convivência com pacientes e familiares suficientes para que adquirissem a experiência que buscamos estudar neste trabalho.

Inicialmente foram programadas e realizadas entrevistas com oito médicos e oito enfermeiros, escolhidos aleatoriamente, na maioria pertencentes ao sexo feminino e formados há mais de dez anos. Esta amostra foi capaz de cumprir o critério de saturação de conteúdos já que partimos da premissa de que “uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade do problema investigado nas suas múltiplas dimensões” (Minayo, 2002, p.110).

3.3 As Entrevistas

A significação atribuída pelo profissional de saúde às interações pessoais envolvidas no processo de atendimento foi abordada através de

entrevistas semi-estruturadas (Minayo, 2002), elaboradas a partir de um roteiro (anexo1) que abordou temáticas centrais como: necessidades do usuário, acesso e utilização dos serviços de saúde, obstáculos ao atendimento humanizado, processo comunicacional entre o profissional de saúde, o usuário e o acompanhante e os possíveis impactos da inserção de usuários da “classe média” no hospital público.

A abordagem dos profissionais de saúde foi feita na maioria das vezes em dois momentos. No primeiro momento nos apresentamos enquanto profissional médica e servidora municipal. Nos pareceu que esta abordagem facilitou a aproximação e o acesso aos setores (enfermarias, quarto dos médicos, sala da supervisão de enfermagem) e, conseqüentemente aos profissionais, evitando que surgissem discursos que contemplassem “o que o diretor gostaria de ouvir” .

Nessa oportunidade agendamos um horário para a entrevista, fosse posteriormente neste plantão ou mesmo em um próximo plantão.

Em um segundo momento aconteceram então as entrevistas, que foram sempre precedidas por comentários introdutórios e cujo conteúdo foi integralmente captado através do recurso da gravação.

As entrevistas foram finalmente transcritas (cinquenta e sete páginas, em letra arial 12, espaço simples) e as frases eventualmente sofreram algumas adequações para tornar o seu conteúdo mais compreensível.

Para garantir o seu anonimato, as falas que ilustram este trabalho foram identificadas apenas com a letra M (se médicos) ou E (se correspondessem aos enfermeiros) seguidas por um número diferenciador.

3.4 O Processamento e Análise dos Dados

A avaliação da qualidade dos dados obtidos após a transcrição das entrevistas gravadas respondeu que houve suficiência de informações e que elas conseguiram refletir as múltiplas dimensões da realidade estudada (Minayo, 2004).

No tratamento dos dados utilizamos a análise temática do conteúdo das falas dos sujeitos para, através do processamento destes dados, construir categorias de significados atribuídos. Obedecemos a uma ordem seqüencial sugerida por Gomes (2002), de acordo com a qual procedemos a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos dados e a sua interpretação.

Priorizamos a percepção de idéias atribuídas pelos profissionais de saúde às “necessidades de saúde” dos usuários de “classe média” e à participação desses usuários nas decisões sobre o seu tratamento.

Para a análise e compreensão das representações sociais elegemos as seguintes categorias analíticas:

1. As “necessidades de saúde” dos usuários e acompanhantes de “classe média”, identificando;
 - A visão dos profissionais de saúde acerca dessas necessidades.
 - A disponibilidade destes profissionais para “escutar” essas necessidades.
2. As “solicitações” e as “cobranças” dos acompanhantes de “classe média” sobre o tratamento de seus filhos, considerando;

- As repercussões para os profissionais de saúde dessa solicitação.
- A “autonomia” das famílias de “classe média” diante do processo de doença e das decisões sobre o tratamento.

Na elaboração da estrutura de análise, nós utilizamos a proposta de categorização do material obtido nas entrevistas através da “Técnica de Análise do Conteúdo” (Gomes, 2002).

Segundo Gomes (2002) a análise do conteúdo das falas não se esgota no conhecimento dos significados explícitos nas (das) narrativas, mas deve buscar o que está oculto ao olhar imediatista, o que “está por trás dos conteúdos manifestos”(p.74).

Nesta fase, de acordo com a seqüência preconizada pelo autor ,executamos a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados e a interpretação.

Iniciamos o processo com a leitura flutuante das entrevistas para uma organização preliminar e para a nossa ambientação com os trechos.

A seguir, procuramos identificar no texto as unidades de registro (frases ou expressões importantes por sua relação com a temática do trabalho) e as unidades de contexto (que, por sua vez, demarcaram o contexto em que foram elaboradas as informações).

Passamos então à classificação das idéias comuns e agrupamos os conteúdos das falas em categorias empíricas. Para Gomes (2002: 70), “...trabalhar com elas [as categorias] significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso...”.

Após a categorização consolidamos os núcleos empíricos dessas idéias e construímos algumas inferências. As falas dos profissionais de saúde distribuíram-se em núcleos empíricos que foram agregados em torno dos seguintes eixos temáticos:

1. O “encontro” do profissional de saúde com a criança e seu acompanhante (abordagem centrada no acolhimento, buscando saber se o profissional estaria disponível para ouvir as “necessidades de saúde” trazidas por essas famílias e prestar informações, em uma relação respeitosa onde profissionais e pacientes seriam sujeitos semelhantes em sua autonomia de ação).
2. O “protagonismo” das famílias de “classe média” (o seu reconhecimento enquanto uma das suas “necessidades de saúde”, os limites da negociação da participação dessas famílias nas decisões sobre o tratamento, as suas expectativas quanto à resolução do quadro que acometeu a criança e a co-responsabilização dos atores nessa resolutividade, considerando o cenário do hospital público).

Na última etapa retomamos os objetivos iniciais do trabalho para tentar responder às indagações que motivaram a realização da pesquisa. Os produtos dessa análise foram então confrontados com os referenciais teóricos e assim “promovemos relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática” (Gomes, 2002:79).

3.5 As Questões Éticas

O Projeto de Pesquisa foi mostrado à Direção do hospital escolhido para campo da pesquisa com o objetivo de obter a autorização para a sua realização.

Após esta concordância o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, obtendo aprovação em 21 de março de 2006.

Foram prestados esclarecimentos aos profissionais de saúde entrevistados a respeito das questões éticas norteadas pelo disposto na Resolução n °196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil,1996) que trata de pesquisa envolvendo seres humanos.

Os entrevistados, assim como as chefias dos Serviços de Enfermagem e de Pediatria do hospital assinaram um “Termo de Consentimento” (anexos 2, 3 e 4) relativo à sua participação voluntária e nós assinamos um “Termo de Responsabilidade” pela referida investigação.

O estudo se restringiu à análise dos dados coletados ao longo das entrevistas com os profissionais de saúde. Não houve nenhuma modificação significativa da rotina assistencial durante o período de estudo em razão desta análise.

Em relação aos profissionais, a sua participação , como já mencionado, foi voluntária e limitou-se à resposta a uma entrevista semi-estruturada.

Eles foram também esclarecidos sobre os objetivos do estudo e que poderiam retirar a sua participação em qualquer momento, sem nenhuma restrição.

As informações coletadas foram sigilosas e somente o conjunto dos dados foi analisado, salvaguardando a privacidade dos participantes.

Os resultados somente poderão ser apresentados em publicações científicas e suas conclusões estarão disponíveis para os participantes.

Capítulo 4: O Encontro do Trabalhador com o Usuário

De acordo com Ayres, “cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele” (2001:71). Partimos então do princípio de que para prestar um atendimento direcionado às necessidades de saúde trazidas pelas crianças que se internam no Hospital Público, obviamente seria indispensável a identificação destas necessidades. Essa identificação, por sua vez, depende do “encontro” do profissional de saúde com o paciente e de uma escuta sensível às questões trazidas por ele e por sua família durante essa experiência de hospitalização.

Escutar com atenção ao outro e respeitar o próximo significam reverenciar o ser humano. A autêntica escuta exige paciência, atenção e interesse. O médico que quiser desenvolver com o paciente uma relação construtiva precisa escutá-lo com atenção, o que exige sensibilidade (Pereira e Azevedo, 2005:156).

Ao sintetizar o papel da comunicação na humanização da atenção, Silva (2002) defendeu que o profissional de saúde, enquanto ser humano, se expressa através de formas verbais e não verbais. Segundo a autora, os pacientes estariam atentos não somente ao conteúdo das informações transmitidas (muitas vezes excessivamente técnicas e incompreensíveis), mas também aos sentimentos percebidos durante esta transmissão.

As peculiaridades desse “encontro” foram abordadas no desenvolver deste capítulo por entendermos que o estabelecimento de diálogo com o acompanhante é um processo complexo e que o sucesso desta tarefa depende de elementos que se comportam de forma dinâmica, ora como

facilitadores ora como entraves desse propósito. “Os pacientes, tradicionais ‘objetos’ da prática médica, são na verdade indivíduos que vivem, refletem e que juntos com o médico, transformam o encontro clínico” (Caprara, 2003:925).

Valorizamos neste trabalho a dimensão técnica, mas também o aspecto inter-subjetivo deste “acolhimento”, onde coexistem numa relação de interdependência, a hierarquização dos serviços, a fragmentação das tarefas, a disponibilidade para a escuta das necessidades de saúde e a autonomia dos atores.

Falamos do “acolhimento” que pressupõe uma relação que integre autonomia, maior igualdade de poderes e participação coletiva nas decisões sobre o tratamento.

4.1 Existe Acolhimento?

Não nos pareceu simples definir “acolhimento”. Eleger um significado para este termo certamente não contemplaria a amplitude desse conceito para os propósitos da “assistência humanizada”.

O termo é utilizado, via de regra, para designar como o paciente é recebido na unidade de saúde. Nesta concepção, o “acolhimento” às vezes representa uma ação (acolher, receber, conversar) e, em outras ocasiões é sinônimo de um espaço físico (setor de triagem, porta-de-entrada, pronto-atendimento).

Quando o senso comum se apropria de um conceito é natural e esperado que surjam polissemias em relação a ele. O nosso aprofundamento nos estudos de Franco, nos levou a considerar o “acolhimento” um somatório dessas conceituações (ações e ambientes), destacando, contudo, que ele é um instrumento que só existe em função de uma finalidade essencial: qualificar a assistência.

O “acolhimento” como diretriz operacional (Franco et al, 1999) propõe como princípios atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, reorganizar o processo de trabalho (deslocando o eixo central do médico para a equipe multiprofissional) e qualificar a relação trabalhador-usuário (adequando-a através de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania).

Nesta tarefa, é imprescindível o estabelecimento de “vínculos” entre o profissional de saúde e o acompanhante da criança enferma, já que o diálogo com a própria criança acaba limitado por questões pertinentes à faixa etária.

Quanto à avaliação do estabelecimento desses “vínculos”, os profissionais de saúde entrevistados em nosso estudo consideraram que se colocar no lugar do outro é um “caminho” para essa aproximação.

“Eu acho que eles conseguem ter uma integração legal na enfermaria. Eu acho que a gente tem sempre que lembrar que amanhã pode estar no lugar do acompanhante” (EF10).

Essa palavra “integração” nos reportou à idéia de construção. Ela associa “contribuições” do profissional de saúde e do acompanhante que

“integradas” resultariam no estabelecimento de uma espécie de confiança mútua que propiciaria uma vinculação. Percebemos que na visão dos profissionais, tanto eles conseguem essa “integração”, como os acompanhantes reconhecem essa atuação e também participam positivamente nesse processo, o que resulta num ambiente de trabalho “agradável” e “acolhedor”.

“Eu acho que aqui a coisa funciona bem. A gente tem um bom trânsito com os acompanhantes. Eles sabem que podem conversar com a gente” (ME14).

“Eu trabalho em um lugar agradável. Você consegue conversar com as pessoas. Você tem um mínimo de vínculo. Consegue fazer um bom trabalho, ouvir” (ME16).

Retomamos aqui a defesa de Ayres (2005) da importância da “escuta” onde não só “ouvir” mas também “se fazer ouvir” constituiriam o diálogo que, na perspectiva da PNH, não deveria admitir sobrepujamentos entre os cuidadores (profissionais de saúde e acompanhantes) enquanto sujeitos dessa conversa.

O mesmo autor combate a prática da objetivação do paciente e da desqualificação de seu papel nas relações do cuidado. Para Ayres, o objeto do diálogo é o cuidado e não o paciente.

Em nosso campo de estudo pudemos perceber que esta iniciativa (o diálogo para a escuta das necessidades dos usuários) é individual não existindo uma rotina de trabalho que leve ao estabelecimento de uma postura coletiva ou que incorpore esta atitude à rotina do atendimento. A predisposição

para a escuta também não pareceu uma prerrogativa específica do grupo médico ou da enfermagem.

“É difícil a gente generalizar o atendimento como um todo” (EF8)

“Eu não posso falar por outras pessoas, eu pelo menos procuro fazer este papel [escutar as necessidades], acho que vai da consciência de cada um” (EF1).

Tal assertiva pode refletir a intenção do profissional de saúde de censurar, ou pelo menos de não se comprometer com uma suposta postura coletiva ou proteger-se de uma eventual generalização desse insucesso simplesmente postulando que ele foge à regra e se comporta de maneira exemplar.

Várias vezes nos deparamos com profissionais que, simplesmente, pretendiam de certa forma eximir-se do envolvimento com o funcionamento de seu setor.

“Meio complicado porque eu só dou plantão. Então assim eu não tenho uma convivência com a rotina [não pode afirmar se os profissionais da rotina estão disponíveis para a escuta]” (ME7).

O fato de um profissional trabalhar em um sistema de plantões semanais foi invocado como explicação, como se isso fosse suficiente para justificar o desconhecimento ou o pouco envolvimento com o desenrolar das questões internas do funcionamento da enfermaria.

“Eu não conheço [o comportamento dos outros profissionais] apesar de estar aqui há quatro anos eu não conheço como é que se resolve” (ME7).

“Eu sou plantonista, o contato que eu tenho é no plantão. Quer dizer, não tenho como avaliar [a disponibilidade de escuta dos outros profissionais]” (ME11).

Analisando estas colocações, acreditamos que se coubesse a cada um apenas o que ocorresse em seu horário de trabalho, a cada doze horas uma nova realidade se faria presente no Serviço. Além disso, nos pareceu simplista a justificativa de que trabalhar anos a fio em um plantão não permitiu que esses “plantonistas” conhecessem e participassem das rotinas que foram formuladas e adaptadas ao longo deste período.

Segundo Pereira e Azevedo (2005), a qualidade do encontro determina a eficiência nas relações inter-pessoais inerentes ao exercício profissional.

Corroborando essa idéia nós detectamos que, na ótica dos entrevistados, ainda que a nível representacional, há uma idéia de que “escutar essas necessidades de saúde” , “estabelecer diálogo” e “estimular vínculos” auxiliem no tratamento do paciente.

Quando Rolim e Cardoso (2006) invocaram a necessidade do profissional de saúde se comover com a necessidade do outro e evitar a valorização indiscriminada dos aspectos tecnológicos, eles demonstraram uma preocupação com a valorização apenas do aspecto tecnológico *stricto senso*. Para esses autores o aspecto inter-subjetivo que estrutura o “acolhimento”, desvia a atenção da doença resgatando a importância da identificação das “necessidades de saúde” que levaram à busca daqueles cuidados.

“Acho que principalmente a atenção. Saber ouvir e também se colocar um pouquinho no lugar do outro para poder entender as suas angústias e não só tratar a doença, mas cuidar do doente. Vai mais além” (ME4).

Sintetizando nosso caminho, uma vez reconhecida a importância da qualidade do “acolhimento” para o estabelecimento de “vínculo”, exploraremos alguns fatores que interferem nesse processo.

O ambiente hospitalar em nossa ótica é um “fator coadjuvante” já que bandeiras, figuras, poltronas confortáveis e outros enfeites decorativos, apesar de importantes para o bem estar, não podem substituir nem minimizar o papel dos atores nesse “encontro”.

Os atores (profissionais de saúde, crianças e acompanhantes), esses sim são os responsáveis pelo sucesso do “acolhimento”. Acolher o outro (e suas necessidades) presume comunicação dialógica, onde exista uma preocupação constante em entender o outro e em se fazer entender por ele. De encontro a isto, a disponibilidade do profissional de saúde para este “contato” é um “fator maior”, sem a qual, seja qual for a estratégia de “acolhimento”, ela não encontrará fecundidade.

4.2 “Estar Disponível” ou “Colocar-se à Disposição” – Semelhanças e Diferenças

Mas não é apenas a criação de dispositivos para essa escuta na organização da atenção, descrita como acolhimento, que é relevante para a efetivação do Cuidado e do seu sucesso prático. Há que se atentar para o relevante significado da ‘decisão’ de escutar (Ayres, 2005:72).

Durante o estabelecimento de qualquer processo dialógico, os participantes desta “relação” devem ser de alguma forma convocados para esse “diálogo”. O contexto desta aproximação na assistência hospitalar estudada é a situação de internação da criança.

Quando pensamos nos familiares da criança, que deixaram de lado seu trabalho, sua casa e o restante de sua família e passaram a “morar” no hospital para acompanhar o tratamento daquela criança, algumas suposições orientam a nossa concepção sobre o comportamento dessas famílias no ambiente hospitalar.

Entretanto, nem sempre os profissionais de saúde percebem as dificuldades de comunicação e de acesso à equipe por parte dos acompanhantes.

“Muitas vezes eles [os acompanhantes] nem se interessam, mas nós [os profissionais de saúde] sempre procuramos deixá-los informados” (ME12).

Não podemos aceitar facilmente a idéia de que uma mãe que há dias permanece ao lado de seu filho internado interponha barreiras ao contato com um médico ou enfermeiro que espontaneamente se coloque disponível para uma conversa. De encontro a isso acreditamos que a disponibilidade é muito mais uma prerrogativa ligada ao profissional de saúde do que ao acompanhante.

Os relatos indicaram que, para a efetivação deste encontro, deva haver disponibilidade. Aqui introduziremos as categorias apontadas pelos entrevistados de “estar disponível” e “colocar-se à disposição”.

“A questão é disponível ou disposto? Não sei. Pode estar disponível, mas eu não sei se [os profissionais de saúde] estão dispostos” (EF8).

“Eu acho que o profissional está [disponível], mas o negócio é querer ouvir” (ME4).

“Estar disponível” seria, na concepção dos entrevistados, uma atitude resultante de fatores alheios à vontade dos profissionais de saúde e, mesmo que eles pudessem interferir nessa situação, não seriam seu principal determinante.

Poderia haver, por exemplo, a disponibilidade de tempo, a disponibilidade de um local mais acolhedor ou a disponibilidade de recursos (audiovisuais, recreação, etc).

Dentre estes exemplos, nos chamou a atenção a questão do “tempo”. Em várias oportunidades os entrevistados relatam que a qualidade na execução de determinadas tarefas é, resumidamente, uma questão de “tempo”.

Se há uma sobrecarga de trabalho (excesso de pacientes, déficit de recursos humanos, etc) há menos tempo para atender bem. Se a remuneração não é suficiente, a busca de outras ocupações diminui o tempo dedicado àquele serviço. Se o sistema de referência e contra-referência para o encaminhamento de pacientes é ineficaz, o estabelecimento de contatos informais para esse encaminhamento também demanda “tempo”.

“Eu acredito que eu já te falei que um enfermeiro tem muito que estar mais próximo do paciente. Eu tenho que viver isso, esse papel. Eu preciso ter tempo e condições para passar por isso” (EF6).

Em contrapartida, “colocar-se à disposição”, exige sobretudo que o profissional de saúde determine como dedicará esse “tempo”. Isso depende exclusivamente dele e reflete a sua escolha voluntária de facultar ao acompanhante algumas opções, entre elas, a possibilidade de diálogo para a escuta das suas necessidades de saúde.

“Depende do profissional. Nem todo mundo tem, não sei dizer se tempo ou vontade ou paciência de estar escutando as necessidades” (EF10).

“É você ir mesmo no leito das crianças, você conversar com o pai, você se apresentar, é você se colocar mesmo disponível” (EF1).

A disponibilidade do profissional de saúde para escutar as necessidades das crianças internadas no Hospital Público e de seus acompanhantes não é o único fator que interfere na identificação dessas necessidades.

Todas as relações interpessoais presumem uma negociação de “espaços” e de “poderes”. Nas relações que envolvem o cuidado em saúde isso não é diferente.

4.3 Os “Espaços” e os “Poderes”

Diferentemente do que ocorre na maioria dos serviços públicos destinados ao atendimento de adultos (com horários de visitas pré-determinados), nas enfermarias dos hospitais pediátricos é comum a presença de acompanhantes em tempo integral.

Este cenário então é composto pelos profissionais de saúde, a criança e seu acompanhante.

Os profissionais de saúde são a parte mais numerosa dessa relação já que esta categoria envolve médicos, enfermeiros, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas, assistentes sociais, odontólogos e outros especialistas.

A criança é uma só (se analisarmos cada encontro particularmente) e o acompanhante também é constante (ainda que haja um rodízio eventual). Já o grupo de profissionais de saúde trabalha em sistemas de plantão e, mesmo os

que trabalham diariamente na enfermagem não obrigatoriamente estabelecem um contato diário com estas crianças.

Identificamos assim três “espaços de ação”, o da criança, o do acompanhante e o do profissional de saúde. O “espaço de ação” da criança é influenciado pelo ambiente (inóspito ou não), por limitações impostas pela doença (dor, imobilização, medos) e por contingências ligadas à sua idade e desenvolvimento.

O acompanhante de certa forma dilata o “espaço de ação” da criança, à medida que o incorpora ao seu próprio “espaço de ação”.

Entendemos esse “espaço” como um *locus* virtual de ação que possui limites que, em função de sua virtualidade são dinâmicos e balizam as ações desses atores de acordo com o seu “capital de poder”.

Os limites impostos a essas ações determinam quais atitudes do acompanhante (protagonismo) serão “aceitáveis” pelo grupo dos profissionais de saúde e, nesta ótica, não há o reconhecimento pelo profissional de saúde do “espaço de ação” do acompanhante como uma necessidade (autonomia).

Como a instituição hospitalar é regida por regras pautadas por disciplina, eficiência e hierarquização de saberes produzem rotinas em que os usuários encontram, em geral, pouco espaço para expressar sua singularidade e autonomia (Mitre, 2006:285).

A mãe que acompanha o tratamento de seu filho, inclusive participando de procedimentos complexos, tem a sua autonomia expandida ou contraída durante essa internação .

Essa expansão se dá, por exemplo, quando a mãe é responsabilizada pela execução de algum cuidado. Não se trata da delegação de cuidados “domésticos” (que essa mãe já fazia em sua casa), mas de atitudes

“empáticas” na relação entre os profissionais de saúde e as mães que poderão incorporar um saber acerca dos cuidados hospitalares, tendo como vantagem o conhecimento prévio das singularidades de seus filhos (Collet e Rocha,2004).

A “autonomia” é contraída quando, em sentido oposto ocorre uma aparente divisão entre as tarefas, cabendo às mães os cuidados menos valorizados pela equipe de saúde. Assim, ainda que as mães participem de alguns cuidados, as decisões relacionadas ao tratamento de seus filhos não são compartilhadas com elas.

Quanto ao “espaço de ação” dos profissionais de saúde, esclarecemos que excluiremos desta análise o “espaço” do grupo gestor. Embora este grupo muitas vezes seja constituído por profissionais de saúde, separaremos estes profissionais dos que exercem funções assistenciais estritas. Defendemos esta fragmentação didática por acreditarmos que o “espaço” gestor será melhor abordado no capítulo cinco, quando falaremos das co-responsabilizações.

O “espaço de ação” do profissional de saúde possui algumas peculiaridades. Ainda que ele sofra alguma influência da ação dos acompanhantes, ele não é propriamente modificado por essa ação, mas, eventualmente, pode adaptar-se em decorrência dela.

Para exemplificar essa influência, citamos a percepção dos entrevistados de uma mudança de atitude quando, por exemplo, o profissional identifica que determinado acompanhante é “mais orientado” (informado) que os outros. Isso leva ao estabelecimento de um contato também “diferenciado” ou minimamente mais cuidadoso e preocupado com a forma que este contato será percebido por aquele acompanhante.

Como dissemos, isso não chega a ser, na nossa opinião, um limitador de “espaço” mas talvez uma adaptação do profissional de saúde a certas peculiaridades de algumas famílias.

Entre o grupo de profissionais de saúde, as diversas especialidades médicas e não médicas, cada vez mais autônomas nas suas áreas de atuação, têm alcançado uma gama de ações cuja multiplicidade exigiu uma hierarquização desses “espaços” e saberes. Uma nova cultura agregou especialistas e tecnologia na chamada abordagem multidisciplinar .

O espaço da relação profissional-usuário, das relações entre profissionais generalistas e especialistas (marcado pela busca de uma relação interdisciplinar) e o espaço entre os diversos serviços diferenciados em termos de nível tecnológico e de especialidades seriam o *locus* privilegiado dessa nova cultura (Trad,2006:207).

O poder da categoria médica é historicamente reconhecido como hegemônico na organização do cuidado hospitalar. Peduzzi (2001) corrobora a afirmativa de que, apesar dos discursos críticos acerca da divisão dos trabalhos, os profissionais de saúde tendem a ratificar as relações assimétricas de subordinação e o valor atribuído ao modelo biomédico, em detrimento dos saberes e das ações de outros âmbitos de produção de cuidados.

Essa visão “médico assistencial” onde o médico ocupa o topo de uma estrutura vertical e outras especialidades não médicas se posicionam de forma a manterem-se em uma relação de submissão técnica é, em nossa opinião, extremamente conservadora e anacrônica. Esta perspectiva já foi ultrapassada por uma visão de trabalho cooperativo e multidisciplinar.

Entretanto as ações de saúde acabam sendo dirigidas pelo médico que coordena a equipe de forma hierarquizada, onde cada um tem o seu papel (e talvez o seu “espaço”) definido.

“Enquanto médico eu acho que o meu papel é dar um atendimento de qualidade. É você atender o melhor possível. Não adianta você dar só a medicação, que é mais tarefa da enfermagem, só o que tem que ser feito tecnicamente. Eu acho que tem que ter uma troca de relação”(ME14).

Especificamente no próprio grupo médico há uma separação de “espaços de ação” até mesmo entre os médicos plantonistas e diaristas. De acordo com os depoimentos a equipe de rotina estabelece as diretrizes das condutas terapêuticas enquanto cabe ao plantão o seguimento dessas diretrizes e o atendimento às intercorrências nos horários em que a equipe de rotina não estiver presente.

“Eles [a equipe de rotina] estão na enfermaria de manhã até o meio-dia, de segunda a sexta e eles [os acompanhantes] vêm perguntar ao plantonista o que a criança tem porque eles não entenderam” (ME2).

Após explicarmos o conceito de “espaço de ação” e os limites desses “espaços” que se modificam no cotidiano do contato entre a criança, a sua família e os profissionais de saúde em suas diversas categorias, passaremos agora a conceituar os “poderes” envolvidos nestas relações.

Nesta abordagem, os “poderes” refletem os “espaços de ação” e vice-versa. Na medida que há uma negociação permanente desses “poderes” entre os atores do processo do cuidar, são estabelecidos os limites dos “espaços de ação” de cada um desses atores.

De acordo com essa conotação, o “poder” médico conduziria (ainda que apenas com intuito organizador) uma equipe multidisciplinar que prestaria a assistência à criança.

Analisando sob esse aspecto, mais um limite se impõe ao “poder” dos profissionais de saúde e de forma particular ao “poder” médico: a adesão do usuário ao tratamento, o que em parte refletiria a submissão a esse poder.

Caprara e Franco (2006) polemizaram esta discussão ao concluírem que a adesão do usuário ao tratamento não é uma certeza, mas um resultado que deve ser negociado. Mais ainda, afirmaram que a incerteza dessa adesão “ameaça” o “poder” médico.

Essa submissão, como Caprara e Franco (2006) colocaram, deve ser negociada. Isso afasta qualquer tentativa de imposição de “poderes” e “saberes” e reforça a premência da reformulação de conceitos, especialmente em relação ao médico, defendendo o “...pensar do médico como aquele que precisa construir parcerias...” (p.90).

Essas parcerias entre os atores envolvidos no processo do cuidar, sob a perspectiva da assistência humanizada preconizada pela PNH, promoveriam a somação de todos esses “poderes” para o estabelecimento de uma relação respeitosa na qual seriam priorizados o diálogo e a escuta das “necessidades de saúde” dessas crianças e de suas famílias.

O profissional de saúde e o acompanhante encontram-se neste cenário de “espaços” e “poderes” e, se não há o aproveitamento dessa oportunidade de “troca” de informações e experiências, não ocorrerá nenhum esboço de “acolhimento”. Mais grave ainda é admitir que o desperdício desta oportunidade pode sequer ser percebido.

“O acompanhante vem cheio de frustrações e de medos. Está em um hospital indiferente e às vezes você não... quando você vê já passou o dia e você não deu uma palavra” (EF15).

Neste contexto onde a escuta e mais ainda, o diálogo com o acompanhante são matérias árdias, a criança acaba sendo tratada como um conjunto de órgãos que podem adoecer juntos ou separadamente. É estabelecida uma via unilateral de comunicação onde o paciente ou seu acompanhante encaminha as suas solicitações e isso acarreta uma resposta do profissional de saúde, normalmente traduzida sob a forma de uma decisão terapêutica.

Para nós, um dos núcleos legítimos dessa comunicação é a informação, ou melhor a troca de informações. Porém, como dissemos anteriormente, essa “troca” também respeita as relações de “poderes” e “espaços”.

Os atores que detêm as informações podem controlar a sua divulgação e mais uma vez se estabelece um cenário onde essa “negociação”, desvirtuada em seu propósito, pode prejudicar o diálogo e o “acolhimento”.

4.4 As Informações – Favor ou Direito?

Para que o paciente ou o seu acompanhante possam exercer a sua autonomia, é necessário que recebam e compreendam as “informações” que traduzem a sua situação de saúde (ou de doença).

Em sociedades com desigualdades sociais grandes, o discurso da beneficência e da autonomia mostra-se, freqüentemente muito vazio de significado para os desprovidos de conhecimento e de direito à liberdade de escolher e decidir sobre as suas vidas e seu bem-estar porque a relação profissional de saúde e paciente ocorre, com freqüência, entre pessoas que no plano social, representam autoridades técnicas e científicas desiguais (Torales-Pereira *et al*, 2004:1021).

Para falar sobre “informações” procuramos estabelecer preliminarmente: o que são, a quem interessam, quem as elabora e de que formas são transmitidas.

O sentido que nós atribuímos aqui à “informação” é o de conteúdo explicativo sobre as necessidades de saúde da criança internada (e de sua família) e sobre as etapas do tratamento dessa criança.

Essa “informação” é fruto da participação de vários atores como os profissionais de saúde, técnicos qualificados, e a ela são agregadas contribuições do senso comum dos usuários e dos próprios profissionais de saúde (quantos de nós já cedemos a práticas populares sem estrita comprovação científica?).

Nos parece óbvio que esse “conteúdo” interesse à criança, aos seus familiares e aos profissionais de saúde (tanto os que atuam no âmbito assistencial quanto aos gestores da instituição).

As formas de transmissão das “informações” são variadas, desde abordagens individuais (consultas) às coletivas (dinâmicas de grupo), informações escritas (prescrições), materiais didáticos (cartazes informativos como as instruções de prevenção da infecção hospitalar), palestras, mídia, internet, etc.

Especificamente quanto à internet, a evolução e a ampliação do acesso à rede informatizada que disponibiliza milhares de dados sobre uma diversidade de assuntos, assim como o conteúdo da imprensa leiga e não leiga, trouxeram mais subsídios para o debate do acompanhante com o seu médico, especialmente da clientela de “classe média”.

É importante colocar, porém, que mesmo as informações trazidas pela mídia escrita e falada são traduzidas para o senso comum daquele usuário e não são postulados científicos, mas re-traduições e apropriações do discurso científico que circulam nos meios de comunicação de massa.

“Atualmente uma pessoa que tem acesso à Internet vai de repente vir a você com um monte de questionamentos que viu através da Internet... então... para quem não estava acostumado de repente quando vem um pai ou uma mãe... aquilo então você até estranha... dependendo então você até não gosta (...) as pessoas têm que ter uma noção do que é dito, por exemplo, na imprensa, no fantástico e o que é a realidade” (ME11).

Esta prática se por um lado diminuiu o “poder” do profissional enquanto detentor absoluto do conhecimento, por outro lado democratizou o acesso às informações. Resta ainda porém prover mecanismos de filtragem desse conteúdo para evitar a propagação de falsas promessas terapêuticas sem comprovação científica ou mesmo inacessível à maioria da população.

Se os profissionais não atribuírem valor à “informação” como instrumento de participação da família, qual a contribuição desse “mecanismo” para um atendimento direcionado às necessidades dessa família?

Algumas falas de profissionais de saúde que nos apresentam a um suposto desinteresse do usuário pelas informações sobre o seu quadro clínico merecem uma exploração mais crítica.

Quando chegam a ser pontuadas situações de conflitos geradas pela atuação dos acompanhantes em defesa de seus interesses, como podemos aceitar que eles simplesmente não solicitem informações. Mais ainda, como

podemos aceitar que o profissional de saúde “gentilmente” faculte as informações apesar da recusa dos acompanhantes em solicitá-las?

“Uma acompanhante tava dando um problema danado na enfermaria... fazia o que queria, pegava outras crianças no colo. Eu cheguei para ela e perguntei se ela sabia por que não podia pegar as crianças no colo. Expliquei a ela que era por causa da infecção cruzada e ela nunca mais deu problema. Não seria mais fácil ela me perguntar do que sair fazendo coisas erradas?” (EF9).

Esse tipo de fala reflete o desconhecimento da “informação” enquanto “necessidade de saúde” o que, algumas vezes, contribui para o estabelecimento de práticas indesejáveis.

Alguns entrevistados referiram que prestar “informação” seria uma “obrigação” do profissional de saúde. Talvez, nesta ótica, pareça complexo nortear as ações do cuidar em uma proposta de atendimento dirigido às “necessidades de saúde” de uma determinada família. O compartilhar “informações” com uma família assumiria um aspecto protocolar, como se fizesse parte da rotina burocrática da Instituição.

“A gente tem obrigação de dizer [informar]” (EF6).

Da mesma forma vários depoimentos apontaram a “informação” não mais como um dever do profissional de saúde e sim como um direito do paciente. Desta vez o usuário tem o “direito” de receber as “informações”.

“É um direito dele [a informação] e as pessoas não deviam ver a coisa como “o cara está me perturbando” (ME7).

“Eu acho que o acompanhante tem direito a todas as informações” (EF9).

O discurso do profissional de saúde, seja em defesa do “dever” de informar ou do “direito” à informação postula uma “garantia” do acompanhante em conhecer o que se passa com a criança.

Uma terceira concepção nos surpreendeu ainda mais. Dessa vez o acompanhante tem que “pedir” a informação (agora ela não é mais fornecida sem a solicitação) e, apesar de seus “direitos” essa solicitação só vai ser bem recebida se ela não representar uma cobrança.

“Acho que tem que perguntar para saber porque não teve, por que não tem [o exame]. Os direitos são iguais [da ‘classe média’ e da ‘classe popular’]. Eu não gosto de ser cobrado” (EF8).

“Depende da forma como é perguntada. Não gosto quando você responde e parece que a pessoa não está acreditando em você” (ME11).

Melhor ainda se o acompanhante “pedisse” essas informações à pessoa certa dentre os membros da equipe de saúde. Isso, segundo os entrevistados, auxiliaria no acesso deste usuário às informações, já que o direcionamento correto das solicitações de informação ao profissional que melhor poderia atendê-las seria mais adequado para todos (pacientes e profissionais).

“Eu sou a supervisora de enfermagem... qualquer dúvida quanto ao tempo de internação, de medicamento, se vai sair do acesso ou não é com o médico... de preferência o que fica aqui de segunda à sexta. Eu mostro a ela o papel de cada um para ela não ficar perdida” (EF3).

Como se vê na fala a seguir a invocação da questão da “economia” de “tempo” nos remeteu aos questionamentos que fizemos, alguns parágrafos atrás, sobre o valor atribuído a esse “tempo”.

“No caso de investigação de tratamentos, pacientes e acompanhantes que por não conhecerem a rotina recorrem ao plantão para informações... atrapalha no sentido de você fazer além do que eu poderia estar fazendo naquele momento e de repente deixo descoberto uma coisa porque gasto mais tempo com aquilo” (ME2).

Os profissionais de saúde até aceitam que a “informação” possa ser um direito e/ou um dever de alguém. Muitas vezes essa “informação” não é vista pelos profissionais de saúde como componente da produção do cuidado, mas como “algo mais” que demanda tempo. Daí a considerá-la uma “necessidade de saúde” há uma distância muito grande.

“Infelizmente isso de ‘informar’ demanda tempo para você ouvir. Eu particularmente acho que o diálogo deveria ser amplo mesmo, mas na prática não dá tempo” (ME4).

A desinformação sobre a doença de seu filho pode provocar sentimentos de insegurança e medo diante do desfecho daquela internação. Como não são orientados adequadamente e como há um constante processo interpretativo, os acompanhantes passam a seguir condutas baseadas em suas experiências de vida anteriores à internação, comportando-se de acordo com um enfoque de conhecimentos vividos.

Cabe ao médico levar em consideração não só as limitações intelectuais e educacionais dos clientes, mas também respeitar as possíveis diferenças culturais, muitas vezes confundidas, de forma preconceituosa, com ignorância (Soar Filho, 1998:40).

Estas condutas não têm amparo científico e podem gerar conflitos com os profissionais de saúde outrora detentores do poder decisório acerca dos tratamentos e terapias. Quanto maior a desinformação maior a possibilidade de conflitos.

“Tem certas coisinhas em relação à saúde que vêm da cultura que eles têm... coisas até relacionadas com a alimentação... a criança quando precisa ficar em dieta zero e a família tem uma preocupação enorme em alimentar” (ME2).

“Tem acontecido muito que a ‘mãe-problema’ vem com algumas coisas que ela acha que estão certas... ela quer passar por cima do médico, fica contra a enfermagem que ela acha que o procedimento que ela faz em casa está certo” (EF3).

Continuaremos, a seguir, confrontando alguns mediadores da “humanização” (a valoração da informação, a disponibilidade para a escuta e identificação das necessidades de saúde, a negociação de espaços e de poderes e o estabelecimento de vínculos) com o protagonismo da “classe média” para tentar apreender as possibilidades e os limites de seu encontro com os profissionais de saúde no hospital público.

Capítulo 5: O Protagonismo das Famílias de “Classe Média”

Por um lado, a proteção visa a dar ao indivíduo ou à população de indivíduos, objetos da proteção, as condições necessárias para adquirir a competência da autonomia e exercê-la” (Schramm, 2005:61).

Esse autor associou o princípio bioético da “autonomia” ao reconhecimento dos direitos dos indivíduos e não apenas dos seus deveres e obrigações impostas pela sociedade. Schramm comentou que, especificamente no campo da saúde da mulher e da criança, existe um “dialética” entre os princípios da “autonomia” e da “proteção”.

Ao considerarmos o diálogo como um precursor da humanização da assistência hospitalar percebemos que o “encontro” entre o profissional de saúde e o usuário, tema do capítulo anterior, também depende do contexto onde ele ocorre. “As distâncias socio-econômicas e culturais entre profissionais da saúde e usuários, agravadas pelo quadro de desigualdade social do País, tornam mais difícil o estabelecimento das relações dialógicas” (Trad, 2006:200).

Mostraremos a seguir que, embasados na colocação de Trad, podemos supor que a presença da “classe média” neste “encontro” tenha atribuído algumas peculiaridades a este diálogo.

Nesta linha, o padrão cultural atribuído pelos profissionais de saúde às famílias de “classe média” seria, em tese, um facilitador da compreensão das

informações fornecidas e, de certa forma, um estímulo para que o profissional de saúde dedicasse parte do seu tempo ao propósito dessa “conversa”.

“Eu acho que aqui dentro a classe média acaba ajudando o serviço na explicação. Você vai explicar de uma forma para a mãe carente que não entende nada. Com o cliente da classe média você vai ter outro tipo de conversa porque ele já está mais esclarecido. Às vezes é até uma pessoa com terceiro grau. Então aproxima pela conversação” (EF8).

Nota-se, entretanto, que o trecho da entrevista menciona com mais ênfase a noção de “explicação” do que a de “diálogo”, evidenciando uma relação de forte assimetria.

Neste capítulo veremos as nuances e tensões da relação profissional-usuário de “classe média”.

Na verdade, como dissemos anteriormente, não pretendíamos estabelecer as causas da presença da “classe média” no serviço público de saúde.

O testemunho de que isso ocorre, de que eles (“a classe média”) efetivamente “estão aqui” (no hospital público) foi confirmado pela totalidade dos entrevistados nas aproximações que antecederam a aplicação do roteiro das entrevistas.

Se pensarmos nas famílias das crianças internadas, talvez numa primeira análise, nos pareça que seja mais fácil para uma família de “classe popular” contentar-se com a internação (conseguiu uma “vaga”) do que a família de “classe média” que, teoricamente, por sua “melhor” condição de vida não utiliza habitualmente a estrutura hospitalar pública.

Essas características podem determinar diferenças na “aceitação” desta internação e, principalmente, nas expectativas dessas famílias de “classe média” quanto aos recursos disponíveis para o tratamento da criança, em virtude das limitações financeiras do setor público de saúde, divulgadas diariamente na imprensa escrita.

“Eu vejo um pouco menos de paciência [do acompanhante de classe média]. Eu estou falando dentro de um Sistema Público de Saúde onde a gente trabalha muitas vezes sem ter o que oferecer” (ME2).

“Na maioria das vezes são questionadoras. Elas [as famílias de ‘classe média’] ficam contrariadas porque não queriam estar aqui” (ME4).

É possível também considerar a hipótese de que algumas dessas famílias procurem o atendimento no hospital estudado porque, possivelmente, além da proximidade da sua residência, elas detenham um conceito positivo do serviço prestado nessa Unidade. Porém, em nenhuma entrevista os profissionais manifestaram acreditar que a família de “classe média” vem ao hospital público porque fez uma escolha. Eles sempre procuram registrar que isso ocorreu porque eles simplesmente não tinham outra opção.

“Eu acho que hoje em dia a gente está atendendo isto [a classe média] por conta da própria dificuldade do poder sócio-econômico das pessoas. A classe média hoje em dia muita vezes não pode pagar um plano de saúde adequado e aí faz um plano básico que não dá suporte” (ME4).

“As crianças da classe média quando chegam aqui [no hospital público] é porque têm alguma patologia que ficou complicada de resolver aí fora. Dificilmente internam por uma diarreia, por desnutrição, por esses tipos de problemas” (EF6).

Neste capítulo buscaremos identificar questões pertinentes ao lidar diário com acompanhantes de “classe média” retratando experiências vivenciadas em situações específicas de encontro entre os profissionais de saúde e os acompanhantes das crianças internadas.

5.1 A participação da Família no Cuidado Hospitalar - Possibilidades e Limites

A família, ao vivenciar a crise provocada pela doença e hospitalização, sente-se vulnerável porque lhes são retirados o poder e as possibilidades de escolha, tendo que se submeter à situação. Não ocorre um relacionamento autêntico e a desigualdade e o distanciamento são mantidos (Pettengill e Ângelo, 2005:987).

O reconhecimento da família enquanto “rede social de suporte” vai de encontro às propostas de humanização da assistência (Braga, 2006). Estas “redes de suporte” funcionarão como uma “trama protetora” para a criança, auxiliando durante as adversidades advindas da enfermidade.

Assim, a questão com a qual se deparam as equipes de cuidados profissionais é a de como facilitar a ação das redes de suporte e, eventualmente fomentar a formação de outras, criadas a partir do enfrentamento de problemas de saúde (Braga, 2006:1790).

Existe na literatura, ainda que conceitualmente, uma idéia de que no “encontro” do usuário e de sua família com o profissional de saúde, “escutar as necessidades de saúde”, “facultar a possibilidade de diálogo” e “estabelecer vínculos” auxiliem no tratamento do paciente.

As possibilidades deste “encontro”, do profissional de saúde com a família de “classe média”, diante da magnitude das questões inter-subjetivas envolvidas, nos pareceram quase indetermináveis.

Identificamos, por exemplo, a possibilidade de expandir os limites desse “encontro” com a “escuta” das “necessidades de saúde” das crianças de “classe média” e de seus acompanhantes, associada à perspectiva do profissional “colocar-se no lugar do outro”, o que permitiria uma aproximação dos sentimentos vivenciados pela família durante a internação da criança.

“Acho que principalmente a atenção. Saber ouvir e também se colocar um pouquinho no lugar do outro para poder entender as suas angústias e não só tratar a doença, mas cuidar do doente. Vai mais além” (ME4).

Este trabalho, numa outra direção, nos permitiu detectar alguns limites (manifestos ou ocultos) nas falas dos profissionais de saúde que podem servir de foco para as ações que visem à ampliação dessas possibilidades.

Nós identificamos alguns limitadores da participação das famílias neste “encontro”: o valor atribuído pelo profissional de saúde ao “diálogo”, a disponibilidade dos profissionais para a escuta das “necessidades de saúde” e a negociação de “espaços” e de “poderes” entre os atores do “cuidar”.

Em primeiro lugar, alguns profissionais de saúde não encaram o “diálogo” onde são compartilhadas “informações” como essencial ao processo do cuidado. Inclusive, na visão deles, há uma diferenciação entre profissionais que possuem um “perfil” mais adequado a essa “escuta” (paciência, experiência com pediatria, maior atenção, etc.), enquanto outros não detêm essas características.

“Como a gente trabalha aqui há um tempo e conhece mais ou menos cada um você até identifica aquela pessoa que dá mais atenção ao acompanhante... às vezes ele está sinalizando alguma coisa que você está precisando saber para dar uma assistência melhor para aquele paciente” (EF13).

Por outro lado os entrevistados reconhecem a importância da compreensão dessas “informações” para adesão ao tratamento.

Durante a internação, talvez a adesão da família ao tratamento não interfira tanto na realização dos procedimentos terapêuticos uma vez que a equipe de enfermagem é o principal executor e fiscalizador das prescrições. Após a alta, no entanto, essa adesão é determinante da continuidade desse tratamento.

“A pessoa que tem mais facilidade de entender o que você explica provavelmente tem uma maior adesão ao tratamento” (ME11).

A aproximação dessa família, ação essencial para essa “escuta”, esbarra na contribuição do profissional de saúde através do que Sá Jr (2001) chamou de “empatia”, delineada durante a troca de sensibilidade entre estes atores (profissionais e usuários) e reconhecida como essencial para a promoção da qualidade do atendimento.

Isso não significa que o profissional de saúde tenha que se transformar em psicólogo ou psicoterapeuta, mas que, além do suporte técnico-diagnóstico, ele utilize e desenvolva sensibilidade para conhecer a realidade do paciente, ouvir as suas queixas e, junto a ele, promover estratégias que facilitem a sua aceitação e compreensão da doença.

Os limitantes desta empatia se confundem com os limites atribuídos ao próprio “acolhimento” retificando que a empatia é condição essencial para este “acolhimento”.

O pouco tempo para a realização das consultas médicas e a falta de estrutura dos serviços de saúde são apontados como principais fatores que impossibilitam a empatia, caracterizando a relação médico-paciente como uma mera busca de sintomas para a prescrição de medicamentos adequados às queixas apontadas (Sá Jr,2001:34).

As condições de vida destas famílias de “classe média”, determinam na ótica dos entrevistados, uma mudança do tipo de questionamento, do padrão de satisfação e da cobrança habitualmente percebidos na relação cotidiana com as famílias de “classe popular” .

“Está mais atenta [a família de ‘classe média’] e espera mais atenção, ar condicionado. Um outro pobre não vive essa realidade” (ME4).

Se acrescentarmos a esse quesito as noções discutidas anteriormente de “espaços” e de “poderes” e, ainda, a fragmentação das práticas do cuidado entre as diversas especialidades médicas e não médicas, contextualizaremos o processo de produção de cuidados nas enfermarias do hospital em estudo.

Com a fragmentação das práticas, as diversas especialidades não apenas dividiram as tarefas, mas fragmentaram o paciente, que perdeu o seu nome e passou a ser chamado de “o crônico”, “o neuropata”, “o renal”, “o terminal”, etc.

“O pessoal tenta isolar um pouco aquele paciente que não tem um prognóstico tão bom, assim... um neuropata, o pessoal tem mania de chamar assim, aquele ali é um vegetal. Eu acho isso errado [chamar de vegetal] e acho que você tem que tratar aquele vegetal também” (EF16).

Essa “fragmentação” e “objetivação” do paciente (ex-sujeito), chegou a ponto de restringir o reconhecimento dele, pelo profissional de saúde, como uma pessoa e não como um conjunto de órgãos.

Como não é possível estabelecer uma conversação com um rim ou com um pulmão não é difícil compreender por que os profissionais de saúde associam freqüentemente as “necessidades de saúde” às “doenças”.

“A necessidade de saúde delas [as crianças internadas] na maioria das vezes é uma pneumonia mal curada, uma desnutrição, uma alergia ao leite” (EF3).

Com as famílias de “classe média” presentes nas enfermarias ocorre uma diferenciação dessa postura. As “exigências” da “classe média” parecem ser mais percebidas do que propriamente as suas “necessidades de saúde” e a atuação desses acompanhantes é associada a uma espécie de “cobrança”.

“O de ‘classe média’ já diz assim... o meu filho vai ter que ficar em jejum amanhã para fazer um exame? Qual é o exame? Não foi o que ele fez na semana passada? Por que vai fazer de novo? Há algo errado?” (EF6).

Essa interpretação do profissional que considera certas solicitações uma “cobrança” ou uma “pretensão” de atendimento preferencial pode ser um indício de que a simples participação da família de “classe média” através de seus questionamentos cause um efeito direto no profissional de saúde, surpreendido por uma iniciativa não comum às famílias de “classe popular”. Dessa vez o rim e o pulmão estão “exigindo” alguma coisa.

De acordo com as falas dos entrevistados, a clientela de “classe média” que procura o serviço público de saúde tem também trazido para as enfermarias expectativas quanto aos recursos para o tratamento de seus filhos. Muitas vezes essas expectativas não poderão ser contempladas por refletirem anseios não factíveis aos profissionais de saúde.

“Não adianta me cobrar, por exemplo, uma droga que não existe no Brasil, ou que não existe no hospital em que eu estou trabalhando” (ME11).

Como se sente esse profissional que, no hospital público, recebe indagações sobre recursos terapêuticos que sequer existem no Brasil? É compreensível que esses profissionais insistam em suas falas que a “cobrança” das famílias de “classe média” seja maior que a das famílias de “classe popular”.

“O de classe média já te cobra mais. Mesmo que você esteja fazendo todo o procedimento certo. A imagem que eu tenho é que ele quer ter uma preferência” (ME14).

Para ampliar o atendimento é necessário considerar essas diferenças de “exigência” trazidas pela presença da “classe média”. Não somente aceitá-las como aproveitá-las para a qualificação da assistência.

Um dos grandes desafios para a atenção humanizada é conciliar um atendimento de qualidade ancorado num saber consagrado apoiado em regularidades do processo saúde e doença com a dimensão da subjetividade e o contexto socio-cultural do usuário (Artmann e Rivera, 2006:209).

Como adequar o atendimento à “classe média” às perspectivas da PNH, considerando até mesmo o contexto sócio-cultural desse usuário se as suas demandas soam, aos ouvidos do profissional de saúde, como exigência de um “tratamento diferenciado”?

“A gente não pode atender dessa forma diferenciada como eles [classe média] querem. Se a gente for resolver, a gente quer resolver para todos e não só porque ele é de classe diferenciada” (ME14).

E quanto aos limites dos “poderes”? Como já foi exposto no capítulo anterior, nós identificamos no contexto diário das enfermarias três “espaços” de

ação: o da criança, o do acompanhante e o do profissional de saúde. Esses “espaços” refletem-se em “poderes” e vice-versa.

Negociar os “limites” da participação das famílias de “classe média” no cuidar representa primordialmente negociar os “espaços” e “poderes” dessas famílias. Até que ponto eles podem ser negociados?

Até aqui apresentamos as repercussões para o profissional de saúde da participação dessas famílias. Vislumbramos dificuldades quanto ao diálogo profissional-acompanhante e, principalmente, identificamos a participação das famílias de “classe média”, que, de forma mais perceptível (do que a postura habitual das famílias de “classe popular”), solicitam informações e participação durante a internação de seus filhos.

Esse “poder” da família de “classe média” também é limitado pela ação direta do “poder” do profissional de saúde mas essa “interferência” parece ser mais “desafiadora” para o profissional de saúde do que quando ele lidava apenas com pacientes de “classe popular”. Isso em parte se deve à atuação dessas famílias que “mais esclarecidas” compreendem melhor o que está se passando com o seu filho e, sobretudo, quais condutas deverão ser tomadas para o seu tratamento. Mesmo que não conheçam as condutas médicas propriamente ditas têm uma noção maior dos recursos que devem ser disponibilizados do que as famílias de “classe popular”.

Nos próximos parágrafos exporemos algumas considerações sobre o protagonismo das famílias de “classe média” dando ênfase a uma ótica que considera este protagonismo não uma desagradável exigência peculiar à “classe média” mas analisa esse “protagonismo” sob a perspectiva das “necessidade de saúde” dessa clientela.

5.2 O Protagonismo como “Necessidade de Saúde”

A Humanização enquanto norteadora de uma assistência centrada no usuário, “pressupõe o reconhecimento do usuário como portador de singularidades subjetivas e socioculturais, bem como de interesses e necessidades específicos” (Trad, 2006:185).

Contudo, ainda segundo Trad, um atendimento direcionado a estas necessidades não é tarefa simples diante da dificuldade da própria identificação dessas necessidades.

De encontro à taxonomia proposta por Cecílio (2001), que definiu “necessidades de saúde” como uma busca, seja por respostas para más condições de vida, por estabelecimento de vínculos, por autonomia ou por acesso à tecnologia, interrogamo-nos se o protagonismo “reivindicado” pela “classe média” não seria também uma “necessidade de saúde”, na medida em que ele representa uma postura essencial à preservação da autonomia deste acompanhante quanto à participação na tomada de decisões acerca do tratamento de seu filho.

“O acompanhante [de ‘classe média’] acaba querendo mais explicações, querendo entender a situação até para saber se a gente está fazendo tudo o que deveria ser feito, se tudo está sendo oferecido para aquela criança naquele quadro” (ME2).

Especificamente em relação ao protagonismo da “classe média”, os entrevistados demonstraram reconhecer diferenças em relação ao protagonismo da “classe popular” e, permanentemente estabeleceram comparações entre eles numa clara proposta de caracterizar essas diferenças.

“A diferença é que o [acompanhante] de “classe média” é mais esclarecido, então geralmente ele questiona mais” (EF10).

“As questões que vem de um acompanhante [classe média] e de outro [classe popular] são extremamente diferentes. Uma mãe de um nível sócio-econômico mais baixo não levanta esse tipo de questão [Por que a criança estava em jejum]. Aceita o que a gente diz completamente submissa” (EF6).

A redução do sujeito pela objetivação da doença (Pinheiro *et al*, 2005) pode acarretar uma distorção do significado das “necessidades de saúde”. Segundo os autores, ao serem utilizados critérios objetivos e quantificáveis para definir os “problemas de saúde”, as doenças aparecerão como os “reais” motivos para uma população procurar os serviços de saúde.

Neste ponto, fomos novamente surpreendidos pelos significados que os profissionais de saúde associaram à categoria “necessidades de saúde”. Como ocorreu com o “diálogo” há uma tendência à distorção deste conceito, aqui utilizado como sinônimo de doenças. Pareceu-nos mais uma vez difícil para eles pensar em saúde sem estabelecer uma relação de interdependência com a doença.

“A necessidade de saúde da classe popular é o leite que é muito caro. Já a [necessidade de saúde] da classe média é uma infecção, uma complicação de quadro infeccioso” (EF3).

Parece-nos lógico que pessoas de “classes sociais” diferentes possuam “necessidades de saúde” também diferentes. Da mesma forma uma postura que possa ser confundida uma “cobrança” não tem sido bem recebida pelos profissionais de saúde.

Resta apenas pormenorizar esta “cobrança” para concluirmos que o protagonismo das famílias não é uma “cobrança” mas a expressão veemente de uma “necessidade”. Sob este aspecto, o profissional de saúde não deveria se ressentir dessa expressão mas considerá-la como uma manifestação legítima e válida para todos os usuários.

Essa participação, digamos, mais perceptível, evidencia famílias que não aceitam resignadas as condutas médicas, mas questionam essas condutas, com uma intenção não necessariamente de criticá-las (essas famílias também não detêm um conhecimento técnico apurado), mas de se fazerem notar como atores atentos ao que ocorre com seus filhos.

Essa “cobrança” do acompanhante de “autonomia” para agir, não com o rigor de protagonista (ator principal), mas minimamente como coadjuvante no processo de cuidado, não se esgotará com a escuta das “necessidades de saúde”.

É esperado que quando o acompanhante de “classe média” perceber que o profissional de saúde entendeu o que ele quer (e o que ele necessita) serão criadas expectativas de “resolutividade”⁵ da doença do filho no imaginário dessas famílias. Como lidar agora com essas “expectativas”?

5.3 As Expectativas quanto à Resolutividade no Serviço Público

No cenário do hospital público, grande parte da população usuária reside na sua própria área de abrangência em comunidades pobres. O padrão

⁵ Entenderemos “resolutividade” como uma intervenção no campo das “necessidades de saúde”, planejada a partir as relações de escuta, de responsabilização e de vinculação entre o usuário e seu acompanhante e o profissional de saúde. Algo que possa representar uma diminuição do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção de saúde. (Franco e col, 1999).

de percepção dos seus direitos e o nível de exigência dos pacientes pode estar associado ao nível de escolaridade e às condições sócio-econômicas.

De certa forma é esperado que o baixo nível de escolaridade e de condições sócio-econômicas da maioria dos moradores dessas comunidades estivesse associado ao baixo padrão de percepção dos seus direitos e a um pequeno nível de exigência.

A partir do fato de que pessoas de “classe média” tornaram-se usuários do hospital público, essa perspectiva foi modificada .

“Às vezes apesar do pai [de ‘classe média’] ser mais exigente e de cobrar mais, se você dá uma resposta à altura eles conseguem entender melhor a situação. Às vezes o de classe mais baixa não. Ele tem uma outra dificuldade de receber a informação, quanto mais de exigir qualquer coisa [resolutividade]” (EF1).

A “resolutividade” é a resposta almejada para a maioria das questões que envolvem a internação hospitalar.

Excluimos desta afirmação as ditas “internações sociais”, onde na maioria das vezes não há um agravo à saúde motivador da internação mas outros fatores normalmente ligados ao ambiente domiciliar (carências diversas, violência, ausência dos pais, etc.).

Talvez a “resolutividade” seja o principal objetivo comum a pacientes e cuidadores. Restabelecer a saúde nos pareceu a proposta que vem direcionando a forma de agir (enquanto meta de sucesso profissional) da maioria dos entrevistados .

Após a exposição de tantas particularidades da “classe média”, não é lógico pensar que o profissional de saúde seria indiferente a sua cobrança de resolutividade no tratamento.

Uma eventual falência em “resolver” somada à cobrança dessa resolução pelo acompanhante assume para o profissional de saúde um efeito que ele não consegue ignorar. Ao contrário, ele atribui a si próprio o “dever” de resolver o problema daquele usuário.

“Eu sou paga para isso. E inclusive tenho noção que eu não estou fazendo favor nenhum e me sinto no dever de dar resolutividade para os dois [classe média e classe popular] “ (ME16).

A “resolutividade” das demandas geradas pela internação da criança depende de todos os atores no processo do cuidar. A família tem um papel importante, aferido também através da adesão ao tratamento. Como já dito essa adesão depende de fatores intrínsecos aos usuários (talvez menos problemáticos para a “classe média”) como o entendimento das informações e a confiança no profissional de saúde , no tratamento prescrito e, de certa forma, na Instituição.

Os profissionais de saúde, por sua vez, também devem protagonizar ações mediadas pela “empatia”, angariando essa “confiança” e, conseqüentemente, a adesão ao tratamento prescrito.

O grupo gestor, da mesma forma, possui um papel importante não só de prover os recursos que são acessíveis ao seu plano de governabilidade intra e extra-muros (diferente do profissional que atua dentro dos limites Institucionais), mas um papel ainda mais valioso de interlocutor destes profissionais e deste recursos com as Instâncias do SUS, com a finalidade de adequar as questões de oferta de serviços às “necessidades” dessa população.

O compromisso com a “resolutividade” perpassa os limites da hierarquização e da distribuição de “espaços” e de “poderes”. Existe uma co-

responsabilização que significa um compromisso coletivo onde cada ator pode e deve participar e preservar a essência do processo assistencial, para que esse ele alcance o sucesso desejado.

5.4 O que é da “minha alçada?” Onde fica a co-responsabilização?

Ayres (2006) defendeu a aproximação da noção de “projeto de felicidade” do horizonte normativo da “humanização”, “quando se discute a humanização da atenção à saúde como uma proposta política - envolvendo as Instituições do Estado, mas não necessariamente restritas a elas” (p: 551).

Segundo o autor, concepção de “projetos de felicidade” remete a experiências vividas e ao “sucesso prático” na conquista de fontes de realização e de “felicidade”. Essas experiências (valoradas positivamente), se entendidas como condições de saúde, passam a ser consideradas objetos de desejo e o “sucesso prático”, perceptível aos indivíduos como conquista de “felicidade”, diferencia-se do “êxito técnico” (sucesso terapêutico “prático”, reconhecido apenas na perspectiva dos gestores e profissionais de saúde).

A primeira noção que nos veio à mente nesta seção foi a idéia de “compromisso” que sustenta o conceito de “co-responsabilização”. No entanto quem é responsável por esse “projeto de felicidade”?

É preciso que cada profissional de saúde, ou equipe de saúde, gestor ou formulador de política se interrogue acerca de por que, como e quanto se responsabilizam em relação aos projetos de felicidade daqueles de cuja saúde cuidam, preocupando-se, ao mesmo tempo, acerca do quanto esses sujeitos são conhecedores e partícipes desses compromissos (Ayres, 2006:73).

Esse “compromisso” compartilhado pelos profissionais, gestores e famílias reflete o objetivo comum de conquista: o cuidado enquanto um “projeto de felicidade”.

Há que se buscar, portanto, junto das finalidades técnicas das práticas de saúde, mas transcendendo sua condição de estrita produção de objetos (os produtos do trabalho em saúde), a antecipação, escolha e negociação de uma vida boa, ou seja, do melhor possível a fazer diante do projeto de felicidade que se coloca em questão naquele momento (Ayres, 2006:57).

Detectamos, porém, uma série de limitações para o “cuidar” interpretadas, segundo os depoimentos, como “falhas do sistema” e que, se expostas ao público usuário, deveriam ser acompanhadas pela identificação das instâncias responsáveis pela sua resolução.

Isso significa que se for alcançado o “sucesso” (resolutividade) ele é “dividido” pelos atores enquanto conquista compartilhada. Por outro lado, se a “resolutividade” não parece factível há, nas falas dos entrevistados, uma tentativa de atribuir a outros a “responsabilidade” por essa “falha”.

Assim, estes profissionais estabeleceram e divulgam aos usuários uma “hierarquização de responsabilidades” como se essa trama dinâmica pudesse ser delimitada numa espécie de organograma de funcionamento do hospital.

“Com algumas coisas [cobranças de resolutividade] eu fico até constrangida. Haja vista que não são problemas da minha alçada. Se estiver ao meu alcance eu faço” (EF3).

“O que faz diferença é eu perceber o que está e o que não está na minha alçada fazer. Não adianta me cobrar, por exemplo, uma droga que não existe no Brasil ou que não existe no Hospital que eu estou trabalhando. Acho até que ela deve fazer essa cobrança, mas a quem de direito” (ME11).

Parece de certa forma óbvio, que ao estudar as representações sociais desses profissionais, não há como deixar de considerar todo o contexto sócio-cultural que os envolve e que é por eles invocado para justificar a sua prática.

Neste aspecto, a cobrança de resolutividade por parte dessa clientela, a “classe média”, seja qual for a sua forma, vai terminar gerando reações nos profissionais de saúde e essas reações nem sempre serão proporcionais ao nível dessa cobrança.

As posturas do acompanhante e do profissional de saúde podem determinar uma negociação dessas expectativas da resolução do tratamento de forma calma e pacífica ou mesmo culminar com as mais variadas formas de agressividade.

O profissional de saúde se vê diante da falta de opção (ou da dificuldade) de prover respostas para essa clientela de “classe média” que, como já exposto, supostamente entende com mais facilidade a situação de saúde (doença) vivenciada pelo seu filho e algumas vezes conhece a conduta que deveria ser tomada, portanto percebendo também se há uma eventual falta de algum recurso.

Um outro caminho foi apresentado nos depoimentos. Desta vez, além de informar pacientemente à família que determinados recursos são da “alçada” de outras instâncias (Direção da Unidade, Estado, Ministério de Saúde, etc.), há a tentativa de encaminhar aquela mãe a um outro profissional (ou mesmo ao próximo plantão) de forma a esquivar-se de fornecer respostas para o que ela procura (“resolutividade”).

Campos (2005) chamou ironicamente de “integralidade do encaminhamento” a atitude defensiva da equipe diante do contato profissional-usuário, onde “sempre há para onde encaminhar” (p.580).

“Eu não posso assumir toda a responsabilidade. Eu procuro ao menos informar: Isso quem resolve é o Médico, isso é a Nutrição, isso aí é o profissional que resolve. Eu procuro só não absorver tudo porque senão eu não agüento. O que estiver no meu alcance eu falo” (EF3).

Vale relativizar que a presunção dos acompanhantes acerca dos recursos necessários para o restabelecimento da saúde da criança internada nem sempre obedece a critérios técnicos. Muitas vezes são priorizadas pela “classe média” questões referentes às instalações hospitalares em detrimento de fatores mais estreitamente relacionados ao resultado final do tratamento.

“Vão questionar por que a outra criança está do lado...sabe aquelas coisas bobas...estas coisas mínimas e outros detalhes...ar condicionado” (ME4).

Esse desfecho resolutivo sem dúvida dependerá também dos recursos tecnológicos disponíveis naquele serviço público. Para Mattos (2005), em uma situação onde a “necessidade do usuário”, por algum motivo não é atendida, frustra-se o direito à saúde. Neste caso ele pode resignar-se ou lutar por seu direito utilizando para isso os canais do SUS ou o Sistema Judiciário. A repercussão destes recursos em virtude das “necessidades não atendidas” é conhecida por gestores e profissionais de saúde.

No conteúdo das falas percebemos uma tendência dos profissionais de saúde em mostrar preocupação com questões de responsabilidade civil relacionadas ao ato médico.

“Eu não sei se é uma cultura que está surgindo aí de medo de processo... às vezes você fala com segurança assim o que você sabe. Eu duvido que você vai receber um processo. Tem um tanto de cara que é da Globo ou que é filho de político ou do Fórum. Se você der uma explicação satisfatória... não que nenhum pai seja Santo... às vezes o pai está querendo ganhar alguma coisa assim. Você percebe isso em alguns pais por causa das doenças crônicas” (ME7).

A identificação de posturas preocupadas com o desenrolar do processo de atendimento não deixou claro para nós se o profissional não está alheio aos problemas da assistência ou se novamente trata-se de uma postura defensiva deflagrada pelo “medo” de sofrer algum tipo de sanção.

“Até onde o pai quiser eu falo... com restrições. Eu sempre peço para uma pessoa ficar perto. Assim também você não pode entrar de idiota. Você tem que falar com respaldo porque você não sabe com quem está falando nunca... aí você fala oficialmente falando” (ME16).

Talvez esta seja uma possibilidade de resgate da co-responsabilização dos atores no processo assistencial. Reconhecer as falhas de forma a tentar amenizá-las agregando uma contribuição comprometida com a resposta às “necessidades de saúde” aproximarão cada vez mais o gestor, o profissional de saúde e o usuário da resolutividade terapêutica almejada por todos.

A partir desse norte, os problemas relacionados aos recursos terapêuticos disponíveis no serviço público poderão passar a ser “responsabilidade” de todos que, imbuídos desse “compromisso”, alcançarão “voto” nas discussões sobre o planejamento e distribuição desses recursos.

Não caberão mais assim discursos que postulam que a “alçada” de um esbarra na “alçada” de outro e isso cria diferentes “governos” senão rivais, pelo menos “estranhos”.

“Vou dar um exemplo clássico... e a gente quando precisa de tal atendimento para o paciente e não tem ambulância para levar para fazer um exame. Isso é uma coisa que me dificulta porque não tenho como explicar para o paciente o que está acontecendo e não mando nada nessa situação” (ME14).

A “responsabilidade” defendida pela PNH, se elevada pelos atores ao *status* de meta, não dividiria mais as (frustra) ações e passaria então a verdadeiramente significar “co-responsabilizar”, “compartilhar”, e “pactuar”.

Capítulo 6: Considerações Finais

A Política Nacional de Humanização surgiu de uma premência em articular as diversas iniciativas de humanização disseminadas em práticas isoladas no Sistema Único de Saúde. Essa política emergiu portanto a partir de práticas, não foram as práticas que surgiram a partir da formulação de uma política. Esse fato talvez sirva de elemento para combater a idéia do senso comum dos profissionais de saúde de que a “humanização” seria mais um protocolo a ser cumprido para que o Hospital, o Município ou o Estado receba algum tipo de título ou premiação que em nada será revertido para esse profissional ou para o usuário em termos práticos.

Embora esse estudo não tenha esclarecido as concepções dos profissionais de saúde sobre a Política Nacional de Humanização, acreditamos que algo deve ser feito no sentido de articular essas concepções com a participação desses profissionais como atores neste processo.

Quando as crianças adoecem e são hospitalizadas, as mães se submetem às condições impostas pela Instituição e pelos profissionais de saúde e, muitas vezes, senão na maioria delas, não lhes é facultada informação e nem a opção de questionar e participar na tomada de decisão sobre o tratamento de seu filho. A inserção da família no ambiente hospitalar trouxe novas demandas e o cuidado antes centrado na doença precisou transferir o seu foco para a criança e o seu contexto domiciliar de relações e carências.

Certamente uma família com menor grau de instrução (freqüentemente identificada como de “classe popular”) e, principalmente, habituada a todo o

tipo de privações apresente um nível de exigência também mais tênue ou mesmo não consiga expressar as suas cobranças (e quando as expresse, nem sempre estas sejam bem recebidas).

As expectativas da chamada “classe média” são absolutamente diferentes. Por melhor que pareça um hospital, desde as condições de hotelaria aos recursos terapêuticos disponíveis, sempre há uma comparação com o referencial dessas famílias sobre as suas casas ou sobre o atendimento na rede privada. É lógico que na maioria das vezes isso gera uma “frustração” nesses pais de “classe média”, que não estão convencidos que esta é a melhor opção para o seu filho.

Neste cenário, se sobrepõem as angústias das famílias e as angústias dos profissionais de saúde que também têm as suas expectativas frustradas na medida em que faltam recursos que eles consideram essenciais e falta de forma mais expressiva “governabilidade” em relação às ações que poderiam modificar esse quadro.

Enquanto na rede privada a aquisição de insumos obedece à uma lógica mais eficiente, no setor público é necessária uma modificação na questão do investimento. Se no âmbito privado as “angústias” dos profissionais de saúde se diluem, devemos pensar que o investimento governamental em toda a sorte de recursos deva ser tratado de forma planejada e responsável para que o déficit de algum recurso não acarrete transtornos a esses profissionais que comprometam a qualidade do atendimento prestado.

O profissional de saúde frustra-se também em relação à eficiência do gestor, cujas intervenções são, no máximo, aceitas enquanto “ordens”, mas estão longe de representar pactuações e muito menos co-reponsabilizações.

A nossa concepção, após este estudo, das “necessidades de saúde” dos usuários de “classe média” e de suas famílias que buscam atendimento em hospitais públicos orientou-nos por um horizonte que pode ser mais explorado.

A “necessidade” dos usuários de “classe média” de “receber informações” e de “protagonizar ações” no tratamento de seus filhos têm sido um problema para os profissionais de saúde. Estas iniciativas são, em geral interpretadas como “cobranças” e desvirtuadas de seu verdadeiro valor em meio a um emaranhado de “direitos” e “deveres”.

Não há, na percepção desses profissionais, qualquer associação dessas manifestações como uma tradução das “necessidades de saúde” dessa clientela de “classe média”.

O que “incomoda” é o “protagonismo” dessas famílias, que reflete a sua compreensão sobre o que está ocorrendo e as suas expectativas com o que está por vir. A “classe média” para o profissional de saúde é a que exige, a que cobra mas, na verdade, a “classe popular” também expressa cobranças, mas de alguma forma, parece que não são atribuídos o mesmo peso e visibilidade às suas demandas.

Nos parece lógico, pelas características encontradas nesta pesquisa, que o senso comum dos profissionais de saúde, apesar de não atribuir diferenças significativas entre pacientes de “classe média” e de “classe popular” eleja aspectos favoráveis e desfavoráveis à convivência no cenário hospitalar. Esses aspectos devem servir de norte para que os gestores possam atenuar as diferenças e utilizar-se delas para o planejamento dessa assistência.

A “classe média” e a “classe popular” não são exatamente “diferentes” quanto às suas “necessidades” e “demandas”. Ou melhor, as eventuais diferenças apontam para um processo de cuidar que considere e explore essas singularidades. O “protagonismo” da “classe média”, se mais percebido pelos profissionais de saúde, pode ter o papel de colocar em tela os “anseios” deste coletivo usuário. Essa “liderança” é oportuna e valiosa para que esses “anseios” alcancem a atenção e acolhimento junto aos profissionais cuidadores.

Se a “classe média” exige mais devemos aproveitar essa “notoriedade” para orientar as nossas ações para todo o grupo usuário. Acreditamos que assim estaremos mais próximos de reconhecer e de incluir as “necessidades de saúde” dessa população num plano de atendimento como uma forma muito mais eficaz do que se a planejássemos a partir de quaisquer outros dados empíricos.

A mudança no padrão sócio-cultural das famílias usuárias possivelmente provocará repercussões no cotidiano do hospital público, já que as cobranças explícitas de informações e de participação na tomada de decisões sobre o tratamento de seus filhos poderão se tornar cada vez mais freqüentes.

Esse tipo de demanda determinará mudanças não somente no perfil de atendimento dos hospitais (cuja complexidade vem aumentando nos últimos anos para atender às necessidades da população), mas na postura dos profissionais que nele atuam.

O que falta? Para nós faltam iniciativas de co-responsabilizar esses profissionais por todo o processo do cuidar. Independentemente do sucesso ou

do fracasso terapêutico, ele pode (e precisa) pactuar com o gestor e com aquela família o seu nível de ação e colaborar para que cada um faça a sua parte.

Os profissionais de saúde poderiam fazer mais, ampliando as ações de humanização do cuidado naquilo que é intersubjetivo. Contudo, eles também têm limites a serem negociados. Eles percebem e reagem à falta de recursos terapêuticos e esta reação pode ser exacerbada se o acompanhante também demonstrar conhecer essas carências.

Este estudo foi limitado na medida em que não pudemos confrontar a experiência dos profissionais de saúde no lidar diário com a “classe média” e os depoimentos desta clientela. Talvez este confronto pudesse trazer mais subsídios para a nossa discussão no que tange esclarecer (e responder) o que é efetivamente “cobrado” pelo usuário e o que é “interpretado” como cobrança pelo profissional de saúde.

De qualquer forma, novas abordagens poderão aproveitar as peculiaridades dessa clientela que consegue se expressar melhor (ou ter suas reivindicações melhor percebidas)e, com isso, talvez deflagrar mudanças no cuidar que beneficiarão a todos sem distinção.

Acreditamos que com esse trabalho contribuimos para documentar a presença de famílias de “classe média” no cenário do hospital público e que, cada vez mais, “protagonizam” ações no tratamento de seus filhos. Essa postura deve ser aproveitada em função de sua essência qualificadora da assistência.

Falamos de um novo direcionamento dessa assistência, que “alimente-se” do diálogo, que “incorpore” as contribuições desta clientela “mais

esclarecida” e que “proteja” a autonomia dos atores valorizando as suas singularidades enquanto potenciais contribuições para esse tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ⁷

- 1 – Boudon R, Bourricaud F. Estrutura. In: Dicionário Crítico da Sociologia. São Paulo. Editora Ática; 1993. p. 221- 223.
- 2 – FGV – Instituto de Documentação Benedito Silva, MEC. Dicionário de Ciências Sociais. 2ª Ed; RJ xx 1422;1987.
- 3 – Bottomore T B. Introdução à Sociologia. Rio de Janeiro. Ed. Zahar; 1970.
- 4 – Vila Nova S. Introdução à Sociologia. São Paulo: Ed. Atlas; 2000.
- 5 – O Globo. Dicionário de Sociologia- 7ª ed. Porto Alegre: Ed. Globo; 1977.
- 6 – Brasil. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília (MIMEO); 2002.
- 7 – Benevides R , Passos E. A Humanização como Dimensão Pública das Políticas de Saúde. Revista Ciência & Saúde Coletiva 2005; 10 (3): 561-571.
- 8 – Brasil. Política Nacional de Humanização. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. MS. Brasília; 2004.
- 9 – Caprara A , Rodrigues J. A Relação Assimétrica Médico – Paciente: Repensando o Vínculo Terapêutico. Revista Ciência & Saúde coletiva 2004; 9 (1) 139-146.
- 10 – Cecílio LCO. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: Pinheiro R, Mattos SRA (orgs). Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado `a Saúde. Rio de Janeiro; IMS/UERJ/ABRAS, p. 113-126; 2001.
- 11 – Puccini PT , Cecílio LCO – A Humanização dos Serviços e o Direito à Saúde. Cadernos Saúde Pública, v. 20, nº 5, p. 1342-53; 2004.
- 12 – Lei nº 8.069, 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 1990 ; Julho.16.
- 13 – Collet N , Rocha SMM, 2004. Criança Hospitalizada: Mãe e Enfermagem Compartilhando Cuidado. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Março/Abril, 12 (2); 191-197,2004.

⁷ As normas de referências bibliográficas aqui seguidas são propostas pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, cuja base é a Revista de Saúde Pública..

14 – WHO/UNICEF Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding meeting “Breastfeeding in the 1990s:A Global Initiative”. Co-sponsored by the United States Agency for International Development (AID) and the Swedish International Development Authority (SIDA), held at the Spedale degli Innocenti, Florence, Italy, on 30 July-1 August; 1990.

15 – Brasil. Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo-peso – Método Mãe-Canguru. Manual Técnico, Brasília – DF; 2002.

16 – Mitre RMA, Gomes R. A Promoção do Brincar no Contexto da Hospitalização Infantil como Ação de Saúde. *Ciência & Saúde coletiva*, 19 (1): 147 – 154; 2004.

17 – Silva LSP, Guimarães AB, Vieira CE, Franck LNS, Hippert MIS. O Brincar como Portador de Significados e Práticas Sociais. *Revista do Departamento de Psicologia – UFF* 2005; 17 (2): 77 – 87.

18 – Motta AB, Enumo SRF. Brincar no hospital:estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Revista Psicologia em Estudo .Maringá* 2004 ; 9 (1) : 19 – 28.

19 – Carvalho AM , Begnis JG. Brincar em Unidades de Atendimento Pediátrico: Aplicações e Perspectivas. *Revista Psicologia em Estudo, Maringá* 2006; 11(1): 109-117.

20 – Mitre RMA. – O Brincar no Processo de Humanização da Produção de Cuidados Pediátricos. pp 283 – 300. In *Humanização dos Cuidados em Saúde Conceitos dilemas e práticas*, SF Deslandes (org.).Editora Fiocruz; 2006.

21 – Teixeira RR. Estudo sobre a Técnica e a Saúde. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo;2003.

22 – Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: e o Caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 15 (2) : 345 –353;1999.

23 – Pettengill MAM, Ângelo M. Vulnerabilidade da Família: Desenvolvimento do Conceito. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2005; 13 (6): 982 – 988.

24 – Pinheiro R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. In Pinheiro R, Mattos RA (orgs). *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro. IMS-UERJ, p. 65-112 ; 2006,

25 – Cohn A , Elias PEM. Equidade e Reformas na Saúde nos anos 90. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 18 (suplemento): 173-180; 2002.

26 – Deslandes SF. O Projeto Ético-Político da Humanização. Conceitos, Métodos e Identidade. Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação 2005; 9 (17): 388-406.

27 – Trezza EMC. Humanização do Atendimento à Criança. Jornal de Pediatria do Rio de Janeiro; 63: 218– 220;1987.

28 – Caprara A, Franco LSA. A Relação Paciente–Médico para uma Humanização da Prática Médica. Cadernos de Saúde Pública, 15: 647-654; 1999.

29 – Casate JC, Corrêa AK. Humanização do Atendimento em Saúde: Conhecimento Veiculado na Literatura de Enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2005; 13 (1) :105-11.

30 – Merhy EE . Em Busca da Qualidade dos Serviços de Saúde: Os Serviços de Portas Abertas para a Saúde e o modelo Tecno-Assistencial em Defesa da Vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In:Cecílio LCO (Org.). Inventando a Mudança na Saúde. São Paulo: Hucitec; 1997.

31 – Ayres JRJM. Cuidado e Humanização das Práticas de Saúde. In SF Deslandes (org.). Humanização dos Cuidados em Saúde. Editora Fiocruz : 49-84; 2006.

32 –Teixeira RR. Humanização e Atenção Primária `a Saúde. Ciência e Saúde Coletiva 2005; 10(3) : 585-597.

33 – Deslandes SF. Análise do Discurso Oficial Sobre a Humanização da Assistência Hospitalar – Ciência & Saúde coletiva 2004 a ; 9 (1):7-14.

34 – Benevides R , Passos E. A Humanização como Dimensão Pública das Políticas de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva 2005;10(3):561-571.

35 – Brasil.Ministério da Saúde. Portaria 568/00. Programa de Humanização ao Pré-natal e ao Nascimento. Brasília; 2000.

36 – Charpak N, Calume ZF, Hamel A. O Método Mãe-Canguru - Pais e Familiares de Bebês Prematuros podem substituir as Incubadoras. Chile: McGraw Hill. Edição Brasileira; 1999.

37 – Lamy ZC, Gomes R, Carvalho M. A Percepção dos Pais sobre a Internação de seus Filhos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Jornal de Pediatria 1997; 5 (73) : 293-98.

38 – Chiattonne HBC. Relato de Experiência de Intervenção Psicológica junto a Crianças Hospitalizadas. Em Angerami-Calmon VA (Org.). Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo no contexto hospitalar; p: 15-27. São Paulo; Traço Editora; 1984.

39 – Duarte ERM, Muller AM, Bruno SMA, Duarte ALS. A Utilização do Brinquedo na Sala de Recuperação: Um Recurso a mais para a Assistência de Enfermagem à Criança. Revista Brasileira de Enfermagem 1987; 40 (1) :74-81.

40 – Guimarães SS. A Hospitalização na Infância. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 4 (2):102-112;1988.

41 – Françani GM, Zilioli D, Silva PRF, Sant'ana RPM; Lima RAG. Prescrição do Dia: Infusão de Alegria. Utilizando a Arte como Instrumento na Assistência à Criança Hospitalizada. Revista Latino-Americana de Enfermagem. V 6, nº 5. Ribeirão Preto. São Paulo;1993.

42 – Lindquist A. A Criança no Hospital: Terapia pelo Brinquedo. Scritta Editorial. São Paulo; 1993.

43 – Doutores da Alegria. Música e Pirueta nas Enfermarias Infantis. Diálogo Médico 1997; 12 (1) : 10 -12.

44 – Morsch DS; Aragão PM. A Criança, sua Família e o Hospital : Pensando Processos de Humanização. pp:235-280. In Deslandes SF (org). Humanização dos Cuidados em Saúde. Conceitos, Dilemas e Práticas. Editora Fiocruz; 2006.

45 – Mattos RA .Os Sentidos da Integralidade; Algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Rio de Janeiro/ABRASCO ; p.39-64; 2006.

46 – Oliveira F. Os Direitos do Antivalor: a Economia Política da Hegemonia Imperfeita. Petrópolis. Editora Vozes; 1998.

47 – Santos MP. Avaliação da Qualidade dos Serviços Públicos de Atenção à Saúde da Criança sob a Ótica do Usuário. Revista Brasileira de Enfermagem 1995; 48 :109-119.

48 – Soares CER. Humanização da Medicina. Anais da Academia Nacional de Medicina 199; 12(159) :53-9.

49 – Viana ALA, Fausto MCR, Lima LD. Política de Saúde e Equidade. São Paulo em perspectiva, 17(1): 58-68; 2003.

50 – Organização Mundial de Saúde. Metas da Saúde para Todos no ano 2000; 1977.

51 – Neri M , Soares W. Desigualdade Social e Saúde no Brasil. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 18 (suplemento): 77 – 87; 2002.

52 – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro; 1998.

53 – Malta DC, Ferreira LM, Reis AT, Merhy EE. Acolhimento - uma Reconfiguração do Processo de Trabalho em Saúde Usuário-centrada. In Campos CR, Malta DC, Reis AT, Santos AF, Merhy EE (orgs). O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte Reescrevendo o Público. São Paulo: Xamã; p.121-42; 1998.

54 – Soar Filho EJ. A Interação Médico-Cliente. Revista de Assistência Médica Brasileira, 44 (1): 35 – 42; 1998.

55 – Pereira MGA, Azevedo ES. A Relação Médico-paciente em Rio Branco/AC sob a Ótica dos Pacientes. Revista Assoc. Méd. Brasileira, 51 (3): 153 – 7; 2005.

56 – Caprara A ; Franco ALS. Relação Médico-paciente e Humanização dos Cuidados em Saúde- pp:85-108. In Humanização dos Cuidados em Saúde Conceitos dilemas e práticas, SF Deslandes (org.). Editora Fiocruz; 2006.

57 – Caprara A, Rodrigues R. A Relação Assimétrica Médico-paciente : Repensando o Vínculo Terapêutico. Ciência & Saúde Coletiva, 9 (1):139-146; 2004.

58 – Fernandes JCL. A Quem Interessa a Relação Médico-Paciente. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro 1993; 9(1): 21-27.

59 – Campos RO. O Encontro Trabalhador-Usuário na Atenção à Saúde: uma Contribuição da Narrativa Psicanalítica ao Tema do Sujeito na Saúde Coletiva. Ciência & Saúde Coletiva, 10(3):573-583; 2005.

60 – Traverso-Yeppez M, Morais NA . Reivindicando à Subjetividade dos Usuários da Rede Básica de Saúde: para uma Humanização do Atendimento. Cadernos de Saúde Pública, 20 (SUPPL 1): 80 – 88; 2004.

61 – Artmann E; Rivera FJU. Humanização no Atendimento em Saúde e Gestão Comunicativa. Pp.85-118. In Deslandes SF (org) Humanização dos Cuidados em Saúde Conceitos, Dilemas e Práticas. Editora Fiocruz; 2006.

62 – Pitta A . Hospital: Dor e Morte como Ofício. Hucitec. São Paulo; 1999.

63 – Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo. Hucitec; 2004.

64 – Pope C, Mays N. Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde. Artmed; 2005.

65 – Birman J. Interpretação e Representação na Saúde Coletiva. Physis, 2 : 7-22; 1991.

66 – Herzlich C. A Problemática da Representação Social e a sua Utilidade no Campo da Doença. Physis. Revista de Saúde Coletiva ; 23 – 26; 1991.

67 – Gomes R, Mendonça EA, Pontes ML. As Representações Sociais e a Experiência da Doença. Caderno de Saúde Pública 2002; 18 (5): 1207–1214.

68 – Minayo MCS. Pesquisa social: teoria , método e criatividade. (org) Editora Vozes. São Paulo; 2002.

69 – Minayo MCS, Souza ER, Constantino P, Santos NC. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In Minayo MCC, Assis SG, Souza ER (Orgs). Avaliação por Triangulação de Métodos. Abordagens de Programas Sociais. Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro; p:71-103; 2005.

70 – Gomes R . Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa ; pp 67-80.In MC Minayo(org.). Pesquisa Social : teoria , método e criatividade. Editora Vozes. São Paulo; 2002.

71 – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde (BR). Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Resolução nº 196/96 – CNS, Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.

72 – Ayres JRJM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciência e Saúde Coletiva 2001; 6(1):63-72.

73 – Silva MJP. O Papel da Comunicação na Humanização da Atenção à Saúde. Bioética 2002; 10 (2): 73-88.

74 – Caprara A. Uma Abordagem Hermenêutica da Relação Saúde-Doença. Cadernos de Saúde Pública 2003; 19 (4):923-931.

75 – Ayres JRJM. Hermenêutica e Humanização das Práticas de Saúde. Revista Ciência & Saúde Coletiva 2005; 10 (3): 549.

76 – Rolim KMC , Cardoso MVLML O Discurso e a Prática do Cuidado ao Recém-Nascido de Risco: refletindo sobre a Atenção Humanizada. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2006; 14 (1) : 82 –92.

77 – Trad LAB. Humanização no Atendimento em Saúde e Gestão Comunicativa. pp:185-204. In Deslandes SF (org) Humanização dos Cuidados em Saúde Conceitos, Dilemas e Práticas. Editora Fiocruz; 2006.

78 – Peduzzi M. 2001. Equipe Multiprofissional de Saúde: Conceito e Tipologia. Revista Saúde Pública 2001; 35 (1): 103 – 9.

79 –Torales-Pereira ML, Sadenberg T,Mendes HWB, Oliveira RA. Comunicação em Saúde: Algumas Reflexões a partir de Pacientes Acamados em uma Enfermaria. Ciência e Saúde Coletiva 2004; 9 (4):1013-1022.

80 – Schramm FR. Cuidados em Saúde da Mulher e da Criança, Proteção e Autonomia . pp39-66. In FR Schramm e M Braz (Orgs.). Bioética e Saúde . Novos tempos para mulheres e crianças. Editora Fiocruz; 2005.

81 –Braga NA. Redes Sociais de Suporte e Humanização dos Cuidados em Saúde. pp: 163-185. In Humanização dos Cuidados em Saúde Conceitos dilemas e práticas,SF Deslandes (org.).Editora Fiocruz; 2006.

82 – Sá Jr. LSM. Evolução no Conceito de Ética Médica. Medicina 2001; 127 : 32-36.

83 – Pinheiro R, Guizardi FL; Machado FRS, Gomes RS. Demandas em Saúde e Direito à Saúde: Liberdade ou Necessidade? Algumas Considerações sobre os Nexos Constituintes das Práticas de Integralidade. Pp. 11 – 31. In Pinheiro R, Mattos RA (Orgs).Construção da Integralidade. Cotidiano, saberes, práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2005.

84 – Mattos RA. Direito, Necessidades de saúde e Integralidade. In Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda. Direito à saúde, trabalho em equipe, participação em espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc, Universidade do Rio de Janeiro/ABRASCO 2005; p.33-46.

ANEXO I

ROTEIRO DE ENTREVISTA:

CÓDIGO: _____

Data: _____

Número da Entrevista: _____

Local: _____

Horário: _____

Duração: _____

Categoria Profissional: _____

Setor em que trabalha: _____

Tempo de Formado: _____

Tempo de atuação em Pediatria: _____

BLOCO 1-CONCEPÇÕES SOBRE AS NECESSIDADES DO USUÁRIO

1- *Quais são as necessidades de saúde dos pacientes/acompanhantes de “classe popular” que são atendidos nesta enfermaria?*

2- *Quais são as necessidades de saúde dos pacientes/acompanhantes de “classe média” que são atendidos nesta enfermaria?*

3- *Você percebe alguma diferença de necessidades se você comparar a clientela de “classe média” com a de “classe popular” que é atendida nesta enfermaria de pediatria?*

BLOCO 2-CONCEPÇÕES SOBRE O PROCESSO COMUNICACIONAL

4- *Você acha que o profissional de saúde está disponível para escutar as necessidades de saúde deste usuário/acompanhante?*

5- *Como você avalia a comunicação entre o profissional de saúde desta enfermaria e o usuário/acompanhante?*

BLOCO 3-REAÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE ÀS TENTATIVAS DE PARTICIPAÇÃO DOS USUARIOS NAS DECISÕES RELACIONADAS AO SEU TRATAMENTO

6- *Você acha que há alguma diferença em lidar com o acompanhante da criança de “classe média” internada nessa enfermaria se compararmos com um acompanhante de “classe popular”?*

7- *Como você se sente quando um acompanhante solicita informações sobre o seu tratamento?Existe alguma diferença quando o paciente pertence à “classe média” ou à “classe popular”?*

8- *Como você se sente quando um acompanhante cobra resolutividade em seu tratamento?Existe alguma diferença quando o paciente pertence à “classe média” ou à “classe popular”?*

ANEXO II

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Fernandes Figueira
Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher
Av. Rui Barbosa 716- 4º andar- Flamengo- Rio de Janeiro -RJ- CEP:22250-020
Telefone: (21) 2553-0052,ramais 5403 e 5404.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAR DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL PÚBLICO ACERCA DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DE CRIANÇAS DA "CLASSE MÉDIA" E DE SEUS ACOMPANHANTES.

Autora: Ana Beatriz Busch Araújo

Orientadora: Dra. Suely Ferreira Deslandes

Objetivo: Analisar como os profissionais de saúde percebem e reagem às "necessidades de saúde" de crianças e acompanhantes de "classe média" em um Hospital Público.

Eu, _____ aceito participar voluntariamente da pesquisa acima mencionada. Estou ciente de que tenho a liberdade para interromper a minha participação da pesquisa a qualquer momento, sem incorrer em nenhuma penalidade e que a minha participação no estudo não envolve gastos financeiros ou qualquer tipo de prejuízo.

Tenho conhecimento da garantia do anonimato que assegura a minha privacidade como participante da pesquisa.

Eu li e entendi todas as informações sobre este estudo e estou ciente de que receberei esclarecimentos em todas as fases da pesquisa e que a pesquisadora, cujos telefones se encontram abaixo se coloca `a disposição para esclarecer eventuais dúvidas.

Nome do entrevistado: _____

Assinatura: _____

Local/data: _____

Nome da Pesquisadora: Ana Beatriz Busch Araújo

Assinatura: _____

Local/data: _____

Telefone para contato: (21)2264-3097

Email: bbusch@unisys.com.br

Endereço: Rua Marechal Marques Porto, n°2/401; Tijuca ; Rio de Janeiro CEP:20270-260.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro
Rua Afonso Cavalcante n°455 / sala 601 - Tel:2293-5549

ANEXO III

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Fernandes Figueira
Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher
Av. Rui Barbosa 716- 4º andar- Flamengo- Rio de Janeiro -RJ- CEP:22250-020
Telefone: (21) 2553-0052,ramais 5403 e 5404.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAR DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL PÚBLICO ACERCA DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DE CRIANÇAS DA "CLASSE MÉDIA" E DE SEUS ACOMPANHANTES.

Autora: Ana Beatriz Busch Araújo

Orientadora: Dra. Suely Ferreira Deslandes

Objetivo: Analisar como os profissionais de saúde percebem e reagem às "necessidades de saúde" de crianças e acompanhantes de "classe média" em um Hospital Público.

Eu, _____, responsável pelo Serviço de Enfermagem do Hospital, autorizo a aluna Ana Beatriz Busch Araújo, da Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, a efetuar a aplicação de questionário a enfermeiros deste serviço para a realização de seu projeto de dissertação de Mestrado.

Esta autorização fica condicionada aos seguintes termos: 1. Os dados coletados e suas conclusões poderão ser obtidos junto ao pesquisador sempre que houver interesse da Instituição; 2. O pesquisador manterá sigilo acerca das informações, resguardando a individualidade dos entrevistados, divulgando apenas o conjunto de dados; 3. A publicação dos resultados da pesquisa só poderá ser feita em publicação científica e divulgados em congressos, simpósios, reuniões científicas, conferências, mesas redondas (nacionais e internacionais) e salas de aula.

Nome do profissional: _____

Assinatura: _____

Local/data: _____

Nome da Pesquisadora: Ana Beatriz Busch Araújo

Assinatura: _____

Local/data: _____

Telefone para contato: (21)2264-3097

Email: bbusch@unisys.com.br

Endereço: Rua Marechal Marques Porto, n°2/401; Tijuca ; Rio de Janeiro CEP:20270-260.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro
Rua Afonso Cavalcante n°455 / sala 601 - Tel:2293-5549

ANEXO IV

Ministério da Saúde

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Fernandes Figueira

Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher

Av. Rui Barbosa 716- 4º andar- Flamengo- Rio de Janeiro -RJ- CEP:22250-020

Telefone: (21) 2553-0052,ramais 5403 e 5404.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAR DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL PÚBLICO ACERCA DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DE CRIANÇAS DA "CLASSE MÉDIA" E DE SEUS ACOMPANHANTES.

Autora: Ana Beatriz Busch Araújo

Orientadora: Dra. Suely Ferreira Deslandes

Objetivo: Analisar como os profissionais de saúde percebem e reagem às "necessidades de saúde" de crianças e acompanhantes de "classe média" em um Hospital Público.

Eu, _____, responsável pelo Serviço de Pediatria do Hospital, autorizo a aluna Ana Beatriz Busch Araujo, da Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, a efetuar a aplicação de questionário a enfermeiros deste serviço para a realização de seu projeto de dissertação de Mestrado.

Esta autorização fica condicionada aos seguintes termos: 1. Os dados coletados e suas conclusões poderão ser obtidos junto ao pesquisador sempre que houver interesse da Instituição; 2. O pesquisador manterá sigilo acerca das informações, resguardando a individualidade dos entrevistados, divulgando apenas o conjunto de dados; 3. A publicação dos resultados da pesquisa só poderá ser feita em publicação científica e divulgados em congressos, simpósios, reuniões científicas, conferências, mesas redondas (nacionais e internacionais) e salas de aula.

Nome do profissional: _____

Assinatura: _____

Local/data: _____

Nome da Pesquisadora: Ana Beatriz Busch Araujo

Assinatura: _____

Local/data: _____

Telefone para contato: (21)2264-3097

Email: bbusch@unisys.com.br

Endereço: Rua Marechal Marques Porto, n°2/401; Tijuca ; Rio de Janeiro CEP:20270-260.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro

Rua Afonso Cavalcante n°455 / sala 601 - Tel:2293-5549