

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL**

SIMONE MEDIANEIRA SCREMIN

**EMERGÊNCIA LOTADA: PERCEPÇÕES DOS RESIDENTES SOBRE O
TRABALHO MULTIPROFISSIONAL**

Porto Alegre

2017

SIMONE MEDIANEIRA SCREMIN

**EMERGÊNCIA LOTADA: PERCEPÇÕES DOS RESIDENTES SOBRE O
TRABALHO MULTIPROFISSIONAL**

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada como requisito parcial para obtenção de grau de Mestre em Ensino na Saúde, ao Programa de Pós - Graduação em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciana Fernandes Marques

Porto Alegre

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Scremin, Simone Medianeira

Emergência lotada: Percepções dos residentes sobre o trabalho multiprofissional / Simone Medianeira Scremin. -- 2017.

120 f.

Orientadora: Luciana Fernandes Marques.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Hospital de Ensino. 2. Serviço de Emergência. 3. Superlotação. 4. Residência. 5. Trabalho Multiprofissional. I. Fernandes Marques, Luciana, orient. II. Título.

ATA AUTENTICADA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde
Ensino na Saúde - Mestrado Profissional
Ata de defesa de Dissertação

Aluno: Simone Medianeira Scremin, com ingresso em 24/04/2015

Título: Emergência lotada: Percepções dos residentes sobre o trabalho multiprofissional

Data: 01/04/2017

Horário: 10:30

Local: Salão Nobre - FAMED

Banca Examinadora	Avaliação	Origem
Cristianne Maria Famer Rocha	Aprovado	UFRGS
Luiz Fernando Calage Alvarenga	Aprovado	UFRGS
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi	Aprovado	UFRGS

Avaliação Geral da Banca: Aprovado com voto de louvor

Data da homologação:

Porto Alegre, 03 de abril de 2017

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde
Av. Ramiro Barcelos, 2400 2º andar - Bairro Santa Cecília - Telefone 51 33085599
Porto Alegre / RS -

Documento gerado sob autenticação nº LAP.931.518.UOQ
Pode ser autenticado, na Internet, pela URL <http://www.ufrgs.br/autenticacao>,
tendo validade sem carimbo e assinatura.

*À Querlei Scremin e Vitória, pela
paciência e companheirismo*

AGRADECIMENTOS

Quando penso em agradecer, não apenas pela conclusão desse trabalho, mas pela minha vida inteira, três pessoas são as primeiras que surgem na minha cabeça: a minha mãe, por ter me ensinado a amar incondicionalmente, ao meu pai por ter sempre estado ao meu lado, por ter investido e acreditado em meu sonho, mesmo achando que era loucura, por me mostrar que com dedicação e trabalho sempre alcançamos nossos sonhos. E a minha irmã Querlei, por acreditar em mim, bem mais que eu acredito! Sem vocês nada seria possível!

Na estrada da vida sempre estiveram comigo me incentivando e acreditando em mim, cada um à sua maneira, mas todos foram fundamentais: a minha família, que mesmo de longe estavam presentes; a minha família de amigos, pelos momentos de alegrias, risadas, companheirismo e afeto, em especial ao grupo das “Soy Mujeres” e aos eternos “Abomináveis”, principalmente por terem compreendido minhas ausências, meu mau humor e irritação.

Ao longo desses dois anos de dedicação ao mestrado várias pessoas foram muito importantes nessa minha conquista. Minha querida e doce orientadora Luciana Marques, que sempre se mostrou compreensiva, afetuosa e permitiu que eu expressasse a minha marca nessa dissertação. Aos residentes que acolheram a minha ideia e me ensinaram a ver a emergência de outro ângulo. A minha inseparável e amada amiga, Juliane Farina. As minhas amigas/colegas de trabalho e da vida Ana Luísa Poersch, Elis Rossi e Rita Prieb, por sempre estarem disponíveis para me escutar e compartilhar seus conhecimentos. A minha chefinha do coração Márcia Ramos, por compreender as minhas ausências e respeitar as minhas escolhas. As colegas da psicologia, por aguentarem as minhas lamentações, reclamações e cansaço.

Obrigada a todos que fizeram e fazem parte da minha história...

*Não é sobre chegar no topo do mundo
E saber que venceu
É sobre escalar e sentir
Que o caminho te fortaleceu
É sobre ser abrigo
E também ter morada em outros corações
E assim ter amigos contigo
Em todas as situações*

Ana vilela

Minha esperança é que já que o futuro é incerto e indefinido, ele pode justamente ser melhor. No fundo meu sentimento profundo é que sou um pedacinho temporário numa gigantesca aventura que é a da humanidade, que começou a milhões de anos quando um primata virou bípede. Sinto que faço parte dessa totalidade e isto me leva a frente e me sinto dentro dessa aventura e quero dar a minha pequena contribuição e isso me encoraja. Não tenho só esperança tampouco desespero, mesmo que saiba que a vida é ao mesmo tempo magnífica e trágica.

Edgar Morin

RESUMO

A superlotação dos serviços de emergência em hospitais gerais é notícia constante nos mais diversos meios de divulgação. O trabalho desenvolvido no setor que atende acima da sua capacidade é difícil e rodeado de tensão. Os profissionais que atuam nos Serviços de emergência, bem como, nos hospitais de ensino, em função da exigência e das dificuldades encontradas, precisam ter identificação profissional e motivação para o trabalho. Refletir sobre essa realidade é a principal missão desse trabalho. O cenário escolhido para o estudo foi o Serviço de Emergência de um Hospital de Ensino, que além de prestar um atendimento de excelência, tem por objetivo oferecer treinamentos em serviço para acadêmicos e residentes. A ideia do estudo foi compreender os processos e dados de realidade que permeiam o Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, a partir da percepção dos residentes sobre a superlotação e propor estratégias educativas e psicoeducativas, que auxiliem a equipe na melhor condução dos casos atendidos. Para dar conta da complexidade deste cenário, nos aventuramos a trilhar pelo caminho da cartografia como método de pesquisa-intervenção. Iniciamos o percurso descrevendo o cenário que servirá de campo de análise, aspectos relacionados a sua história, estrutura física, bem como, as especificidades do Serviço de Emergência. Ao longo do texto apresentamos uma breve revisão histórica da criação do hospital e do hospital-escola e sobre os serviços de emergências e urgências hospitalares, focalizando na questão da superlotação, o pano de fundo desse trabalho. Ao final da parte teórica há um apanhado sobre questões relacionadas à modalidade de aprendizagem através da formação em serviço, ou seja, as residências médicas e multidisciplinares. Acionamos a investigação a partir de dois encontros realizados com os residentes do Serviço de Emergência, contamos com a participação dos residentes do primeiro ano da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde e da Residência em Medicina de Emergência. Participaram da pesquisa todos os residentes que permanecem por, no mínimo, um ano no Serviço de Emergência, totalizando dez residentes, sendo sete da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, ênfase Adulto Crítico e três da Residência em Medicina de Emergência. Estimulado pelo processo de análise e o discurso dos residentes constatamos que o trabalho desenvolvido no Serviço precisa ser realizado de forma coletiva, reforçando a importância de cada vez mais se fortalecer o trabalho interprofissional, assim como, investir na construção de atendimentos que levem em conta a humanização e a integralidade do cuidado. A expectativa é que este trabalho possa servir de estímulo para uma mudança de paradigma pedagógico através de ações educativas e psicoeducativas que possam trazer benefícios à qualidade da assistência prestada ao paciente, tanto a fornecida pela equipe contratada pela instituição quanto pelos estudantes que estão ali para se capacitarem, através da formação em serviço.

Palavras-Chave: Hospital de Ensino, Serviço de Emergência, Superlotação, Residência, Trabalho Multiprofissional

ABSTRACT

The overcrowding situation in general hospitals' medical emergency services is constantly in the news in many media resources. The work developed in a sector that operates above its normal capacity is difficult and surrounded by tension. The staff who work in emergency services as well as in teaching hospitals need to have professional identification and work motivation due to the demands and difficulties found in these environments. The main objective of the present work is to reflect on this reality. The chosen scenario for this study was the Emergency Service of an educational hospital, which besides offering excellence in patient care services, has the objective of offering in-service training to residents and interns. The idea of the study was to understand the processes and reality data that permeate through Hospital de Clínicas de Porto Alegre's Emergency Service from the perception of residents on overcrowding. As well as to propose educative and psycho-educative strategies, that could help teams in the best possible conduct with the attended cases. To help us understand this complex scenario, we used the cartography method of research-intervention. We started this trajectory describing this scenario that will serve as an analysis field; history related aspects, physical structure, as well as the Emergency Service specificities. Throughout the study, we present a brief historical review of the hospital and teaching hospital creation and the emergency and urgency services, focusing on the overcrowding situation, which is the backdrop of this study. At the end of the theoretical chapter there is a brief overview related to in-services training modality, namely medical and multidisciplinary residences. The investigation originated from two meetings with the Emergency Service residents. We had the collaboration of the first year residents of the Multidisciplinary Integrated Residency and the Emergency Medical Residency. All residents who participated in the study worked for a minimum of one year in the environment, giving a total of ten residents. Seven of which were from the Multi-professional Residence with emphasis in adult critical care, and three Medical Emergency residents. Stimulated by the analysis process and the residents' dialogs, we recognised that the work developed in the Emergency Service needs to be accomplished collectively, reinforcing the relevance of strengthening the inter-professional work as well as investing in patient care that prioritises humanization and integrated care. The expectation of this work is to serve as an incentive for a pedagogic paradigm shift through psycho-educational and educational actions and that it can bring benefits to the quality of care given to patients, as much for the care provided by the team contracted by the institution as for the students who are there to train through practical experience.

Key words: Teaching Hospital, Emergency Service, Overcrowding, Residence, Multi-professional Work

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: ESTRUTURA DO HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE.....	19
TABELA 2: NÍVEIS DE ENSINO DOS ALUNOS VINCULADOS DO HCPA.....	20
TABELA 3: NÚMERO DE ALUNOS CONFORME NÍVEL DE ESPECIALIDADE.....	21
TABELA 4: TEMPO DE ESPERA PARA ATENDIMENTO MÉDICO CONFORME CLASSIFICAÇÃO.....	22
TABELA 5: ENCAMINHAMENTOS PROPOSTOS PELOS RESIDENTES.....	81

LISTA DE SIGLAS

AMB - Associação Médica Brasileira

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CFM - Conselho Federal de Medicina

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNRM - Comissão Nacional de Residência Médica

CNRMS - Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde

COMPESQ - Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais

Ebserh - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

FAMED - Faculdade de Medicina

Fideps - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa
Universitária

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

HE - Hospitais de ensino

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

IES - Instituição de Ensino Superior

JCI - Joint Commission International

MEC - Ministério da Educação

PHAS - Política de Humanização da Assistência à Saúde

QualiSus - Programa de Qualificação da Atenção hospitalar de Urgência no Sistema
Único de Saúde

RIMS - Residência Integrada Multiprofissional em Saúde

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SEH - Serviços de Emergência Hospitalar

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1	A PREPARAÇÃO DO CAMPO DE PLANTIO: SOBRE AFETAR E SER AFETADO	13
2	CONTEXTO EM QUE O CAMPO ESTÁ INSERIDO	19
3	QUESTÕES QUE INQUIETAM	23
4	BASES TEÓRICAS DESTE MOVIMENTO	25
4.1	Breve história do hospital: Onde tudo começou	25
4.2	Hospital Escola: de onde viemos e para onde vamos?	27
4.3	O Serviço de Emergência em hospital geral: padronização, superlotação, excelência	32
4.4	Residências profissionais na saúde: a inserção no mundo do trabalho	39
5	APRENDENDO A PLANTAR, PLANTANDO	47
6	O PERCURSO DA COLHEITA: TRAÇANDO O CAMINHO	52
6.1	Objetivo geral	52
6.2	Objetivos específicos	52
7	A COLHEITA PROPRIAMENTE DITA	53
8	OS FRUTOS DA COLHEITA PELA POTÊNCIA DOS ENCONTROS	55
9	ORGANIZANDO OS FRUTOS	61
9.1	Sobre o Serviço de Emergência do HCPA.....	61
9.2	Sobre a Residência o Ensino e a formação em serviço	70
9.3	Sobre a (falta de) Comunicação entre a equipe	76
10	AVALIANDO O PERCURSO E VISLUMBRANDO NOVOS INÍCIOS	83
	REFERÊNCIAS	90
	APÊNDICES:	100
	Apêndice A - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	100
	Apêndice B - Roteiro do grupo focal.....	102
	Apêndice C - Principais assuntos abordados no 1º Encontro e que poderiam servir de estímulo a discussão do 2º Encontro.....	103
	Apêndice D - Estratégias pedagógicas possíveis.....	104
	ANEXOS:	110
	ANEXO A - PARECER DA COMPESQ	111

ANEXO B - PARECER DO CEP UFRGS	113
ANEXO C - PARECER DO CEP HCPA	117

1 A PREPARAÇÃO DO CAMPO DE PLANTIO: SOBRE AFETAR E SER AFETADO

Optamos por iniciar o nosso trabalho de uma maneira diferente, que estivesse mais alinhado com a trajetória profissional e com os passos que antecederam a confecção da pesquisa. Nos permitimos a elaborar uma introdução narrativa, em primeira pessoa¹ que contasse um pouco a minha história profissional e a incursão enquanto aprendiz do método cartográfico. De certa forma me senti afetada pelo que escreveu Laura Pozzana no capítulo “A formação do cartógrafo é o mundo: corporificação e afetabilidade” do livro “Pistas do método da cartografia: a Experimentação da pesquisa e o plano comum - volume 2”:

Cartografar é conectar afetos que nos surpreendem e, para tanto, na formação do cartógrafo é preciso ativar o potencial de ser afetado, educar o ouvido, os olhos, o nariz para que habitem durações não convencionais, para além da sua função sensível trivial, ativando algo de suprassensível, dimensão de virtualidade que só se amplia à medida que é exercitada (POZZANA, 2014, p. 63).

Quando resolvi fazer o Mestrado Profissional Ensino na Saúde na UFRGS, o que mais me motivava nessa modalidade de formação era poder pensar em algum estudo que permitisse dar um retorno efetivo para minha prática profissional, ou seja, melhorar a assistência prestada ao paciente, especialmente no setor em que trabalho. Sou psicóloga, trabalho atualmente no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e há quatro anos sou responsável pelos atendimentos psicológicos no Serviço de Emergência, tendo uma vasta experiência em atendimentos de emergência, o que me permite dizer que me dedico à assistência hospitalar de emergência há quase dez anos. Sou uma profissional da prática, adoro atuar, adoro trabalhar na assistência e gostaria de contribuir na qualificação dos serviços prestados ao paciente através de um estudo mais aprofundado sobre as questões que me desacomodam. Desde que iniciei na emergência do HCPA, meu foco tem sido minimizar o sofrimento dos pacientes, tornar a permanência na emergência o menos traumática e sofrida possível, e tenho investido nisso incansavelmente.

¹ Durante o trabalho o leitor irá perceber que ora utilizo a primeira pessoa do singular, ora a primeira pessoa do plural. Embora isso, num primeiro momento possa parecer confuso, isso está diretamente relacionado a metodologia cartográfica, que se pronuncia através do coletivo de forças. Desta forma, os sujeitos envolvidos com a pesquisa, seja a orientadora, os residentes, os meus colegas de trabalho e até mesmos os autores estudados escreveram e produziram os textos/dados/analises/reflexões junto comigo.

Quando iniciei minha atuação neste local, tinha uma visão distorcida e viciada da emergência, imaginava que encontraria muitos pacientes que não necessariamente estivessem lá por uma complicação clínica grave, mas sim, porque ali teriam disponíveis recursos tecnológicos e técnicos (tecnologias duras, leves-duras e leves)² de forma imediata. Na emergência eles poderiam ter acesso, em pouco tempo, a exames e especialistas de diferentes áreas, ao contrário das unidades básicas de saúde que levariam meses ou anos para acessar os mesmos recursos. Teóricos como Santos e Santo (2014); Casarotto et al. (2012); Sá; Carreteiro; Fernandes (2008); Deslandes (2002) confirmam essa afirmativa, porém, me deparei com outra realidade no meu cenário de atuação. Os pacientes que ali estavam não preenchiam essas características e estavam realmente necessitando de atendimento de emergência. Não podíamos mais pensar na emergência como sendo uma “sala de espera de todos os problemas sociais” (ROMANO, 1999). Desta forma, tive que repensar o que havia aprendido na teoria, pois no Serviço de Emergência não estávamos lidando com pacientes com problemas psicossociais e sim com pacientes com queixas orgânicas que necessitavam de atendimento emergencial.

A emergência é um espaço ansiogênico por natureza. Nenhuma pessoa procura o serviço se realmente não precisa, pois ninguém se submete àquela realidade sem ter uma justificativa real. Dessa forma, minha primeira opção foi, através dessa pesquisa, tentar conhecer esses pacientes, ou seja, escutá-los. Queria compreender como eles percebem o serviço de emergência, porque eles se tornam tão crônico-críticos que precisam procurar uma emergência superlotada? Eu tinha várias perguntas que gostaria de fazer a esses pacientes, que pudessem me auxiliar nessa análise. Mas, mais uma vez a teoria foi sucumbida pela prática e a realidade do contexto da emergência se impôs sobre a minha visão do que seria ideal para a pesquisa. A emergência tornou-se ainda mais lotada, tínhamos dificuldade em conseguir atender aos pacientes naqueles espaços tão restritos, estávamos atendendo, em média, três vezes acima da nossa capacidade instalada.

Assim como todos os profissionais, nós da psicologia (e nisso eu estava inserida) atendíamos em todos os lugares possíveis: nos corredores, nas macas (quase atendimento coletivo, pois as macas eram grudadas umas nas outras), na sala

²De acordo com Merhy (2002), as tecnologias leves são as que compõem o processo de trabalho relacional, tecnologias duras são os instrumentos e equipamentos tecnológicos e as leve-duras estão relacionadas ao conhecimento técnico, englobando tanto a relação quanto os instrumentos

de procedimentos, de exames, no conforto médico, tínhamos que ser criativas para conseguir dar conta dos atendimentos, não tínhamos consultórios disponíveis e quando tínhamos, eram usados para prestar uma assistência mais digna ao paciente.

Ao deparar com essa realidade, pensava: como ter um espaço adequado para realizar as entrevistas individuais da pesquisa? Como ocupar um consultório por 60 minutos para realizar entrevistas, deixando o paciente sem atendimento, sem poder amenizar o seu sofrimento? Isso fez com que eu congelasse: o que eu faria? E a ideia de melhorar a assistência, como ficaria? Como compreender os motivos dos pacientes procurarem a emergência? Como seria meu campo investigativo?

Mais uma vez tive que me reinventar, pensar em alternativas para colocar em prática o que eu gostaria de estudar que estivesse minimamente de acordo com o ambiente em estudo e seus problemas, no caso, a superlotação. Decidi, então, mudar o público alvo, considerando que seria mais viável eu entrevistar os residentes, que são aqueles profissionais que estão menos “viciados” com a rotina do serviço de emergência e que também escolheram, assim como eu, dedicar-se ao setor da emergência. Obviamente me identifico com eles, pois vejo neles um pouco do meu desejo de poder fazer diferente, de poder mudar a realidade do serviço de emergência e de estar permanentemente em formação, aprendendo cotidianamente no e com o serviço.

Dessa forma, tracei um plano de realizar dois grupos focais com os residentes da emergência, com os residentes médicos e com a residência multiprofissional. Senti-me mais aliviada quando consegui traçar uma proposta de intervenção que seria viável/possível e mais adequada ao contexto do serviço. Meu grande aprendizado da emergência tem sido o fato de almejar fazer o “possível” dentro daquela realidade, que jamais será o ideal, mas que será o melhor que podemos oferecer.

Discuti com vários colegas, com a orientadora, com as minhas chefias, planejei várias vezes a execução, alterei várias outras vezes, até chegar a um formato que considerava viável. Continuo querendo melhorar a assistência ao paciente, dentro da nossa realidade, ou seja, a realidade da superlotação. Considero que a superlotação é um problema de saúde pública, que precisa urgentemente ser pensado pelos gestores de todos os níveis governamentais e técnicos, mas o que o dia a dia nos mostra é que a saúde pública no Brasil está cada vez pior, então, como lidar com essa realidade que está posta?

Depois de ter traçado o plano de ação e construir uma metodologia de pesquisa, o próximo passo era convidar os residentes a participarem da pesquisa. Metodologicamente tinha previsto convidar todos os residentes do primeiro ano da Residência Integral Multiprofissional em Saúde (RIMS), ênfase adulto crítico, e todos os residentes da Residência em Medicina de Emergência, que estava acontecendo pela primeira vez no HCPA.

Sou preceptora da RIMS e isso me coloca numa posição muito confortável em relação aos residentes dessa modalidade, pois conheço bem o seu itinerário e o convite que faria a eles se daria de forma bastante tranquila. Porém, com os residentes da Medicina de Emergência não tinha a mesma afinidade. Quem eram eles? Onde estavam? Naquele mar de pacientes ainda existe um mar de profissionais, que também parecem perder a sua identidade quando colocam o jaleco branco e ficam todos iguais. Então, como diferenciar residentes de contratados? Por onde começar? Obviamente não conheço todos os profissionais e muito menos todos os residentes. Estamos falando de mais de 200 profissionais que atendem na emergência do HCPA.

Várias foram às estratégias traçadas para conseguir compreender um pouco sobre o funcionamento dessa residência. Conversei com a chefia médica, que explicou brevemente como estava organizado o itinerário dos residentes, que se dividiam entre a emergência do HCPA e a do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre e assim obtive o nome de três residentes da emergência. Embora com todas essas informações em mãos, não consegui encontrar com os residentes pessoalmente de maneira casual. Achei melhor mudar de estratégia e planejei convidá-los antes do início da aula teórica, que acontece quinzenalmente na emergência, informação essa que tinha conseguido com um dos médicos contratados. E assim fiz: confeccionei os convites como se fosse uma carta, em envelopes individuais, contando os objetivos da pesquisa, com a data e a hora previamente pensada para os encontros, meu plano era entregar em mãos aos residentes. Combinei com o professor da aula sobre a minha participação e fui para a sala antes do início da atividade.

Como a chefia do serviço tinha me falado em três residentes e eu sabia que havia outras especialidades médicas (Medicina Interna, Ginecologia e Cirurgia Geral) com residência, pensei que teríamos um público de aproximadamente seis residentes. Fiquei ansiosa e insegura, pois não sabia como eles reagiriam, se me receberiam de forma positiva ou com desdém (peculiaridades das relações interprofissionais no

hospital), afinal não tinham nenhum vínculo comigo. Com alguns eu já havia trabalhado em função do atendimento a pacientes, mas rapidamente e de forma pontual.

Ao chegar à sala me apresentei para cinco residentes que estavam presentes e iniciei a explicação sobre a minha participação naquele momento, pensando que o público já estivesse praticamente completo. Porém, uma das residentes sugeriu que eu esperasse o restante do grupo, pois a sala ficaria lotada (a sala comporta umas 30 pessoas). Mais uma vez, fui traída pela minha imaginação. Para minha surpresa, tínhamos em torno de 25 residentes atuando na emergência, que eu nem sabia que existiam, tive que novamente me reinventar, improvisar e tentar aproveitar essa situação a favor do trabalho.

Expliquei aos residentes que a minha ideia seria apenas convidar os residentes do primeiro ano da Medicina de Emergência a participar de um grupo focal para conversarmos sobre a emergência que era o tema da minha dissertação de mestrado. Percebi que aquele não seria o melhor dia para convidar oficialmente os residentes, então apenas me detive a explicar os objetivos da minha pesquisa e combinei que conversaria individualmente sobre o interesse e disponibilidade deles em participar.

Para minha surpresa, após esse encontro, conquistei uma importante aliada para a minha pesquisa. Uma residente acolheu a minha ideia e me ajudou com o convite junto aos seus colegas, tornando tudo muito mais prazeroso e tranquilo. Daquele momento em diante comecei a confiar que faria um bom trabalho. E como diz Suely Rolnik, confiança como modo de subjetivação é:

Amparar o outro na queda: não para evitar que caia, nem para que finja que a queda não existe ou tente anestesiá-lo os seus efeitos, mas sim para que possa entregar-se ao caos e dele extrair uma nova existência. Amparar o outro na queda é confiar nessa potência, é desejar que ela se manifeste. Essa confiança fortalece, no outro e em si mesmo, a coragem da entrega (ROLNIK, 1994, p.8)

Iniciaremos o nosso percurso descrevendo o cenário que servirá de campo de análise, aspectos relacionados a sua história, estrutura física, bem como, especificidades do Serviço de Emergência serão abordados. Como auxílio da análise e interpretação dos dados, ao longo da confecção deste trabalho, será apresentada uma breve revisão histórica da criação do hospital e do hospital-escola e sobre os serviços de emergências e urgências hospitalares, focalizando na questão da

superlotação, o pano de fundo desse trabalho. Ao final da parte teórica há um apanhado sobre questões relacionadas à modalidade de aprendizagem através da formação em serviço, ou seja, as residências médicas e multidisciplinares.

E por fim, o início da aventura em justificar a metodologia cartográfica da pesquisa, bem como analisar os acontecimentos singulares e coletivos que nos atravessaram ao longo do processo. Buscamos conseguir nos experimentar e agir assim como adverte Lazzarotto (2012, p. 102):

Não se assuste e não assuste os devires que a potência do experimentar produzem. O laboratório está em você. Experimente-o sem sair do lugar. Ande com o pensamento e percorra os afetos que lhe tocam ao pesquisar. Encontre um modo de expressão para percorrer essas passagens de sentido e, ao invés de prender-se nas constantes de uma linguagem guiada pelo padrão, insista nas variações que buscam um estilo. Não se está buscando algo já dado, deseja-se exatamente o que está sendo inventado.

2 CONTEXTO EM QUE O CAMPO ESTÁ INSERIDO

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) foi idealizado, no início do século XX, por um grupo de professores da Faculdade de Medicina, que tinham o sonho de construir um hospital-escola que pudesse servir de aliado a assistência à população. Após várias dificuldades para a efetivação do projeto, o sonho tornou-se real em 1970, com a criação da Lei 5.604 que tornou o HCPA uma Empresa Pública de Direito Privado, subordinada ao Ministério da Educação e vinculada academicamente à UFRGS (HCPA, 2017). Ocupa até hoje uma posição de destaque no cenário nacional, como um dos melhores hospitais do Brasil, reconhecido por sua excelência no atendimento de alta complexidade, na formação de recursos humanos e na produção de conhecimento, técnicas e inovação tecnológica (HCPA, 2017).

O modelo de gestão do HCPA serviu como parâmetro para a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), que busca qualificar a estrutura e os processos de todos os hospitais universitários da rede do Ministério da Educação (MEC). Além disso, conquistou em 2013, a certificação oferecida pela Acreditação Internacional da Joint Commission International (JCI) que representa a adequação a padrões internacionais de atendimento, gestão, infraestrutura e qualificação profissional, com foco na qualidade e segurança de pacientes e profissionais (HCPA, 2017).

O HCPA possui atualmente dois prédios sob a sua responsabilidade, separados espacialmente. O primeiro e mais antigo, localizado na Rua Ramiro Barcelos e o segundo, conquistado em 2011, localizado na Rua Álvaro Alvim, este destinado a atender pacientes dependentes químicos e como retaguarda do Serviço de Emergência. As suas instalações estão distribuídas da seguinte forma:

Tabela 1: Estrutura do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

	continua
Área física construída (Ramiro Barcelos)	128.339,36 m ²
Área física construída (Unidade Álvaro Alvim)	10.617,96m ²
Internação (Ramiro Barcelos)	652 leitos
Internação (Unidade Álvaro Alvim)	50 leitos
Centros de Tratamento Intensivo	87 leitos
Emergência	49 leitos
Centro de Pesquisa Clínica	6

	conclusão
Salas de Centros Cirúrgicos	39
Consultórios	199
Outras áreas de atendimento ambulatorial	59
Recreação	5 salas
Casa de Apoio	54 vagas
Creche	280 vagas
Auditórios	9
Anfiteatros	2
Salas de aula	39

Fonte: HCPA (2017)

O corpo funcional do HCPA conta com 6.133 funcionários e 429 docentes vinculados à UFRGS, dados de 2015 (HCPA, 2017). Além disso, possui um número expressivo de estudantes de diferentes níveis de ensino da área da saúde, sendo considerada uma instituição que privilegia a formação, por dispor de corpo docente qualificado, aliado a uma estrutura diferenciada que busca formar profissionais que façam a diferença no futuro e contribuam de modo decisivo para a sociedade (HCPA, 2017).

Tabela 2: Níveis de ensino dos alunos vinculados ao HCPA

Nível de Ensino	Números de 2015
Graduação	1.548
Mestrado	618
Doutorado	953
Estágios	666
Residência médica	505
Residência Multiprofissional	70

Fonte: HCPA (2017)

O campo de análise deste trabalho será o Serviço de Emergência desta instituição, localizado no andar térreo com aproximadamente 1,4 mil metros quadrados de ocupação. As atividades deste Serviço iniciaram em 1976 e, desde então, atende a vários níveis de complexidade nas áreas clínica, pediátrica, cirúrgica e ginecológica, sendo constituído como porta de entrada hospitalar para atendimento de pacientes graves com risco de vida. Pertence à Rede Municipal de Atenção às Emergências e Urgências, tendo interface com a rede interna e externa da Instituição (HCPA, 2017).

O Serviço também oferece treinamento para acadêmicos e residentes dos programas de residência do próprio HCPA de diversas áreas médicas (Clínica Médica,

Pediatria, Ginecologia, Cirurgia Geral e Medicina de Emergência) e da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde – Ênfase Adulto Crítico (RIMS).

Tabela 3: Número de alunos conforme nível de especialidade

Nível de Ensino	Especialidade	Números
Graduação	Medicina Interna	14
Graduação	Ginecologia	2
Graduação	Pediatria	1
Graduação	Cirurgia Geral	1
Residência Médica	Medicina Interna	4
Residência Médica	Ginecologia	2
Residência Médica	Pediatria	2
Residência Médica	Cirurgia Geral	2
Residência Médica	Medicina de Emergência	3
RIMS	Enfermagem	1
RIMS	Farmácia	1
RIMS	Fisioterapia	1
RIMS	Fonoaudiologia	1
RIMS	Nutrição	1
RIMS	Psicologia	1
RIMS	Serviço Social	1

Fonte: HCPA, Intranet (2017)

O Serviço de Emergência do HCPA é dividido em seis setores: Acolhimento com avaliação e classificação de risco; Unidade de Observação Pediátrica; Unidade de Observação Verde; Unidade de Observação Laranja; Unidade Intermediária e Unidade Vascular. É referência para atendimento nas linhas de cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), contando com leitos de terapia intensiva (Unidade Vascular) para o cuidado do paciente crítico (HCPA, 2017).

O atendimento aos pacientes é realizado através do acolhimento com classificação de risco, conforme preconizado pela Política Nacional de Humanização que busca “refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços” (BRASIL, 2004a, p.13). Essa mudança é uma estratégia de manejo num contexto de superlotação.

O Serviço utiliza como metodologia de classificação de risco a Escala de Manchester, que de acordo com Souza (2016, p. 40), “estratifica em cinco os níveis de gravidade, de acordo com a queixa principal apresentada pelo paciente, no momento da avaliação, na chegada ao serviço de urgência”. Associado a queixa principal são verificados os sinais vitais do paciente, breve histórico dos sintomas e se esteve internado em algum hospital nos últimos noventa dias.

Tabela 4: Tempo de espera para atendimento médico conforme classificação

Nome	Cor	Tempo de resposta máximo
Emergente	Vermelho	0
Muito urgente	Laranja	10 minutos
Urgente	Amarelo	60 minutos
Pouco urgente	Verde	120 minutos
Não urgente	Azul	240 minutos

Fonte: CORDEIRO JÚNIOR; MAFRA, 2010 (apud SOUZA, 2016).

Desta forma, os pacientes mais graves são atendidos com prioridade em relação aos pacientes de menor gravidade, independente do horário de chegada (HCPA, 2017). O objetivo dessa Escala é auxiliar o profissional que realiza a classificação, geralmente o enfermeiro, a categorizar a queixa/apresentação particular do paciente em prioridade clínica, conforme o nível de prioridade para atendimento (Tabela 4) (SOUZA, 2016).

Desde 2013, o Serviço de Emergência participa de um projeto piloto da Secretaria Municipal de Saúde intitulado “Paciente Certo no Lugar Certo” que tem como objetivo racionalizar o fluxo dos atendimentos de urgência e emergência e tornar os serviços mais rápidos e eficientes. Desta forma, os pacientes recebem no acolhimento da instituição o direcionamento de acordo com a gravidade do seu caso. Situações de risco de vida permanecem sendo atendidos na Emergência de forma ágil e os pacientes que necessitam de assistência de menor complexidade são encaminhados aos Prontos Atendimento e Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo disponibilizado transporte a esse paciente caso não tenha condições de se deslocar (PMPA, 2013).

Em que pese todo o investimento para melhorar a assistência prestada ao paciente no Serviço de Emergência, esta unidade mantém como uma de suas principais características a superlotação, uma vez que atende, em média, três vezes acima da sua capacidade (previsto pelo Ministério da Saúde 49 leitos, porém atende em torno de 150 pacientes), gerando um número bastante elevado de demandas para todos os profissionais que ali trabalham ou que estão em processo de formação (HCPA, 2017a).

3 QUESTÕES QUE INQUIETAM

Os Serviços de Urgência e Emergência continuam sendo eleitos como a principal porta de entrada pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em função da legitimidade desses Serviços perante a população (CECÍLIO, 1997). Uma pesquisa recente realizada por Freire et al. (2015) apontou que os usuários procuram os Serviços de emergência e urgência por acreditarem que seus sintomas se configuram como uma situação de urgência e emergência, apesar de não ser considerado pela equipe médica como uma situação de agravo à saúde com risco iminente de vida. Além desse motivo, as autoras identificaram, como justificativa para a procura de atendimento nesses locais, a localização (próxima da residência ou local de trabalho), a acessibilidade do horário, a resolutividade da equipe e dos recursos disponíveis no local, bem como outras características que serão detalhadas na parte teórica deste trabalho.

Sabemos que uma das mais importantes estratégias para minimizar a superlotação das emergências é o trabalho em rede, principalmente com os Serviços de Atenção Primária, que também são caracterizados como portas de entrada do SUS. Evidentemente, compreendemos a grande dificuldade em operacionalizar este tipo de trabalho e as deficiências dos Serviços de Atenção Primária e Secundárias. Principalmente, como afirmam Casarotto et al. (2012), a forma como está estruturada a rede de atenção básica não consegue comportar de maneira total e adequada a demanda da população e, desta forma, o modelo de atendimento preconizado pelo SUS como integral fica deficitário, pois o sistema não consegue ser resolutivo em todos os níveis de atenção necessários.

Entretanto, para buscar a viabilidade desta estratégia, torna-se necessário pensar no conceito de rede que Emerson Merhy propõe quando reflete sobre o processo de trabalho em saúde. O autor coloca que a gestão das redes que constituem a produção da saúde deve ser feita pelos seus próprios protagonistas, o que dá um caráter autogestionário ao sujeito (MERHY, 2002). Acreditamos, assim como ele, que a autogestão é uma importante ferramenta para se trabalhar na saúde, justamente porque neste modelo, o trabalho vivo, em ato, tem forte presença nos processos produtivos, operando sobre altos graus de liberdade e comprometimento do indivíduo e melhorando a aderência terapêutica (CECÍLIO; MERHY, 2003). E nos

perguntamos: Como é possível produzir saúde de uma maneira integral e estimularmos o protagonismo do sujeito a partir da complexidade de um Serviço de emergência?

Como veremos em mais detalhes na parte teórica desse trabalho, existem legislações, como, por exemplo, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência e a Política Nacional de Atenção às Urgências que tencionam, as instituições e os próprios trabalhadores, a terem uma visão mais pluralista dos casos atendidos nas emergências, da importância da intervenção multi/interdisciplinar que possa compreender o sujeito na sua integralidade, promovendo uma melhor qualidade de vida, bem como, respeitando e encorajando a capacidade do paciente para fazer escolhas.

A expectativa é que este trabalho possa dar luz a esses entendimentos, a partir da complexidade das questões envolvidas, fortalecer o trabalho multiprofissional, assim como auxiliar na humanização e na integralidade dos atendimentos prestados no Serviço de Emergência do HCPA, caracterizando, então, os objetivos desta cartografia.

A partir da nossa colheita será confirmado se há necessidade e qual a direção de uma mudança de comportamento dos residentes e dos trabalhadores. O que se observa no dia-a-dia do trabalho no hospital é que a equipe multiprofissional precisa investir e se preocupar ainda mais com as dimensões do cuidar e proteger, influenciando o paciente a assumir uma posição de protagonismo, autonomia e corresponsabilização pelo seu tratamento, implicando-se na construção de seu processo de saúde. Ao final deste trabalho será apresentado como produto desta dissertação, uma proposta de intervenção multiprofissional, a partir da visão dos residentes, com o objetivo de traçar estratégias educativas e psicoeducativas que possam auxiliar na melhor condução dos casos e melhorias no ambiente de trabalho do Serviço de emergência.

4 BASES TEÓRICAS DESTE MOVIMENTO

4.1 Breve história do hospital: Onde tudo começou

Iniciaremos o nosso percurso trazendo um pouco da história do surgimento do hospital, pois consideramos fundamental saber como se deu a sua construção, quais eram seus objetivos e suas finalidades, permitindo fazer uma análise dos aspectos que foram alterados ao longo do tempo e observar o quanto, mesmo nos dias de hoje, existem fantasmas, memórias enraizadas, que justificam certos comportamentos tanto dos trabalhadores quanto dos usuários.

O hospital como local para tratamento de doentes e com fins terapêuticos surgiu no final do século XVIII. Até então, os nosocômios eram instituições destinadas à separação e exclusão social e abrigavam sujeitos que desviavam do padrão social aceitável para a época (pobres, prostitutas, vadios, etc.), dentre eles estavam os pacientes (sujeitos doentes). Esse local tinha um importante papel na transição entre a vida e a morte. Detinham-se muito mais à salvação espiritual do que à cura ou ao tratamento de doenças e os responsáveis pelo cuidado dos pacientes eram pessoas caridosas, religiosas ou leigas, que buscavam a salvação eterna (NETO et al., 2012; FOUCAULT, 1993).

A função terapêutica do hospital iniciou apenas no final do século XVIII, associada às alterações sociais e econômicas advindas da primeira Revolução Industrial. A população começou a se dar conta do quanto o hospital vigente era mais um local de proliferação de doenças do que de tratamento ou cura e que isso deveria ser reparado. Não era mais aceitável que os hospitais fossem considerados morredouros. Desta forma, deu-se início a uma nova configuração hospitalar, havendo um maior investimento na modernização das dependências hospitalares e numa prática médica de cura de doenças (FOUCAULT, 1993). Ao que parece, o foco passou a ser a doença e não ainda o doente ou mesmo o desenvolvimento de saúde. Somente muito mais tarde esses conceitos apareceriam. Como bem coloca Neto et al. (2012, p. 582): “Esse novo arranjo social, mais distanciado dos preceitos religiosos, propicia parte das condições para que a instituição hospitalar gradativamente se constitua em um espaço de estudos, investigação, tratamento e formação médica”.

A partir deste momento, os espaços destinados a essas instituições começaram a ser repensados, tanto do ponto de vista geográfico (localização) quanto da distribuição dos pacientes em seu interior, pois acreditava-se que a ordenação do hospital poderia reduzir os efeitos nocivos desse ambiente, considerado confuso e insalubre. Surgiu, também nesse período, uma nova concepção teórica sobre o processo saúde-doença, que via a doença como natural e originada da ação do ambiente sobre o indivíduo, o que justificaria a internação hospitalar, já que se tinha a intenção de poder controlar o ambiente e tudo o que o paciente consumia, ar, água, alimento, luminosidade, etc. (NETO et al., 2012).

O indivíduo hospitalizado passou a ocupar o lugar de objeto do saber e da prática dos médicos. O médico tornou-se o responsável por toda a dinâmica hospitalar, enquanto o hospital servia de formação e transmissão de saberes. Esses profissionais estavam encarregados de cuidar da saúde da população. Podia-se perceber, naquele momento, a importância e valorização da atuação médica sobre os indivíduos. Os médicos encontravam-se preocupados com o controle das enfermidades e centravam suas ações terapêuticas em cada paciente e no controle da proliferação de doenças (FOUCAULT, 1993).

A instituição hospitalar passa, então, a representar o espaço ideal para que os médicos examinem, tratem e investiguem essas condições mórbidas, para que experimentem novas técnicas semiológicas e procedimentos terapêuticos e, naturalmente, para que os novos profissionais médicos sejam formados (NETO et al., 2012, p. 583).

Assim, o hospital começou a assumir finalidades terapêuticas, mudando, desta forma, suas características, objetivos, desígnios, seu corpo funcional, seus instrumentos, processos de trabalho e, principalmente, sua missão. Desde a metade do século XX, o hospital objetiva o adiamento da morte, tornando-a indolor e ocultando-a, minimizando o sofrimento físico e psíquico. Havendo um maior incentivo de tecnologias pesadas e dispendiosas, tornando-se um estabelecimento de referência de assistência à saúde (NETO et al., 2012).

O hospital contemporâneo ganha um papel de destaque na assistência à saúde, tornando-se o centro dos sistemas de saúde, símbolo de prestígio profissional, sofisticação tecnológica, conforto e segurança para o paciente (NETO et al., 2012). A divisão das tarefas passa a adquirir novos contornos que ultrapassam a hegemonia do saber médico, o trabalho começa a se dar de uma forma coletiva e impõe uma

nova e mais ampla compreensão da saúde, que seja interdisciplinar, atuando e dialogando com novos saberes e práticas terapêuticas. Mudança essa defendida por Foucault (1993, p. 100) quando expõe que “nenhuma teoria médica por si mesma é suficiente para definir um programa hospitalar”.

A assistência hospitalar na atenção à saúde, cada vez mais, ocupa um lugar de destaque, já que dispõe dos saberes e das tecnologias mais especializadas. Num mesmo espaço convivem várias profissões, com diferentes qualificações: médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, equipe técnica, administrativa, logística, e todos são responsáveis pelo bom andamento do cuidado do enfermo.

À vista disso, o hospital se encontra em uma posição supervalorizada de produção de conhecimento e de práticas na área da saúde. Ocupa uma importância simbólica para a população e os meios de comunicação, que o consideram um lugar privilegiado por prestar atendimento especializado e ser um primordial campo de aprendizagem para os estudantes de diferentes áreas da saúde (NETO et al., 2012). Além disso, centraliza a formação na área da saúde, quando passa a ser chamado Hospital Escola. No próximo tópico explanaremos sobre a constituição dessa modalidade de ensino, contando um pouco da sua história, tendo em vista que o nosso estudo se constitui dentro de uma instituição com essas características.

4.2 Hospital Escola: de onde viemos e para onde vamos?

O hospital como foi visto no tópico anterior, assim que iniciou a sua função terapêutica, tornou-se um lugar ideal para a aprendizagem prática dos profissionais em formação da área da saúde. Por ser um espaço de cura, de pesquisa e formação profissional, o hospital ocupa uma posição de destaque na aprendizagem, principalmente médica. A relação entre assistência e educação tornou-se mais estreita após a elaboração e difusão do Relatório Flexner, no século XX.

O relatório identificou uma série de problemas relacionados ao ensino médico desses países, entre eles, a falta de relação entre a formação científica e o trabalho clínico e a falta de controle administrativo e organizacional das escolas médicas sobre os hospitais de ensino, que serviam de campo prático para seus alunos. O relatório propunha algumas recomendações que

visavam não somente uma mudança curricular, mas também mudanças estruturais, como a construção de um hospital próprio e a integração da missão pesquisa às missões tradicionais de ensino e assistência (ARAÚJO; LETA, 2014, p. 1265).

A partir dos dados obtidos com o Relatório Flexner a comunidade médica precisou integrar, ainda mais, a assistência ao ensino e à pesquisa. Outro fator que contribuiu para a configuração de um novo modelo de hospital foi a Declaração de Alma Ata, no final do século XX, que considera a saúde como sendo um direito de todos e incorpora, além da abordagem biológica a social, um caráter interdisciplinar, tencionando a integração profissional de diferentes áreas de conhecimento. Araújo e Leta (2014, p. 1265), acrescentam:

Esse novo hospital de ação mais restrita volta-se para o atendimento dos casos mais graves e intensivos de saúde. Em contrapartida, aumentam suas responsabilidades com o sistema de saúde, fazendo parte de suas atribuições também o desenvolvimento da educação permanente, a formação de profissionais especializados, treinamento em gestão em saúde e ainda servir como espaço para desenvolvimento de pesquisa e avaliação de novas tecnologias em saúde.

Medici (2001) considera que os hospitais escola ou hospitais universitários tradicionalmente possuem quatro características fundamentais: 1) estar associado a um estabelecimento de ensino em saúde; 2) ser responsável por treinamentos universitários na área de saúde; 3) ter reconhecimento oficial como instituição de ensino e estar sob a supervisão de autoridades competentes e 4) oferecer atendimento médico de nível terciário (maior complexidade) à população.

A Constituição Federal de 1988, quando aborda a temática da saúde, institui o Sistema Único de Saúde (SUS), como forma de garantir o que está preconizado no artigo nº 196:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Além do SUS ser o responsável por garantir a constitucionalidade da saúde, como direito de todos e dever do Estado, lhe compete, entre outras atribuições, a missão de “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (artigo nº 200, BRASIL, 1988). Complementar a isso, o Estado institui a Lei 8.080 de 1990 que

tem como principal objetivo operacionalizar o atendimento público de saúde no Brasil. E no artigo nº 45, estabelece que:

Os serviços dos Hospitais Universitários e de Ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde – SUS, mediante convênio, respeitada sua autonomia administrativa em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados (BRASIL, 1990).

Desta forma, o hospital de ensino vem ocupando uma posição de destaque por ser um local que permite a descoberta e experimentação de novas tecnologias, que presta serviços de alta complexidade, que busca a formação e educação permanente de diferentes profissionais em diferentes níveis (técnico, graduação, pós-graduação), servindo de cenário para a prática de atividades curriculares de cursos da área da saúde, tornando-se reconhecidamente uma instituição indispensável ao sistema de saúde do país (ARAÚJO; LETA, 2014; NOGUEIRA et al., 2015). Características essas, que parecem vir ao encontro do que está preconizado na missão da instituição que serve de pano de fundo desse trabalho: “Ser um referencial público em saúde, prestando assistência de excelência, gerando conhecimento, formando e agregando pessoas de alta qualificação” (HCPA, 2017, p.01).

Ademais Nogueira et al. (2015, p. 151) acrescenta que:

Hospitais de ensino (HE) são aqueles que desenvolvem ações de docência, pesquisa e prestação de serviço de alta complexidade, sendo necessárias, portanto, qualidade e integralidade em suas ações, pautadas nos princípios e diretrizes do SUS

Essas ações reforçam o papel de destaque dessas instituições na formação em serviço e na assistência ao paciente, legitimando o que está preconizado na constituição. Com o objetivo de aumentar a cooperação e institucionalizar a formação e a pesquisa, realizadas nessas instituições, em 1991, o Ministério da Saúde instituiu através da Portaria nº 15 (BRASIL, 1991), o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária (Fideps), exclusivamente para os hospitais de ensino. Apesar desse incentivo ter um escopo bastante pertinente, isso não ocorreu:

O programa terminou sendo utilizado de maneira indiscriminada para favorecer ou privilegiar hospitais, que por alguma razão, eram considerados merecedores de tratamento especial (por razões políticas, de organização do sistema, etc), o que levou a que hospitais que não de ensino fossem incluídos no programa de incentivo e, por outro lado, deixassem vários hospitais, efetivamente de ensino, fora do programa (BRASIL, 2004a, p. 90).

Desta forma, tornou-se indispensável que os Ministérios da Saúde e da Educação pudessem criar, em 2004, algumas normativas de funcionamento desses locais. Elas estabelecessem critérios para a certificação dos hospitais de ensino, colocando metas, quantitativas e qualitativas, referentes às atividades de ensino, pesquisa e assistência, pautadas na integralidade de suas ações e nos princípios e diretrizes do SUS (NOGUEIRA et al., 2015; ARAÚJO; LETA, 2014; MACHADO; KUCHENBECKER, 2007).

As principais Portarias instituídas neste período são as Interministeriais de nº 1000 (que define os requisitos para a certificação de estabelecimentos como hospitais de ensino); nº 1005 (que define os documentos comprobatórios para a certificação) e nº 1006 (que cria o Programa de Reestruturação do Hospitais de Ensino do MEC). E as Portarias do Ministério da Saúde nº 1.702 que cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS e nº 2.352 que regulamenta a alocação de recursos financeiros destinados ao processo de contratação constante no Programa de Reestruturação do Hospitais de Ensino (BRASIL, 2004, b,c,d,e,f).

O Programa de Reestruturação do Hospitais de Ensino baseia-se em quatro eixos (gestão, assistência, ensino e pesquisa) que devem ser desenvolvidos de forma integrada, tendo como foco as melhores práticas, a avaliação permanente, o compromisso de todos e a transparência da informação. Entretanto, para ser certificado é preciso comprovar que a instituição preza o desenvolvimento de boas práticas assistenciais e educativas (PALMEIRA; MATTOS; PETERS, 2012). Desta forma, os hospitais que se interessam em fazer parte deste Programa precisam seguir o que está preconizado na Portaria Interministerial nº 2.400 de 2 de outubro de 2007; ou seja: estar inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); servir de campo para a prática de atividades curriculares na área da saúde; organizar o hospital cumprindo os critérios estabelecido no artigo nº 7, da referida Portaria.

Consideramos como sendo critérios principais desse artigo: ter que abrigar alunos em atividades curriculares de ao menos um curso de Medicina e dois outros cursos da saúde; possuir programas de residência médica credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM); garantir acompanhamento diário por docente ou preceptor para os estudantes de graduação e residentes; dispor de projeto institucional próprio ou vinculado a Instituição de Ensino Superior (IES), para o desenvolvimento de atividades regulares de pesquisa científica e avaliação de

tecnologias, de mecanismos de gerenciamento das atividades de ensino e de pesquisa; dispor de programa de capacitação profissional por iniciativa própria ou por meio de convênio com instituição de ensino superior; estar formalmente inserido no Sistema de Urgência e Emergência locorregional; ter ações compatíveis com a Política Nacional de Humanização.

Após o hospital conseguir cumprir todas as exigências descritas na Portaria, para receber o incentivo financeiro e poder investir em ações de melhorias em diversas áreas do hospital, a unidade hospitalar precisa ser submetida a um processo de contratualização, entre o representante legal do hospital de ensino e o gestor local do SUS, as quais deverão ser acompanhadas e atestadas pelo Conselho Gestor da instituição ou pela Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos (NOGUEIRA et al., 2015).

De acordo Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, no Brasil temos 153 unidades hospitalares credenciadas como hospitais de ensino, sendo que no Rio Grande do Sul, temos 16 Hospitais de Ensino cadastrados (13 como gerais e 3 especializados), dentre eles está o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, instituição em que este estudo foi realizado. Se considerarmos que temos no Brasil todo 6.706 hospitais cadastrados no CNES, dados de novembro de 2016 (BRASIL, 2017), isso mostra que o número de hospitais de ensino no Brasil é bastante inexpressivo e, talvez por isso, tão valorizados pelos usuários, profissionais e estudantes, gerando nos sujeitos que frequentam esses locais uma sensação de orgulho e satisfação de pertencer a essas instituições, como uma forma de reconhecimento e valorização pessoal e profissional.

Desta forma, fica claro pelo acima exposto, a pressão que as instituições de saúde sofrem, ao ter que cumprir todas as determinações legais para adquirir os benefícios de ser um hospital de ensino. Obviamente essa pressão também é sentida pelos trabalhadores e estudantes que frequentam esses locais. Porém, mesmo sentindo-se mais pressionados por estar em um lugar de tamanho destaque, os trabalhadores e estudantes demonstram sentir orgulho em fazer parte dessa equipe, algo que de certa forma parece incoerente.

Porém, essa contradição que percebemos ao refletirmos sobre o hospital de ensino parece vir ao encontro do comentário que tece Suely Deslandes ao falar sobre o desgaste físico, mental e psíquico sentido pelos trabalhadores dos Serviços de

emergência, por precisarem lidar com as demandas da instituição, com as suas próprias e, ainda, com os dos pacientes que atendem. A autora diz:

(...) ainda que possa soar contraditório, o mesmo trabalho que produz sofrimento é fonte de realização. Assim os profissionais identificam habilidades especiais e um perfil diferenciado que não dependem só do conhecimento técnico. Há uma nítida autoimagem que conjuga prerrogativas de iniciativa individual, capacidade de decisão rápida e domínio da técnica. Há, explícito, um prazer em deter e exercer tais habilidades (DESLANDES, 2002, p. 71)

Os profissionais que atuam nos Serviços de emergência, bem como, nos hospitais de ensino, em função da exigência e das dificuldades encontradas, precisam ter uma identificação profissional e motivação para o trabalho. Isso nos instiga a pensar nos modos de subjetivação³ que envolvem esses profissionais, tanto nos que já possuem mais experiência quanto naqueles que estão em processo de formação. Assim, no próximo tópico contaremos um pouco da história do Serviço de emergência e pretendemos encontrar subsídios que nos auxiliem a compreender essa dinâmica.

4.3 O Serviço de Emergência em hospital geral: padronização, superlotação, excelência

Os Serviços de emergência foram criados, conforme Deslandes (2002), no ocidente, a partir do século XI com o objetivo de cuidar das vítimas da guerra santa, neste momento ainda não existiam padrões de condutas específicos ao atendimento de emergência. Somente após o século XVIII, concomitante ao período que o hospital iniciou suas finalidades terapêuticas, o Serviço de emergência começou a ter uma racionalidade científica e estratégias padronizadas de atendimento.

A rede de assistência às urgências e emergências, na maior parte do mundo ocidental, foi criada durante o século XX. Deslandes (2002) registra que na década de 1950, principalmente nos Estados Unidos, os Serviços de emergência ganham importância maior, devido ao aumento das vítimas de causas externas (acidentes de

³ Entendemos como modo de subjetivação os processos de constituição da subjetividade, assim como, Barros (2009) "Quando nos referimos, portanto, a modos de subjetivação, os estamos tomando em seu sentido intensivo, isso é, enquanto maneira pela qual, a cada momento da História, prevalecem certas relações de poder-saber que produzem objetos-sujeitos, necessidades e desejos" (p. 45)

trânsito) e a um maior desenvolvimento de técnicas cirúrgicas e de atendimento aos grandes traumas, experiências essas adquiridas com o atendimento prestado aos soldados de guerra.

A mesma autora destaca, ainda, a inauguração do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) na França em 1960 e a criação, nos Estados Unidos, do Colégio Americano de Médicos de Emergência, tornando-se o órgão responsável por legitimar a medicina de emergência, bem como, por servir de orientador para as normas e diretrizes à assistência e promover o debate científico sobre o tema.

A emergência hospitalar começa a ser padronizada após 1979, na França, quando surgem as primeiras recomendações para o planejamento e organização dos Serviços de emergência. Devendo os Serviços de emergência hospitalar (SEH) estar equipados para atender às urgências e realizar manobras de ressuscitação, assim como, acomodar os pacientes para investigação diagnóstica, mantendo uma estreita relação com os centros cirúrgicos e centros de terapia intensiva (DESLANDES, 2002).

No Brasil, podemos dizer que a uniformização dos Serviços de emergência ocorreu apenas em 1994, com a Portaria nº 320, que cria o código de atendimento específico em urgência e emergência, instituindo que esses Serviços deveriam dispor de atendimento nas especialidades Clínicas, Cirúrgicas e/ou Traumato-Ortopedia, sendo o atendimento realizado por profissional de medicina, com funcionamento nas 24 horas do dia (BRASIL, 1994). Deslandes (2002) pontua que o setor de emergência: “Trata-se de uma assistência que deve ser realizada de forma imediata, eficiente e integrada. Exige amplo conhecimento técnico, habilidade profissional e o emprego de recursos tecnológicos” (p. 20).

Nesse período, os Serviços começam a adotar algumas medidas de padronização dos atendimentos, principalmente relacionados aos conceitos de “urgência” e “emergência”, a fim de evitar a utilização dos mesmos de maneira inadequada, por exemplo, por pacientes considerados não urgentes. A resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.451/95, artigo 1º, define Urgência como sendo a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata e define a Emergência como a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (CFM, 1995).

O Brasil parece que ainda não conseguiu aplicar essa distinção em seus serviços, pois a grande maioria dos atendimentos prestados nessas unidades é direcionada aos chamados “pacientes de ambulatório”, ou seja, não se enquadram dentro dos conceitos de urgência e emergência.

Paulon et al. (2012) comentam que os Serviços de emergência estão:

Voltados para processos individuais, em detrimento de processos sociais de responsabilização e co-gestão dos processos de saúde-doença, essa modalidade de atendimento visa colocar os corpos “de volta aos seus lugares”, sem pausas para problematizar a organização social ou para refletir sobre os motivos que os leva até ali (p.81).

A população alega que na emergência consegue um atendimento eficaz, possui a crença de que a única solução dos problemas de saúde está centrada na atenção médico-hospitalar, pois ali dispõe de várias especialidades médicas e de todo um aparato tecnológico em um único local (SANTOS; SANTO, 2014; DESLANDES, 2002). Aspectos esses também sinalizados por Casarotto et al. (2012), quando defendem que:

(..) foi construída no imaginário da população, na segunda metade do século XX, a ideia de que apenas o ambiente hospitalar seria próprio e resolutivo para as questões de saúde emergentes, uma vez que o complexo tecnológico médico estruturou-se para o consumo de tecnologias duras. Assim, os usuários permaneceram acreditando que em qualquer situação de doença, o primeiro local a ser procurado seria um serviço hospitalar, por consequência, um serviço de pronto socorro (urgência/emergência), pois o entendimento dominante é o de que a saúde está diretamente relacionada a esse consumo (p. 2713).

Os SEH superlotados são notícias constantes nos mais diversos meios de divulgação. Além do que já foi exposto, um dos aspectos que reforça o imaginário da população é a precariedade do sistema de saúde pública do Brasil que a obriga a procurar serviços terciários, por não ter uma rede primária e secundária adequada e que supra as suas necessidades de saúde. Desta forma, locais que deveriam atender a urgências e emergências, muitas vezes, precisam dar conta de atendimentos que deveriam ser supridos nas unidades básicas de saúde, fato que gera muito desconforto e descontentamento nos trabalhadores dos Serviços de Emergência.

Situação que parece se agravar quando pensamos a partir da ótica demográfica e epidemiológica, ou seja, sobre o progressivo aumento da expectativa de vida e conseqüente envelhecimento da população, tendo em vista que a expectativa de vida aumentou 40 anos nas últimas 11 décadas. Fato que modifica o

quadro de morbimortalidade da população, constatamos um aumento da mortalidade por doenças cardio-cérebro-vasculares e por doenças crônicas não transmissíveis e degenerativas. As primeiras devem ser atendidas imediatamente, em SEH, pois o atendimento prestado de maneira imediata aumenta as possibilidades terapêuticas, minimiza as sequelas e a mortalidade dos pacientes. Já as doenças crônicas, poderiam ser atendidas nos serviços de atenção primária e secundária, com ações de promoção e prevenção, em detrimento do tratamento, como bem coloca Neto et al. (2012):

Este novo cenário fortalece a convicção de que o novo modelo de atenção, em gestação, em vez de concentrar as ações na assistência hospitalar, deveria privilegiar a promoção de saúde, a prevenção de doenças e, quando necessário, o tratamento ambulatorial (p. 588).

O que percebemos é que isso não ocorre, uma vez que é muito comum os pacientes buscarem atendimento de emergência por piora dos sintomas ocasionados por doença crônica, em uma situação crítica. As doenças crônicas correspondem a mais de 70% das causas de mortes no nosso país, sendo responsáveis por uma das principais causas das mortes antes dos 70 anos de idade. Patologias crônicas levam à perda de qualidade de vida, incapacidades físicas/cognitivas e alto grau de limitação em atividades de trabalho e de lazer, aumentando a demanda de hospitalizações (BITENCOURT; HORTALE, 2007; IBGE, 2014; SANTOS; SANTO, 2014).

O reflexo disso é o aumento significativo de atendimento dentro dos SEH. Sá, Carreteiro e Fernandes (2008) afirmam que:

(..) a intensificação dos processos de exclusão social e de violência urbana, de precarização das relações de trabalho e fragilidade dos vínculos sociais leva aos serviços de saúde muitos sujeitos que, quando confrontados à doença, sentem que o mundo “desaba”. Trata-se, assim, de uma demanda não apenas material, mas simbólica, por amparo (p.1336).

Bitencourt e Hortale (2007), a partir de uma revisão sistemática, chegaram à conclusão de que a superlotação dos SEH é um fenômeno mundial e demonstra um desempenho ineficiente do sistema de saúde como um todo, mas principalmente do hospital, o que induz à baixa qualidade assistencial. Acrescentam ainda, como sendo características da superlotação: ocupação total dos leitos; existência de pacientes nos corredores; tempo de espera para atendimento ficar acima de uma hora; existência

de uma alta tensão na equipe assistencial e; grande pressão para novos atendimentos. A partir da revisão da literatura, os autores concluem que:

(...) o aumento do tempo de permanência no SEH é o principal marcador da superlotação; a falta de leitos para internação a principal causa; e o atraso no diagnóstico e tratamento, a principal consequência, levando ao aumento da mortalidade (p. 92)

Outro aspecto levantado por Neto et al. (2012) que pode agravar as superlotações do SEH é a queda histórica de número de leitos nos estabelecimentos hospitalares vinculados ao SUS, representando um decréscimo de 56% nos últimos trinta anos. Além do fechamento dos leitos, consideram que metade dos leitos oferecidos pelo SUS estão ociosos e que, em torno de, 30% das internações realizadas nos hospitais públicos poderiam ser tratadas de forma ambulatorial, ou seja, são desnecessárias.

Esses fatores aumentam as demandas dos SEH e justificam a superlotação, obrigando esses Serviços a estarem em constante mudança, atentos ao perfil epidemiológico da população e a estratégias de atendimento adequadas aos pacientes. Desta forma, o desenvolvimento técnico e comportamental dos profissionais que ali atuam deve ser permanente, constituindo um importante polo de ensino, pesquisa e inovação (BITTENCOURT; HORTALE, 2007).

Os trabalhadores do SEH estão tendo dificuldade em dar conta da multiplicidade de questões que escapam da cientificidade do saber médico ou biomédico, tornando o atendimento efetivo no que tange à resolutividade dos sintomas imediatos e dando menos importância às causas/consequências das doenças. A pesquisa desenvolvida por Paulon et al. (2012) exemplifica essa realidade, quando afirma que:

A função da emergência, segundo os entrevistados, seria devolver a estabilidade das funções orgânicas ao corpo que está sendo assistido. Por alguma razão a homeostase corporal foi rompida e isso deve ser reestabelecido de maneira efetiva. E todos os procedimentos precisam ser feitos rapidamente, pois, a depender da gravidade do dano instalado naquele organismo, esse desequilíbrio poderá levar à morte (p.78).

Desta forma, os trabalhadores precisam saber se relacionar, conviver em harmonia, respeitando a forma, a velocidade e a atitude do outro, estar disponível e demonstrar flexibilidade. Castel (1998) diz que a “flexibilidade não se reduz à necessidade de se ajustar mecanicamente a uma tarefa pontual. Mas exige-se que o

operador esteja imediatamente disponível para adaptar-se às flutuações da demanda” (p. 517).

Porém, o que se vê é que os SEH não estão conseguindo suprir a as demandas de atendimento e cada vez mais:

(...) temos a impressão de que a organização das emergências, pautada nesse cotidiano protocolar focado em procedimentos técnicos para corpos biológicos, produz uma espécie de “foco míope”, distorcido em relação aos sofrimentos complexos que se apresentam a cada dia (PAULON et al., 2012, p.86).

Na nossa leitura, o “foco míope” produzido nos trabalhadores está inserido em qualquer contexto que avance para além do campo da biomedicina, que atravesse a questão da saúde mental, que esteja colocado na relação do sujeito com a doença e nesta relação com o sistema de saúde. Nos parece que cada vez mais nos espaços superlotados dos SEH não há lugar para a emergência subjetiva, não são criados vínculos, pouco se pensa sobre promoção em saúde, prevenção de adoecimento e qualidade de vida, contradizendo o que está preconizado na Política de Humanização da Assistência à Saúde (PHAS), da Secretaria Estadual da Saúde. A PHAS está em consonância com as diretrizes da Política de Humanização (BRASIL, 2004g), que prevê o atendimento às demandas subjetivas manifestadas pelos usuários e trabalhadores dos serviços de saúde.

Os SEH favorecem a reedição de ansiedades primitivas como o medo da própria morte, do sofrimento, exigindo ajustes e estratégias defensivas por parte dos pacientes, familiares e equipes de trabalho (TORRES, 2008). As adversidades destes locais podem desencadear reações emocionais tanto nos pacientes e familiares, quanto nos membros das equipes assistenciais, tendo repercussão direta na relação equipe-paciente (ISMAEL, 2005; ROMANO, 1999).

Além das exigências técnicas necessárias à execução das atividades, os profissionais envolvidos precisam ter certo amadurecimento emocional para lidar com situações inesperadas. Pois, como comenta Oliveira (2005, p. 49):

Pessoas, coisas, artefatos materiais e simbólicos são entidades que “fazem coisas”, produzem efeitos no mundo, isto é, suas ações ou, às vezes, sua simples existência, interferem no modo como as redes em que estão inseridos se articulam (...). Suas ações ocorrem no mundo, dentro do qual afetam e são afetados por outros atores, de modo que seus efeitos só são apreendidos se consideramos sua interdependência.

Na tentativa de minimizar as dificuldades enfrentadas pelos Serviços de emergências e tornar o trabalho mais eficiente, o Ministério da Saúde instituiu em 2002, a Portaria nº 2.048 (Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência), que pontua como forma de enfrentamento das causas da urgência a necessidade de se implementar estratégias de “promoção de qualidade de vida”, buscando obter uma visão integral e integrada do sujeito, com uma abordagem totalizante e que busque gerar autonomia para indivíduos e coletividades (BRASIL, 2002). Porém como referem Casarotto et al. (2012, p. 2713):

O modelo integral preconizado pelo SUS não conseguiu efetivar a resolução dos problemas de saúde nos níveis de atenção necessária para cada caso, principalmente porque a estrutura da atenção básica não comportava de forma total e adequada a livre demanda que buscava o serviço.

Outra estratégia do governo foi implementar, em 2003, a Política Nacional de Atenção às Urgências (Portaria nº 1.863) que estabelece a forma como os sistemas de atendimentos devem estar organizados, levando em conta a universalidade, equidade e integralidade; o desenvolvimento de estratégias promocionais da qualidade de vida e saúde; bem como, qualificar a assistência e promover a capacitação continuada das equipes de saúde (BRASIL, 2003).

Visando mudar a realidade da superlotação e por ter como ação prioritária do governo melhorar a qualidade dos serviços prestados pelos SEH, o Ministério da Saúde, em 2006, por meio da portaria nº 3.125 instituiu o Programa de Qualificação da Atenção hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde (QualiSus). Importante destacar alguns pontos preconizados pelo Programa, que são: ter um padrão de atendimento de acordo com o grau de risco (critérios de acolhimento/classificação de risco); proporcionar melhorias na ambiência hospitalar; garantir a educação permanente dos seus trabalhadores, buscando a atenção mais efetiva; e diminuição do tempo de permanência no hospital (SILVA; MATSUDA; WAIDMAN, 2012; BRASIL, 2006).

Desta forma, o que se percebe é que existe uma legislação que tenciona para que se tenha uma visão mais pluralista dos casos atendidos nas emergências, potencializando o uso de tecnologias leves e leves-duras em detrimento das duras. Porém, o que se vê na prática são espaços superlotados, onde não existe lugar para a emergência subjetiva, pouco se pensa sobre promoção e prevenção, muito menos em investir em capacitações e planejamentos, mesmo com políticas que apontem

essa necessidade. Os trabalhadores e gestores parecem sentirem-se soterrados pelas demandas de trabalho ocasionadas pela superlotação. Questionamos como podemos colocar tudo isso em prática? Como o trabalhador/residente pode dar conta dessa pluralidade de fazeres? Como se constitui um trabalho de excelência em um SEH? Perguntas essas que não possuem respostas prontas, pré-determinadas, mas que, de certa forma, pretendemos clarear ao longo da pesquisa/trabalho, através do relato da percepção dos próprios residentes. E, a partir desse entendimento, planejamos estratégias de enfrentamento dessa realidade.

4.4 Residências profissionais na saúde: a inserção no mundo do trabalho

Ter uma profissão e ocupar uma posição no mundo de trabalho é uma forma do ser humano se assegurar e se constituir enquanto sujeito. É através da maneira como lidamos e interagimos com o mundo, do quanto estamos implicados com esse processo de maneira individual e coletiva (campo social), que nos permitirá constituir nossos modos e processos de subjetivação. Desta forma, cada sujeito irá lidar com a sua escolha de maneira única e singular e, ao refletirmos sobre o trabalho, devemos analisar “a maneira como os sujeitos vivenciam e dão sentido às suas experiências de trabalho” (POERSCH, 2015, p.15), principalmente quando se começa a planejar estratégias para inserção no mundo profissional, como no caso das residências, os principais colaboradores deste estudo.

Escolher uma profissão não é tarefa fácil e requer identificação profissional com a atividade que pretende exercer e, muitas vezes, a escolha da profissão não está relacionada a atividade prática que determinada profissão exige. Muitos jovens acabam optando por profissões que são socialmente reconhecidas, sem ao menos refletir sobre quais atividades precisam executar ao receberem a certificação profissional. Não raro, quando o sujeito escolhe uma profissão, tem uma visão utópica e idealizada sobre o trabalho, pois sua escolha está embriagada com aspectos da sua história de vida, desejos e aspirações que no mundo real do trabalho não conseguem ser supridas. A graduação profissional deveria propiciar ao estudante um conhecimento global sobre seu campo de atuação, incentivando-o a implicar-se no seu processo de ensino-aprendizagem. No entanto, o que se percebe são

metodologias ortodoxas que primam pela transmissão de conhecimento verticalizado (professor-aluno), sem estimular o pensamento reflexivo e inovador.

A escolha profissional parece ganhar ainda maior destaque quando falamos na formação dos profissionais da saúde, pois o fazer deste profissional está diretamente relacionado ao elemento humano, tornando-se necessário ter capacidade empática, bem como compreender a dinamicidade e complexidade do processo saúde-doença, desenvolvendo agilidade no pensamento e na definição de condutas. Como já foi dito, no período de formação acadêmica, o sujeito adquire habilidades e conhecimento básicos (globais) sobre a profissão escolhida, não devendo ser considerado esse conhecimento como suficiente, completo e/ou acabado (CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2012).

De acordo com o Conselho Nacional de Saúde no Brasil (Resolução nº 287/1998) existem 14 cursos considerados como da área da saúde, são eles: medicina, enfermagem, odontologia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, fonoaudiologia, farmácia, veterinária, educação física, serviço social, ciências biológicas, biomedicina e nutrição (CNS, 1998). O curso de medicina, ao contrário dos outros, vem realizando discussões sobre o seu processo formativo há mais tempo e, muitas vezes, ocupa uma posição de destaque, por ser uma das profissões regulamentadas mais antigas e também de maior responsabilidade legal e prestígio social. Pensando em normatizar o processo de formação das áreas da saúde, o Ministério da Educação, em 2001, instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação, que se propõem a repensar e reorganizar os currículos acadêmicos. As DCN buscam a adoção de um novo modelo de formação profissional que vise o aprendizado dos cuidados em saúde de forma integral e resolutive. Como bem elucidam Campos, Aguiar e Belisário (2012), as DCN procuram “adotar uma concepção ampliada de saúde e reestruturar as organizações sanitárias existentes, de forma a atuar não só na cura, mas também na prevenção de doenças, na promoção de saúde e na reabilitação dos usuários” (p. 889).

Os mesmos autores consideram que um dos grandes problemas na formação dos profissionais da saúde é a discrepância entre o que se ensina teoricamente na graduação e a prática observada na realidade dos serviços de saúde e na comunidade. Os autores pontuam as características que são necessárias para se construir um novo modelo de formação em saúde no Brasil, dentre elas estão: o foco no trabalho multiprofissional, respeitando as especificidades de cada profissão e

incentivando a interação; as metodologias inovadoras e centradas no estudante (metodologias ativas); a diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem; uma maior ênfase na atenção básica, em promoção da saúde e em determinantes multifatoriais do processo saúde-doença e; na articulação permanente com o sistema de saúde local (CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2012). O que parece vir ao encontro do preconizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Área da Saúde, que tem o desafio de desenvolver currículos acadêmicos com foco em abordagens integradoras e interdisciplinar (SILVA et al., 2008).

Rosa e Lopes (2016) consideram que o acesso à educação superior tem crescido, até mesmo porque houve um maior investimento público nas instituições de ensino superior nos últimos anos, entretanto, acreditam que a crescente acessibilidade a este nível de ensino tem gerado maiores carências acadêmicas, devido às diferenças encontradas em relação a qualidade da formação profissional oferecidas nesses locais. As autoras alegam que “a oferta descontínua e, na maioria dos casos, não acadêmica desses cursos tem levado à ampliação do leque de ofertas, todavia, com proposições que contemplam interesses do mercado e não do conhecimento” (p. 640).

Aspectos esses reforçados pelos sujeitos entrevistados pelas autoras Rosa e Lopes (2016) sobre os motivos que os levaram a decidir ingressar num Programa de Residência Multiprofissional. Os participantes referiram não ter recebido uma formação profissional que suprisse as suas demandas, consideraram que a educação oferecida na graduação tem como principal eixo formador o tecnológico, distante da prática e sem propiciar uma aproximação do estudante com a realidade e necessidades dos serviços, aspectos esses que acreditam poder ser preenchidos com a residência.

Os programas de residência, tanto médicos quanto de equipe multiprofissional, são considerados metodologias de ensino focados no treinamento em serviço supervisionado por um profissional mais experiente, o preceptor. Eles buscam a qualificação do profissional inexperiente, que sai da academia sem a experiência necessária para lidar com os desafios impostos pelo sistema (LOURENÇÃO; MOSCARDINI; SOLER, 2010; FROSSARD; SILVA, 2016). Acreditamos ser esse um ponto importante a ser analisado, pois nos questionamos se os residentes realmente se sentem amparados por seus preceptores ou se acabam

tendo que dar conta do seu fazer sem a devida supervisão, discussão essa que nos propomos a fazer na análise deste trabalho.

As residências médicas ocupam um espaço muito mais consolidado que as residências multiprofissionais, e isso se deve ao tempo de regulamentação dessa modalidade de ensino. Em 1977, através do decreto nº 80.281, o Estado instituiu a Residência em Medicina como uma modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por ser um treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional (BRASIL, 1977).

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) reconhecem várias especialidades e áreas de atuação da medicina, conforme preconiza a Resolução nº 1.763/2005, porém o reconhecimento pelo Ministério da Saúde, da especialidade em Medicina de Emergência só ocorreu em 2016, com RESOLUÇÃO CFM Nº 2.149 (BRASIL, 2016).

Sponholz et al. (2016) consideram a residência médica uma importante ferramenta de capacitação profissional, por permitir o aprendizado através da prática médica supervisionada, onde o residente pode observar o modo de agir do preceptor no atendimento a diferentes casos. Além disso, deve possibilitar que o residente defina condutas e exercite seu pensamento clínico, a partir das discussões com o preceptor, embasados no conhecimento científico e na experiência acumulada.

Entretanto, autores como Frossard e Silva (2016), possuem certa crítica em relação a metodologia de ensino da residência médica, por estar “vinculada à prática liberal, individual e privatista” (p. 282) e não permitir a construção de um pensamento mais integral e menos fragmentado. Esses autores defendem como uma metodologia de excelência o ensino profissional que está preconizado pelo Programa de Residência Multiprofissional que reconhece a importância da atuação integral e não fragmentada no âmbito da saúde.

Os Programas de Residência Multiprofissional que abrangem as profissões da área da saúde, no Brasil, foram criados a partir da Lei nº 11.129 de 2005, orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, levando em conta as necessidades e realidades locais e regionais (BRASIL, 2005).

Rosa e Lopes (2010) colocam a Residência Multiprofissional em Saúde como uma política de formação de recursos humanos em saúde:

(...) uma estratégia do Estado que objetiva uma formação específica, com vistas a instituir um arsenal de profissionais com perfil para modificar práticas atuais e para criar uma nova cultura de intervenção e de entendimento da saúde no âmbito da implantação do SUS, através da formação em serviço (p. 491).

Complementar a esse dado, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) através da resolução nº 2/2012, determina que o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde deve ser orientado por estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, adotando metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2012). A metodologia de formação em serviço utilizada pelas residências tem ganhado espaço por ser uma aliada importante na qualificação dos profissionais da saúde, podendo ser executada em instituições públicas, privadas e filantrópicas.

Embora a proposta da residência médica e da multiprofissional possuam algumas diferenças em relação às estratégias de ensino-aprendizagem, as duas buscam qualificar a assistência prestada pelo profissional da saúde, rompendo com a dicotomia entre a teoria e a prática, oportunizando o aprendizado em serviço. Assim como a residência multiprofissional tem como seu princípio operador a integralidade (FROSSARD; SILVA, 2016), a residência médica, principalmente a medicina de emergência, busca qualificar o atendimento prestado em diferentes níveis de gravidade, estando “alinhado com as leis, portarias e diretrizes do sistema de saúde nacional e que compreenda o seu papel além das fronteiras assistenciais” (ABRAMED, 2016, p.1).

As semelhanças entre as residências são muitas, mas a principal delas é a formação em serviço e a preocupação com o ensino qualificado e supervisionado por profissional mais experiente, buscando a elevada qualificação ética e profissional, levando em conta as especificidades de cada profissão (ROSA; LOPES, 2010). Elas possuem a mesma carga horária semanal de sessenta horas, não podendo exceder a 24 horas de plantão e também está previsto uma porcentagem de 20% desse

montante destinadas a atividades teóricas ou teórico-práticas, nas duas modalidades de ensino. Esta porcentagem pode ser dividida em aulas teóricas, discussão de caso clínico, *rounds* multidisciplinares e momentos de estudos dirigidos.

Numa pesquisa desenvolvida por Lourenção, Moscardini e Soler (2010) sobre a qualidade de vida dos médicos residentes, foi identificado um elevado índice de problemas de saúde decorrentes da excessiva jornada de trabalho. Citando Tokarz et al. (apud LOURENÇÃO; MOSCARDINI; SOLER, 2010) consideram que:

Fatores como o período de transição aluno-médico, a responsabilidade profissional, o isolamento social, a fadiga, a privação do sono, a sobrecarga de trabalho, o pavor de cometer erros e outros fatores ligados ao processo de formação na residência estão associados a reações psicológicas, psicopatológicas e comportamentais, incluindo estados depressivos com ideia suicida, consumo excessivo de álcool, adição a drogas, raiva crônica e desenvolvimento de um ceticismo amargo, além do irônico humor negro, tornando os médicos residentes um grupo de risco para distúrbios emocionais (p.88).

Situação essa que parece se agravar quando pensamos na residência que tem seu cenário de prática o ambiente hospitalar, local que servirá de campo de análise para esta pesquisa. Pois, como bem coloca Pitta (1999), a forma como está organizado o trabalho hospitalar potencializa o sofrimento psíquico e gera desgaste físico e emocional, visto que os hospitais são instituições que necessitam de assistência e corpo técnico 24 horas por dia, durante os sete dias na semana, o que ocasiona uma sobrecarga nas jornadas de trabalho, com ritmos acelerados de produção, com poucas pausas para o descanso, com rigidez nos horários, pois o turno seguinte precisa iniciar a sua jornada de forma organizada, desencadeando uma fragmentação no trabalho. Complementar a isso, Poersch (2015), ao falar sobre os hospitais-escola, alega que são instituições em constante construção tanto do ponto de vista científico/metodológico prático e afirma que: “A produção de saúde, vida e morte engendra-se a processos de trabalho e gestão rígidos, pautados por demandas orgânicas meticulosas e vigiados por agências reguladoras nacionais e internacionais de padrão de qualidade” (p. 17).

Isso faz com que os trabalhadores tenham que, como acredita Dejours (1994), despossuir o trabalho de seu corpo físico e nervoso, domesticando-se e forçando-se a agir conforme o desejo de outro. O autor acrescenta ainda que:

A relação do homem com a organização do trabalho é a origem da carga psíquica do trabalho. Uma organização do trabalho autoritária, que não

oferece uma saída apropriada à energia pulsional, conduz a um aumento da carga psíquica. (DEJOURS, 1994, p. 30)

O trabalho dentro do hospital provoca sentimentos contraditórios nos trabalhadores: piedade, compaixão, amor, culpa, ansiedade, ódio e também ressentimento que podem ser dirigidos aos pacientes. Além disso, esses profissionais, de acordo com Menzies (1974), precisam suportar e manejar as tensões psicológicas de outras pessoas (pacientes, familiares) e de seus próprios colegas.

Desta forma, os profissionais que trabalham em hospitais precisam encontrar maneiras de construir linhas de fuga e de resistência dessa dinâmica de sofrimento. É oportuno mencionar que os trabalhadores, para suportar as adversidades desse cenário, acabam utilizando mecanismos de defesa para resistir às pressões da organização de trabalho. Dejours (1994) ressalta que:

O sujeito é aqui visto destas relações com o coletivo, sob duplo enfoque: dos *procedimentos defensivos* contra o sofrimento do trabalho, que justamente articulam as produções deste indivíduo àquela do coletivo; da *ressonância simbólica* que articula o teatro privado da história singular do sujeito ao teatro atual e público do trabalho, abrindo assim uma problemática socialmente referenciada da sublimação e do prazer do trabalho (p. 48).

Concordamos com o que diz Poersch (2015, p.17): “problematizar o trabalho hospitalar, com suas nuances e durezas discursivas é, ao mesmo tempo, um convite à diversidade, em espaços que se dão com diferentes modos de produção”. Desta forma, a complexidade do trabalho desenvolvido dentro do hospital produz nos trabalhadores, e nos residentes em especial, sentimentos ambivalentes, pois embora haja uma sobrecarga emocional, percebe-se grande satisfação e alegria em fazer parte dessa equipe, principalmente por se ver empoderado como um profissional experiente que trabalha no limite, que precisa lidar com situações imprevistas e com poucos recursos, o que é estimulante e motivador. Faz-se necessário refletir sobre essa dicotomia em relação ao trabalho, principalmente com o embasamento teórico da psicodinâmica do trabalho, que objetiva, como diz Dejours (1994) a:

(...) fazer progredir a análise da relação subjetiva do trabalho, portanto, de fazer os *sujeitos* avançarem em suas interpretações da organização do trabalho. A hipótese dinâmica da psicopatologia do trabalho consiste em colocar *que*, se os sujeitos transformam-elaboram suas vivências do trabalho, eles construirão uma análise mais precisa, mais aprofundada e mais heurística da organização do trabalho (p. 83).

Acreditamos que ações de melhorias das condições de trabalho poderão trazer benefícios a qualidade da assistência prestada ao paciente, tanto a fornecida pela equipe contratada pela instituição quanto pelos estudantes que estão ali para se capacitarem, através da formação em serviço. Deste modo, a análise desenvolvida neste trabalho terá como contexto um hospital-escola, especificamente o Serviço de Emergência, da qual esta pesquisadora compõe a equipe técnica, o que significa que a mesma está implicada com a instituição e, como diz Coimbra e Nascimento (2004, p. 3), “implicado sempre se está”. Porém, nesta análise em especial, podemos pensar em sobreimplicação⁴, uma vez que consideramos válido o investimento em melhorias nas condições de trabalho, com vistas a uma melhor qualidade de vida dos envolvidos. A nossa intenção é que esse trabalho possa servir como incentivo à discussão e planejamento de ações que possam melhorar a assistência prestada ao paciente. Desta forma, como coloca Sant’Anna (2001), queremos que essa análise sirva de “corpo de passagem”, ou seja:

Um corpo tornado passagem é, ele mesmo, tempo e espaço dilatados. O presente é substituído pela presença. A duração e o instante coexistem. Cada gesto expresso por este corpo tem pouca importância ‘em si’. O que conta é o que se passa entre os gestos, o que liga um gesto a outro e, ainda, um corpo a outro (p. 105).

⁴De acordo com Coimbra e Nascimento (2004) sobreimplicação é uma dificuldade de análise que pode levar a considerar apenas um único nível/objeto, impossibilitando que outras dimensões, multiplicidades e diferenças possam ser pensadas.

5 APRENDENDO A PLANTAR, PLANTANDO

O processo de formação [do cartógrafo] se faz na abertura atenta do corpo ao plano coletivo de forças em meio ao mundo. O aprendizado e a transformação do pesquisador se fazem no acompanhamento dos efeitos das múltiplas práticas de pesquisa, práticas que dão acesso ao plano de onde emergem sujeito, objeto, campo, pesquisador, pesquisados, questões, textos, desvios e mundos. Essas práticas tomadas no tempo, por meio da repetição e da regularidade, produzem habilidades e rigor ético (POZZANA, 2014, p. 48).

A ideia do estudo foi compreender os processos e dados de realidade que permeiam o Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, a partir da percepção dos residentes sobre a superlotação e propor estratégias educativas e psicoeducativas, que auxiliem a equipe na melhor condução dos casos atendidos. Para dar conta da complexidade deste cenário, nos aventuramos a trilhar pelo caminho da cartografia como método de pesquisa-intervenção, pois como diz Passos e Barros (2012, p. 17): “toda a pesquisa é intervenção”. Os autores defendem que: “A cartografia deve ser entendida como um método segundo o qual toda a pesquisa tem uma direção clínico-política e toda a prática clínica é, por sua vez, intervenção geradora de conhecimento” (PASSOS; BARROS, 2012, p. 26).

Acreditamos que o trabalho no hospital, e isso não difere do Serviço de emergência, precisa ser pensado de maneira coletiva. Temos consciência da importância dos residentes na melhoria da assistência e se conseguirmos implicá-los nesse processo, poderemos criar novas formas de trabalhar, respeitando e permitindo que as diferenças apareçam e que possamos traçar estratégias de enfrentamento a partir das singularidades dos sujeitos. Por isso, escolhemos como participantes da pesquisa, os residentes da medicina de emergência e da RIMS, queríamos propiciar que eles se integrassem, que eles iniciassem um contato, queríamos instigá-los, de certa forma, a serem cartógrafos, assim como nós, que pudessem ativar todos os sentidos à pesquisa, que permitissem ser afetados, pois assim como Pozzana (2014), acreditamos que além de toda a pesquisa ser intervenção, ela também é formação tanto para pesquisadores quanto para os pesquisados.

Sabíamos que, ao trilhar o caminho da cartografia, estaríamos implicados com todos os processos da pesquisa, não teríamos como ser neutros, assumiríamos uma posição política dentro do grupo, nossa intenção era poder aprender com o grupo de residentes e não aprender sobre o grupo. Queríamos pesquisar o modo como os

processos se davam no Serviço de Emergência, como os residentes lidavam com a superlotação. Concordamos com Romagnoli (2009) quando defende que a investigação cartográfica tem condições de compreender a complexidade dos fatos, sendo capaz de analisar o coletivo de forças de cada situação, sem estar submissa ao reducionismo de outras abordagens.

Compreendíamos que ao iniciar essa pesquisa iríamos nos deparar com todas as formas de implicação: minha enquanto pesquisadora, dos sujeitos da pesquisa (os residentes), da instituição hospitalar, e dos próprios usuários do Serviço. Necessitaríamos problematizar o que estava sendo produzido no grupo, que verdades eram aquelas ditas, o que não estava sendo dito através da palavra, mas estava sendo percebido/sentido, como se davam as relações, permitir-nos questionar a coerência da pesquisa, bem como a naturalização dos acontecimentos. Desta forma, durante toda a produção da pesquisa, estávamos empenhados em analisar a implicação, pois como pontuam Coimbra e Nascimento (2012, p. 131), “colocar em análise as implicações permite, portanto, perceber as multiplicidades, as diferenças, a potência dos encontros, sempre coletivos e a produção histórica desses mesmos objetos, sujeitos e saber”.

Nosso desafio está em validar uma pesquisa que leve em conta as intensidades das forças, que permita acompanhar a complexidade dos processos, sem delimitar um problema único, fechado, que respeite as diferenças do campo investigado, sem conceitos ou ideias fixas (ALVAREZ; PASSOS, 2012; PAULON; RAMAGNOLI, 2010). Mas entendemos que essa é justamente a missão de um Mestrado Profissional de Ensino na Saúde que visa levantar dados da realidade do serviço do mestrando, analisá-los e propor transformações que melhorem o atendimento e a eficácia global do SUS no Brasil.

Passos e Kastrup (2014, p. 204) afirmam que “validar uma pesquisa cartográfica é avaliar suas avaliações, isto é, confirmar ou corroborar tanto os procedimentos e seus efeitos quanto as diretrizes com as quais as pessoas se orientam”. Como foi exposto no início deste trabalho, a ideia era pesquisar a partir dos discursos dos pacientes que frequentavam o Serviço de Emergência, porém isso não foi possível em função das condições de trabalho, foi necessária uma reinvenção, repensar nos procedimentos de coleta de dados e dos efeitos deles no trabalho como um todo. Acreditamos que o fato de estarmos implicados com o trabalho e no trabalho, sendo parte da equipe, ajudou-nos a fazer essa avaliação. Conseguimos fazer uma

avaliação crítica do processo de pesquisa, das diretrizes que estávamos seguindo e permitimo-nos sermos afetados pela realidade, mudar os rumos e nos deixar transformar, acompanhando os processos e tornando a investigação mais clara e efetiva.

Ao mudar os rumos da pesquisa, a cartografia fazia ainda mais sentido, pois não queríamos generalizações, tínhamos a certeza do compromisso social e político que a pesquisa-intervenção teria no Serviço de emergência. Buscávamos, assim como dizem Barros e Kastrup (2012), “desenhar a rede de forças a qual o objeto ou fenômeno em questão se encontram conectados, dando conta de suas modulações e de seu movimento permanente” (p.57).

Sabíamos que para realizarmos uma boa investigação precisaríamos levar em conta as forças instituídas e instituintes⁵ no discurso dos sujeitos, buscando “captar e descrever aquilo que se dá no plano intensivo das forças e dos afetos” (BARROS; KASTRUP, 2012, p. 70). Nesse sentido, a investigação de um cartógrafo é rodeada de processos e devires, ultrapassa a análise do que está instituído, estanque, acompanha de forma dinâmica os processos a serem investigados (JUNIOR, 2011), se reinventa, consegue lidar com os imprevistos sem perder o caminho da investigação.

Ao assumir como ferramenta metodológica a cartografia, somos desafiados a modificar a nossa lógica de fazer pesquisa, pois a metodologia é construída ao longo do processo e o caminho vai nos fornecendo pistas, as mudanças de rumo e as metas. Nossa intenção era a de que os residentes pudessem ocupar uma posição de protagonistas dessa pesquisa, que eles pudessem ter uma participação ativa na produção do conhecimento, pois estávamos intervindo sobre a nossa realidade, os rumos que a pesquisa deveriam ser pensados de forma coletiva. Para tanto foi preciso ocupar uma posição de analista e não de analisador:

O pesquisador-analista indica os efeitos dos analisadores que desencadeiam uma intervenção, entendendo que não basta reconhecer, legitimar ou exaltar a existência de analisadores, mas compreender que somente os analisadores o constituem como analista, que não pode se subtrair dos efeitos analisadores do dispositivo intervenção (BARROS; BARROS, 2014, p. 179)

⁵Consideramos instituinte e o instituído o conceito descrito por Baremblytt (2012), ou seja, instituinte como sendo um processo produtivo-desejante, uma força que tende a transformar as instituições e instituído como as normas constituídas, sendo resultado do processo instituinte, com características estáticas e estáveis.

A cartografia não possui uma metodologia enrijecida e formatada de antemão, ela acompanha os processos, as intensidades de formas, porém isso não significa que não tenha rigor metodológico, faz parte do percurso do cartógrafo realizar constantes avaliações durante todo o processo da pesquisa. Passos e Kastrup (2014) sugerem três níveis de avaliação: uma realizada pelo próprio pesquisador, a avaliação pelos participantes e a avaliação por pares, compondo a ideia de validação distribuída. Buscamos ao longo de todo o processo da pesquisa seguir essas orientações metodológicas. Na primeira parte deste trabalho deixamos claro a nossa crítica em relação ao método inicial e do quanto fomos instigados a redesenhar o modelo de pesquisa ao longo do processo. Bem como, a importância da avaliação dos nossos pares para a construção dessa pesquisa. Durante a análise da experiência produzida como a pesquisa, como “analista” desse processo ficará mais clara a avaliação realizada pelos participantes durante a “colheita” de dados.

Utilizamos “colheita” de dados e não coleta de dados por orientação dos autores Passos e Kastrup (2014, p. 210) que afirmam: “A pesquisa [cartográfica] colhe dados porque não só descreve, mas sobretudo acompanha processos de produção da realidade investigada”. Desta forma, utilizamos como dispositivos para realizarmos a colheita, encontros coletivos num formato similar aos grupos focais, tendo como disparador a percepção dos residentes sobre o Serviço de Emergência. Considera-se que a metodologia do grupo focal pode auxiliar o cartógrafo a ampliar seu escopo de análise dos processos a serem investigados. Pois, como coloca Sarriera e Saforcada (2008) o grupo focal possibilita a compreensão dos processos, a leitura de situações e respostas incomuns, o que com uma metodologia mais objetiva e pré-determinada não seria possível.

Também podemos justificar a escolha do grupo enquanto dispositivo para a colheita, através da experiência compartilhada por Barros (1997, p.188) em seu artigo denominado Dispositivo em ação: o grupo. A autora destaca:

(...) temos observado que o “observar ouvir o outro” irradia uma experimentação de ouvir outros - outros modos de existencialização, outros contextos e produção de subjetividades, outras línguas para outros afetos, outros modos de experimentar. Impõe, além disso, um deslocamento de espaço de vivências das angústias, fundamentalmente experimentados como individuais. Pode penetrar no campo dos fluxos, acompanhar seus agenciamentos, sempre coletivos, permitindo-nos intervir por remetimento a essa ordem coletiva/múltipla e não aos “sujeitos”, seus fantasmas e histórias privadas.

Isso confirma a importância do dispositivo grupal como ferramenta do método cartográfico, pois permite acompanhar os processos, traçar as linhas (de visibilidades, de enunciação, de força, de subjetividades), conhecer os pontos rígidos, analisar as forças instituídas. Através dessa leitura, o grupo enquanto dispositivo serve para tensionar outros agenciamentos, fazerem conexões entre si e produzirem outras, permitindo-se afetar-se com aquele momento/instante (BARROS, 1997).

6 O PERCURSO DA COLHEITA: TRAÇANDO O CAMINHO

Pesquisa não pode ser iniciada com um problema fechado, sabendo de antemão o que se busca. Tal posicionamento fecha o encontro com a alteridade do campo territorial, permitindo muitas vezes só encontrar o que já se sabia, ou, o que é muito pior, não enxergando nada além dos seus conceitos e ideias fixas (ALVAREZ; PASSOS, 2012, p. 138).

Ao propormos realizar uma pesquisa-intervenção, embasada no método cartográfico, tínhamos consciência que a qualquer momento poderíamos ser acionados por outras potências e questionamentos, pois estamos implicados nessa construção. Quando traçamos os objetivos deste estudo não tínhamos a pretensão de buscarmos uma verdade absoluta e sim, formas de intervenção possíveis dentro do contexto de uma emergência hospitalar superlotada.

6.1 Objetivo Geral

- Conhecer as percepções dos residentes que atendem no Serviço de emergência sobre a superlotação e propor estratégias educativas e psicoeducativas, que auxiliem a equipe na melhor condução dos casos atendidos.

6.2 Objetivos Específicos

- Mapear as dificuldades encontradas pelos residentes no atendimento aos pacientes em função da emergência superlotada;
- Estimular que os residentes possam traçar algumas hipóteses de solução do problema (superlotação).
- A partir dos dados levantados junto aos residentes, propor uma intervenção com a equipe multiprofissional e os estudantes, do Serviço de emergência utilizando estratégias educativas e psicoeducativas que visem a melhoria do Serviço e, a longo prazo, redução da superlotação.

7 A colheita propriamente dita

Os residentes foram convidados a participar da pesquisa pessoalmente e individualmente pela pesquisadora através de uma carta convite entregue em mãos. Foram convidados os dez residentes que estavam no Serviço de Emergência, sendo sete da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, ênfase Adulto Crítico e três da Residência em Medicina de Emergência. Convidamos todos os residentes que permanecem por, no mínimo, um ano no Serviço de Emergência, cumprindo uma carga horária de 60 horas semanais, entre atividades teóricas e teórico-práticas. A intenção foi a de oportunizar aos residentes da ênfase adulto crítico e da medicina de emergência um espaço de troca de ideias e reflexões, já que escolhemos a cartografia como método de pesquisa-intervenção.

Residentes de diferentes especialidades médicas realizam estágio na emergência, porém sua estada não ultrapassada um mês no Serviço de Emergência. Desta forma, escolhemos aqueles que possuem certa constância no serviço e poderiam auxiliar na nossa análise. O dia e horário dos encontros foram acordados com os residentes, bem como com seus preceptores, com intuito de que todos pudessem participar e, de fato, todos se fizeram presentes nos dois encontros, totalizando dez sujeitos envolvidos por encontro.

Foram convidados a participar dos encontros os residentes do primeiro ano da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (1 enfermeira, 1 nutricionista, 1 farmacêutica, 1 fonoaudiologia, 1 assistente social, 1 psicóloga e 1 fisioterapeuta) e da Residência em Medicina de Emergência (3 médicos) que estão atuando no Serviço de emergência. Todos os residentes participaram dos dois encontros, eram jovens, a maioria cursou a graduação em universidade privada, sendo a residência sua primeira atividade profissional. A divulgação dos motivos, objetivos e convite para participar da pesquisa foram realizadas pessoalmente pela pesquisadora, com a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e da UFRGS. A participação na pesquisa respeitou o princípio de voluntariedade de participação expresso no Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) (que todos leram e assinaram), bem como, o compromisso com a produção e devolução dos resultados por parte da pesquisadora aos participantes e à instituição através de publicações e atividades de educação continuada.

Os residentes puderam optar por aderir ou não a pesquisa, tendo liberdade

de interromper sua participação a qualquer momento, não gerando prejuízo caso optassem por não participar ou interromper a participação na pesquisa, deixando-os cientes que isso não traria prejuízos aos seus processos avaliativos. Os grupos focais ocorreram em sala específica para atividades grupais, no próprio hospital, porém distante do Serviço de Emergência, para não haver interferência de outras pessoas ou correr o risco dos residentes serem chamados para algum atendimento.

O primeiro encontro durou sessenta e cinco (65) minutos e o segundo oitenta (80) minutos. A pesquisadora contou com o auxílio de uma pesquisadora observadora que tinha como objetivo registrar a observação do funcionamento grupal, as palavras não ditas, a linguagem não-verbal, enfim, o processo do grupo e o que mais chamasse a atenção. Os participantes autorizaram a gravação dos encontros, para evitar a perda de informações significativas, ficando acordado que o material transcrito ficará sob a guarda da pesquisadora por cinco anos e que os participantes não seriam identificados individualmente na transcrição. Todas essas informações estavam presentes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que assinado por todos os participantes da investigação, em duas vias, sendo que uma delas ficou sob a responsabilidade da pesquisadora.

O projeto de pesquisa foi encaminhado para submissão junto à Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFRGS (COMPESQ/FAMED) e posteriormente para avaliação dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS e do hospital em questão. A pesquisadora se compromete que o material produzido a partir dos encontros terá garantia de sigilo e as informações serão utilizadas exclusivamente com a finalidade científica expressa na pesquisa, conforme dispostos na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

8 OS FRUTOS DA COLHEITA PELA POTÊNCIA DOS ENCONTROS

Nos capítulos que antecederam a análise, buscamos justificar teoricamente o que percebemos ao longo dos dois encontros realizados com o grupo de residentes, levando em consideração, principalmente, o modo de funcionamento do Serviço de Emergência e a produção de subjetividade desses residentes que precisam lidar com as adversidades de uma emergência superlotada sem se sentirem preparados para este fazer.

Estranhar e mesmo questionar a homogeneidade, a coerência, a naturalidade dos objetos e dos sujeitos que estão no mundo. Ao mesmo tempo, afirmar as multiplicidades, as diferenças, a potencialidade dos encontros que são sempre coletivos e a produção histórica desses mesmos objetos e sujeitos. (COIMBRA; NASCIMENTO, 2004, p. 2)

Instigada pela citação acima, do texto de Cecília Coimbra e Maria Nascimento “Sobreimplicação: prática de um esvaziamento político?”, a intenção com os grupos foi potencializar os encontros coletivos, permitindo que os residentes, minimamente, pudessem refletir sobre suas práticas, incitando o diálogo. A proposta era oportunizar, como referenciam as autoras, repensar o “acúmulo de tarefas e a produção de urgências” (COIMBRA; NASCIMENTO, 2004, p. 2), permitir aos residentes se colocarem no lugar do outro, compreendendo sua implicação neste processo e, com isso, estimular a valorização do trabalho multidisciplinar. Pois acreditamos que apenas com o diálogo e a reflexão poderemos flexibilizar novos aprendizados e afrouxar as práticas individualistas e verticalizadas instituídas nos ambientes hospitalares.

Os grupos aconteceram em duas quintas-feiras à tarde, conforme combinado previamente com os participantes e com seus preceptores, tendo um intervalo de quinze dias entre um e outro, por questões logísticas da própria residência.

O primeiro grupo foi emocionante, a potência daquele encontro era perceptível não apenas na fala dos participantes, mas também nas expressões faciais, corporais, nos olhares de confirmação do que estava sendo dito, na sintonia entre eles, confirmando que estávamos no caminho certo. Tínhamos escolhido um bom dispositivo de análise.

Com isso, percebemos que o grupo, enquanto dispositivo de análise, estava desempenhando o seu papel, pois sabíamos que ao escolhermos a modalidade

grupais, seríamos lançados ao desafio de sair de uma posição de analista e analistas, para uma construção coletiva. Acreditamos, assim como Alvarez e Passos (2012, p. 131), que: “Conhecer não é tão somente representar o objeto ou processar informações acerca de um mundo supostamente já constituído, mas pressupõe implicar-se com o mundo, comprometer-se com a sua produção.”

Nos minutos iniciais do primeiro encontro fomos surpreendidos pelo fato dos residentes da RIMS e da Medicina de Emergência não se conhecerem pessoalmente. Considerando que eles ficam quase oito horas juntos diariamente, o que acontecia naquele cenário? Que trabalho em equipe era aquele? Como essa equipe poderia ser chamada de multiprofissional? Questionamentos esses que levamos conosco durante todo o processo de análise do trabalho.

Após a apresentação entre os participantes, explicamos os objetivos da pesquisa, entregamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e reafirmamos verbalmente o que estava escrito no termo. A pergunta disparadora da discussão foi feita pela pesquisadora: “Qual a percepção de vocês sobre o Serviço de Emergência?”

Tínhamos organizado um roteiro de perguntas norteadoras para o encontro (conforme APÊNDICE B), que poderíamos utilizar ou não, dependendo do andamento do grupo. Quando decidimos utilizar o método cartográfico, sabíamos que a nossa principal tarefa era acompanhar os processos desses encontros e que não poderíamos enquadrar a coleta dos dados em um conjunto de procedimentos, pois isso deveria ser construído ao longo de todo o processo de pesquisa, com a participação de todos.

Queríamos propiciar um ambiente acolhedor, receptivo e livre para que os residentes se sentissem à vontade para expor sua opinião, com a intenção de que percebessem que a fala deles estava sendo valorizada, sem julgamentos morais ou críticas destrutivas. Alvarez e Passos (2012) tecem um comentário pertinente sobre a construção do conhecimento de análise: “Constrói-se o conhecimento *com* e não *sobre* o campo pesquisado. Estar ao lado sem medo de perder tempo, se permitindo encontrar o que não se procurava ou mesmo ser encontrado pelo acontecimento” (p. 137). Acreditamos ter conseguido estar junto com o grupo, propiciar esse encontro e esse acolhimento, pois alguns participantes compartilharam conosco questões pessoais como erros cometidos, desentendimentos com colegas, queixas sobre o funcionamento da instituição, limpeza do local de trabalho e até a falta de colaboração

dos outros colegas de setor, situações essas que serão apresentadas com mais detalhes ao longo deste capítulo.

Nesse primeiro encontro tínhamos muito receio de que eles pudessem não aderir ao convite, bem como, que o grupo se tornasse apenas um espaço de lamúrias e descontentamento com o sistema de saúde e até mesmo com os pacientes, que os residentes projetassem todas as suas frustrações no outro, sem refletir sobre as suas próprias ações. Porém, para a nossa feliz surpresa, a discussão se deu muito mais pelo viés de como eles percebem o funcionamento do Serviço e do quanto eles se sentem despreparados e desprotegidos neste ambiente. Tornando a superlotação algo quase insignificante, neste momento, a quantidade de pacientes que precisavam de atendimento não era o maior problema. Eles queriam falar deles, queriam conversar sobre suas angústias, aflições e compartilhar suas inseguranças, especialmente, por serem profissionais em formação.

Acreditamos que o fato de estarmos também em uma posição de aprendiz, aprendiz-cartógrafo, assim como eles, aprendiz-profissionais, nos aproximou ainda mais, criando uma “receptividade afetiva”. O encontro possibilitou ampliarmos o nosso escopo de análise, permitindo estranhar hábitos e condutas que já estavam instituídas e que não tínhamos pensado ao iniciarmos a pesquisa. De certa forma, estávamos, “os aprendizes”, construindo a nossa receptividade afetiva, ou seja, compondo o nosso campo problemático, não conseguíamos mais distinguir o que era sujeito e objeto da pesquisa, pesquisador e campo de pesquisa, teoria e prática, estávamos implicados com o processo de análise (ALVAREZ; PASSOS, 2012).

No segundo grupo foi lançada a proposta de refletirmos sobre as considerações que haviam sido feitas no encontro anterior e pensarmos em ações práticas que poderiam ser realizadas para amenizar os problemas e dificuldades que tinham sido levantadas anteriormente.

A percepção que tivemos desse grupo foi um pouco diferente do encontro anterior, pois visivelmente os participantes pareciam mais cansados e tensos, possivelmente porque vinham de uma semana de muito trabalho na emergência, de demandas de todas as ordens, de alguns estresses entre os residentes e os contratados. Parar para pensar em soluções ou ações de melhoria não era tarefa fácil, naquele momento. Esse encontro propiciou que pudessem compartilhar as angústias sentidas nas últimas semanas, como já possuíam certo vínculo, sentiram-se bastante

à vontade para dividir seus problemas, trocar informações sobre a forma como cada profissão trabalhava e lidava com as adversidades do dia a dia.

Embora também, assim como no primeiro grupo, havíamos preparado um roteiro de principais assuntos (APÊNDICE C) a serem trabalhados, consideramos não ser pertinente conduzir o encontro a partir da nossa perspectiva, queríamos a implicação deles com todo o processo. Consideramos que os encontros por si só foram muito potentes, a abertura de um espaço de escuta serviu para que pudéssemos alinhar nossos desejos e compartilhar nossos ideais.

A implicação do aprendiz-cartógrafo deve posicioná-lo sempre ao lado da experiência, evitando os perigos da posição, bastante comum nas pesquisas tradicionais, do falar sobre. O aprendiz-cartógrafo deve cultivar uma posição de estar com a experiência e não sobre esta (ALVAREZ; PASSOS, 2012, p. 142).

Os autores acreditam que a experiência de construir um território, um campo de análise, precisa levar em conta a singularidade do encontro, estar atento aos acontecimentos, acompanhando os ritmos do grupo, e que a prática da investigação precisa exceder o interesse do pesquisador, considerando o protagonismo dos sujeitos que estão fazendo parte desse território.

Desta forma, proporcionamos ao grupo se autogerir, intervindo apenas em alguns momentos com a intenção de clarificar o que estava sendo dito e contribuir com a análise em curso. Também deixamos as pessoas se pronunciarem de forma livre, mas, em algumas situações, foi preciso pedir que o grupo compartilhasse o que estava sendo dito em conversas paralelas, principalmente quando os assuntos eram mobilizadores e problemáticos, a fim de reforçar a escuta coletiva.

Durante o processo de colheita dos dados ficou clara a não compreensão dos processos de trabalho pelos residentes e a falta de comunicação na equipe multiprofissional do Serviço de emergência. Além do sentimento de não serem amparados por profissionais mais experientes, de não terem uma pessoa de referência com quem possam compartilhar suas dúvidas e suas percepções e a necessidade de um maior número de oferta de capacitações integradas entre a residência multiprofissional e a médica de maneira constante.

O nosso desafio a partir de agora é escrever sobre os efeitos produzidos nesses encontros e propor uma intervenção que possibilite um novo sentido a essa realidade. Como coloca Zanella (2012, p. 89):

escrever não significa simplesmente transpor para a tela do computador um pensamento prévio: ao escrever, os pensamentos se (trans)formam e, nesse movimento, transforma-se o próprio escritor, seus pensamentos, suas emoções e sua condição axiológica.

Para facilitar a análise desta pesquisa vamos nos embasar nos ensinamentos de Barros e Barros (2014) compartilhados no texto que fornece pistas da análise em cartografia, intitulado “O Problema de Análise em Pesquisa Cartográfica” (BARROS; BARROS, 2014). As autoras consideram que a análise acontece ao longo de toda a pesquisa deixando de ser uma etapa ou um procedimento.

Quando iniciamos a nossa escrita contando um pouco da nossa história, do quanto estávamos implicadas na construção desse trabalho, já estávamos delineando o processo analítico, “para analisar, foi preciso estar no campo” (BARROS; BARROS, 2014, p.187). Dessa forma, podemos considerar que a pesquisa que nos propomos a fazer é de pesquisa-intervenção. Existe um interesse mútuo a ser investigado. Nós enquanto aprendiz-cartógrafos estávamos articulados com os aprendizes-profissionais e a partir dessa articulação acreditamos produzir diferenças enquanto também observamos suas percepções e tentamos articulá-las em proposições de transformação positiva do ambiente de trabalho.

Ao nos propormos dar visibilidade aos movimentos instituintes e instituídos de um Serviço de Emergência, não bastava analisar o dispositivo grupal, detendo-nos apenas aos dois encontros ocorridos com os residentes, era necessário analisar os caminhos percorridos até aqui. Para tanto, consideramos relevante fazer um apanhado histórico e optamos por fazer uma revisão teórica que levasse em conta a historicidade, pois acreditamos que isso nos auxiliaria a compreender os processos, queríamos assim como Foucault (2003, p. 339) “reencontrar as conexões, os encontros, os apoios, os bloqueios, os jogos de força, etc. que, em um dado momento, formaram o que, em seguida, funcionará como evidência, universalidade, necessidade”. No processo final dessa análise pretendemos fazer articulações entre o que foi visto de forma teórica, com os achados produzidos durante os encontros. Para isso, iremos expor de forma objetiva, os principais dificuldades trazidos pelos residentes quando nos propomos a discutir sobre o Serviço de Emergência. Vamos abordar o Serviço de Emergência do HCPA, a Residência/Ensino e a Comunicação entre a Equipe.

Temos clareza de que, ao analisarmos esses processos, sairemos da nossa zona de conforto, pois a “análise implica atitude” (BARROS; BARROS, 2014, p. 180) e teremos que nos posicionar frente ao campo investigado, ocupando uma posição de analista e não analisado. O principal desafio é levantarmos dados objetivos sem perdermos a subjetividade, acompanhando os processos e a produção de subjetividades.

9 ORGANIZANDO OS FRUTOS

Considerando que a cartografia acompanha os processos de toda a pesquisa chegamos ao momento mais difícil da escrita, tornar os dados objetivos coletados ao longo do trabalho em informações que produzam subjetividades, efeitos. Nos arriscamos a organizar os frutos da colheita, do que foi captado através do coletivo de forças, da experiência, do vivido ao longo da pesquisa, em dados objetivos, como forma de análise desse processo. Acreditamos assim como apontam Barros e Barros (2014) “A análise da pesquisa deve nos informar a respeito do quão interessantes foram os efeitos produzidos e quais foram as articulações engendradas” (p. 197).

9.1 Sobre o Serviço de Emergência do HCPA

Os residentes, ao longo dos encontros, demonstraram ter uma boa análise da implicação que a instituição exerce sobre o funcionamento do Serviço de Emergência e do quanto o comportamento dos próprios profissionais da instituição reforçam e contribuem para a superlotação. O levantamento realizado pelos gestores do Serviço de Emergência do HCPA em 2014, apontou que, aproximadamente 70% dos pacientes atendidos possuíam algum vínculo ativo com o HCPA, recebiam atendimento com alguma especialidade em regime ambulatorial ou possuíam internações hospitalares prévias em período recente (HCPA, 2015). Mesmo sem o conhecimento prévio sobre estes dados, os residentes expressaram a opinião de que uma das dificuldades em minimizar a superlotação é a existência do ambulatório do HCPA, pois acreditam que o hospital, de certa forma, reforça um funcionamento paternalista, tornando-se responsável por dar conta de todas as demandas, inclusive as que poderiam ser realizadas em ambientes de baixa complexidade, como os Pronto Atendimento e as Unidades Básicas de saúde. Assim como refere um dos residentes:

Uma das coisas que eu consigo perceber bastante é a questão do ambulatório. Eu não sei o que acontece no sistema do hospital de clínicas, parece que tudo tem que ser feito aqui dentro. O paciente é acompanhado por equipe ambulatorial por qualquer intercorrência, daqui um pouco um

*pronto atendimento poderia dar conta, mas não, tem que vir para a emergência. Então isso é uma realidade!*⁶

Assim, percebe-se que aquilo que foi visto na parte teórica deste trabalho, ou seja, que a população possui a crença de que apenas no sistema hospitalocêntrico poderá ter seus problemas resolvidos, acaba sendo reforçado pelos próprios profissionais da instituição, os quais não confiam na rede de atenção básica ou de baixa complexidade e acabam por sobrecarregar os Serviços de emergências hospitalares. Complementando isso, os residentes alegaram que *“são várias as dificuldades do próprio hospital, a maneira como o hospital está organizado, a gente depende das especialidades, depende da internação, tem os seus vários problemas [o hospital].*

Casarotto et al. (2012), assim como, Santos e Santo (2014); Bittencourt e Hortale (2007); Deslandes (2002), consideram que uma das justificativas para os Serviços de emergências estarem superlotados está na falta de resolutividade da atenção primária e secundária. Pois, nesses espaços, não há equipamentos e nem mesmo exames que possam agilizar os atendimentos, fazendo com que a população e até mesmo os profissionais, como vemos no caso dos profissionais que atendem no ambulatório do HCPA, preferem encaminhar os pacientes para a emergência hospitalar do que para as unidades básicas de saúde, por acreditar que, com isso, terão a garantia de um bom atendimento.

De acordo com o material fornecido pelo Ministério de Atenção à Saúde sobre a Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira, para haver uma maior resolutividade dos serviços prestados são necessárias mudanças em duas frentes de trabalho:

Por um lado, é necessária uma melhoria organizativa do sistema de saúde como um todo, mediante a ampliação do acesso, a articulação responsável e racional dos serviços, a desburocratização e descentralização das ações facilitando a utilização dos serviços de saúde. De outro lado, é preciso que haja mudanças conceituais no foco da atenção prestada, deslocando a ótica privilegiada da doença, centrada na disponibilidade dos serviços e profissionais de saúde, para um modelo de cuidado focado nas efetivas necessidades de saúde do usuário e preocupado com as suas relações e espaços de vida (BRASIL, 2004a, p. 11).

⁶Por estarmos utilizando a metodologia da cartografia, optamos por não identificar a fala individualmente dos residentes, pois nosso objetivo era acompanhar o processo do grupo, através do discurso coletivo, potencializando o encontro

Para pensarmos em ações que possam levar em conta a singularidade do sujeito, as suas reais necessidades e podermos planejar estratégias de cuidado específicas para cada caso é necessário que possamos nos dedicar a esse paciente, escutar a sua queixa, valorizar a sua fala, os seus sintomas. Mas, ao que parece, a partir da nossa realidade e do olhar dos residentes, isso acaba não acontecendo, pois como diz um deles: “(...) *tem tanta coisa errada [na emergência], em ser o paciente um nome no quadro que qualquer um pega, as pessoas fazem o procedimento sem conhecer o paciente, sem conhecer o caso*”.

Assim como preconizado pela Política de Humanização e defendida por diversos autores (NOGUEIRA et al., 2015; ARAÚJO; LETA, 2014; CASAROTTO et al., 2012; MACHADO; KUCHENBECKER, 2007) prestar um atendimento integral ao sujeito é uma das missões dos serviços de saúde. Porém,

o desafio é resgatar a integralidade do cuidado ao indivíduo, promovendo a rearticulação do trabalho parcelado, ao tempo em que se promove a chamada “humanização” da assistência, em verdade uma re-qualificação das relações entre médicos e pacientes, entre profissionais de saúde e usuários do sistema, com base em valores humanos como respeito, cordialidade e gentileza (BRASIL, 2004a, p. 15)

Na Emergência do HCPA os residentes percebem que existe uma certa fragmentação do trabalho, o que prejudica a assistência prestada ao paciente e potencializa a superlotação. Um dos exemplos dados pelos residentes é a falta de planejamento das altas, consideram que a equipe médica não pensa na alta do paciente de uma forma efetiva e interdisciplinar, fornecem a alta do paciente quando os sintomas agudos estão resolvidos, sem avaliar ou consultar os outros membros da equipe que também está prestando o atendimento.

(...) a gente não pode pensar a emergência, o Hospital de Clínicas, como um ponto só, a gente tem que pensar na emergência, no hospital e que existe algo fora daquilo ali. Então acho que pensando na superlotação, de certa forma, algumas altas que a gente dá não são de qualidade, porque os pacientes acabam voltando, as altas não são planejadas.

Bittencourt (2010) expressa a importância do que foi pontuado pelos residentes, pois coloca que o hospital e o pronto socorro, e neste trabalho pensaremos o pronto socorro como sendo o Serviço de Emergência, são parte de uma rede de assistência integrada, que precisam ser estruturadas de forma que ultrapassem as paredes do hospital, que conversem com a rede de uma maneira integrada. O autor

alega que o hospital não consegue dar conta de todas as demandas, precisa realizar adequados encaminhamentos para tornar a sua assistência resolutive. Porém, para isso ocorrer, precisa dialogar com a rede, conhecer os serviços de baixa e média complexidade, sendo fundamental existir uma gestão estruturada de linhas de cuidado assistenciais.

Estes aspectos também foram debatidos pelo Ministério da Saúde, quando foi planejada a reforma do sistema da atenção hospitalar brasileiro, pontuando que o hospital auxiliaria efetivamente para a integralidade do cuidado, se conseguisse fazer uma adequada contra referência no momento da alta do paciente (BRASIL, 2004a). Embora o próprio Ministério da Saúde reconheça a importância do cuidado integral do sujeito, existe a consciência de que isso, na prática, não acontece e de que os Serviços de emergência/urgência continuam a trabalhar no viés da “queixa-conduta”, com uma visão reducionista e ineficaz, pouco preocupada com a integralidade do cuidado. Já em 2004, o Ministério da Saúde considerava que:

Um bom ponto de partida parece ser a organização de equipes de acolhimento nos serviços de urgências, capacitadas para o reconhecimento e encaminhamentos de pacientes que necessitam de cuidados mais regulares e apropriados em outros serviços da rede. Nesse caso, o hospital é que faria a referência para outros serviços, colocando em questionamento a ideia – do senso comum – de que a alta complexidade está “no topo”, lá onde fica o hospital (BRASIL, 2004a, p. 28).

O HCPA trabalha com acolhimento e classificação de risco, através do Sistema de Triagem de Manchester, como já foi exposto na primeira parte deste trabalho. Ainda conta, com o projeto “Paciente certo no lugar certo”, o qual segundo a visão dos residentes poderia ser melhor utilizado:

E uma coisa que eu vejo que tem ali na emergência e eu não sei se é de conhecimento de todos, um projeto que eu acho bem legal e tinha que ser potencializado, é o “paciente certo no lugar certo” [conta brevemente como funciona esse projeto].

Além disso, os residentes consideram que não existe uma conduta que estimule a participação dos pacientes, que incentive a autonomia e a co-responsabilização pelo seu tratamento. A fala de um deles retrata bem esse ponto:

(...) o paciente é excluído de todo o processo. Não é aquilo que é trabalhado com ele desde o momento que ele interna, que ele internou, que ele passou pela classificação de risco. A sua necessidade de saúde, não é trabalhada com ele. É isso, ele fica excluído totalmente do processo, daí vão as pessoas

lá, vão fazer medicamento, não dizem o que é, não diz para que, não sabem se está com dúvida de alguma coisa, do próprio tratamento. Cada hora vai uma pessoa diferente fazer uma avaliação, fazer um atendimento, então a coisa é quase que... maluca, esquizofrênica, o que acontece ali dentro daquela laranja [unidade de observação da emergência] com os pacientes.

Isso nos faz pensar no quanto ainda é necessário trabalhar uma mudança de postura dos profissionais do Serviço de Emergência do HCPA. Embora exista uma estrutura que permita colocar em prática o que está preconizado na Política de Humanização, ainda falta a conscientização da equipe de que o Acolhimento não se refere apenas a classificação de risco. Como estabelece a Cartilha sobre “Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgências” este deve ser pensado como uma mudança de postura, a qual visa a melhores práticas de atenção e gestão, favorecendo as relações entre equipes, serviços e usuários. A orientação é de que:

O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendermos como parte do processo de produção de saúde, como algo que qualifica a relação e que, portanto, é passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro no serviço de saúde (BRASIL, 2009).

O acolhimento precisa ser pensado enquanto postura de atendimento que ultrapassa a porta de entrada que dá acesso ao Serviço, tem que ser visto de modo contínuo, envolvendo a sensibilidade e a acolhida. Além disso, deve primar pelo bom atendimento técnico-científico, com profissionais que saibam identificar as demandas, levando em conta aspectos sociais, físico-biológicos, mentais e ambientais (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013). Uma das alternativas propostas pelos residentes, para auxiliar nessa mudança de postura, é que todos os profissionais possam discutir os pacientes de uma forma integrada desde a sua entrada no serviço.

Eu acho difícil pensar no planejamento de alta pro paciente quando ele chega, porque a gente não tem como saber como vai evoluir, mas tem como pensar já em outras coisas. E sim, conversar essa alta enquanto equipe para que todo mundo consiga organizar isso junto.

Além disso, contribuem dizendo:

(...) ela [visão multi] tem que vir pra todos, ela é uma visão, que independente se tu é contratado, se tu é doutorando ou o que tu é. E nas participações, nas discussões multi a gente não participa com as pessoas que são contratadas, até mesmo o técnico, por exemplo, esse é um profissional que não participa de nada.

O trabalho integrado/compartilhado foi tema recorrente nos dois encontros realizados com os residentes, todos concordam que o trabalho se torna mais efetivo, quando se definem condutas de forma coletiva e quando se conta com a participação do paciente. Eles apresentaram algumas dificuldades percebidas no desenvolvimento do trabalho, principalmente com relação as barreiras existentes na equipe para compreender a atividade de outro profissional e pedir ajuda, sem com isso, se sentir menosprezado, duas falas exemplificam:

Sinceramente eu acho que a dificuldade das pessoas é de aceitarem que elas não vão saber tudo, que tem outras pessoas que talvez saibam fazer aquilo melhor, que também estudaram muito e eu não falo isso só de parte médica para a parte multi, dentro da parte multi eu também já ouvi isso, tipo: ah, mas porque esse curso está abordando isso se isso é mais dessa área do que da outra. Mas tu vai trabalhar com isso? Mas, porque essa área não pode aprender mais, se aprofundar mais. Eu acho que se todo mundo se aprofundar mais, cada vez vai ficar melhor, então acho que tem muita dificuldade em aceitar que talvez o conhecimento do outro seja maior do que o teu naquele momento para ti tomar certas condutas (...) a dificuldade de procurar outro profissional do lado, sendo que o do lado teria o domínio do conteúdo.

É que parece que se tu pede ajuda tu não sabe, tu é menor que a outra pessoa, que ela sabe aquilo que estudou quatro anos, focado naquele assunto, ninguém precisa saber tudo, ninguém sabe tudo...

Além disso, os residentes fazem algumas críticas com relação a organização do serviço e seus processos de trabalho:

(...) emergência na verdade não funciona como emergência, uma internação que também atende pacientes, aqui se comparado com outros lugares e a superlotação que sobrecarrega os profissionais todos, tem a questão também das diversas profissões, principalmente da área médica e a dificuldade de sair do seu troninho, que mais? (...) são várias dificuldades do próprio hospital, da maneira como o hospital está organizado, a gente depende das especialidades, depende da internação (...)

Durante os dois grupos foi possível perceber que residentes médicos e multiprofissionais desconhecem alguns processos e fluxos de trabalho, sendo que utilizaram os encontros para esclarecer dúvidas.

(...) a gente desconhece muito do funcionamento da emergência, isso que é o maior absurdo o pessoal não saber como funciona o horário de visitas, das notícias [médicas], eu acho que é uma questão que não deveria depender da gente como indivíduos, desse grupo se relacionar bem (...)

Outro residente complementa:

Eu acho que assim como quando a gente entra no hospital, tem toda uma explicação de várias coisas do hospital, desde lixo até vestimentas e coisas, quando tu entra na emergência, tu entra já. Apesar da nossa residência tentar mostrar um pouco como é a área de atuação de cada um, a gente acompanhar no início, falta um pouco disso, do funcionamento em si da emergência.

Ao comentar sobre o desconhecimento dos processos de trabalho, os residentes salientaram o quanto foram benéficos os encontros oportunizados pela pesquisa, pois permitiram que eles se conhecessem mais e pudessem utilizar melhor os recursos técnicos disponíveis no próprio serviço, que até então eram subutilizados por desconhecimento: *“Porque dentro do nosso próprio campo a gente não sabia no início, talvez a gente tenha dificuldade até hoje de entender o que cada um faz”*.

Essa dificuldade de conhecer os processos e fluxos da emergência, bem como, de sentir-se pertencente à instituição e motivado para o trabalho, não parece ser algo novo, nem mesmo exclusivo dos residentes. Em 1997, Cecílio, escrevia que os profissionais que prestam atendimento nos Serviços de emergência realizam um trabalho incompleto e insuficiente, muito devido a superlotação e conseqüente deficiência de recursos humanos para suprir as altas demandas de atendimento. O autor alega:

Fecha-se um ciclo perverso. Os profissionais de saúde sabem que o seu trabalho é inadequado e esta consciência, de alguma forma, pesa negativamente em suas subjetividades. Os usuários, mais do que ninguém, sabem que o atendimento recebido é paliativo e insatisfatório. Os poucos recursos são mal gastos agravando o quadro crônico de insuficiência dos mesmos (CECÍLIO, 1997, p. 474)

Os residentes mencionam o quanto outros profissionais, que trabalham através de consultorias, que não estão presentes no dia a dia da emergência possuem resistência em atender no Serviço, em alguns momentos referem-se a eles como sendo as “equipes do térreo”.

A emergência no hospital é bem assim, vista assim, é o porão do hospital. Muitas vezes a gente escuta o comentário de como foi o manejo do paciente aqui na emergência e, às vezes, não sabem qual a nossa realidade. Ninguém gosta de descer aqui, é ruim ficar passando no meio das macas.

Percebe-se nos discursos dos residentes um sentimento ambíguo em relação ao trabalho desenvolvido dentro da emergência, pois ao mesmo tempo em que eles se sentem desvalorizados pelo hospital e pelos seus próprios pares, que não conseguem compreender as suas dificuldades e limitações, eles têm muito orgulho e

satisfação em pertencer a esse Serviço. O que vem ao encontro do que citamos na parte inicial deste trabalho, referenciando Deslandes (2002), que menciona o quanto parece contraditório o sentimento dos trabalhadores das emergências, que ao mesmo tempo em que o trabalho produz sofrimento, também gera muita realização, prazer e orgulho em saber exercer as habilidades e atitudes necessárias para realizar essa atividade.

De certa forma, fica subentendido nos discursos dos residentes que apenas alguns profissionais conseguem suportar as adversidades do trabalho na emergência e isso é visto como meritório, o que gera muita satisfação em pertencer a essa equipe seleta de profissionais.

Quase todas as emergências tem isso de superlotação, é de alta rotatividade e são funcionários que não tem vínculo, acho que essa é a realidade e eu não vejo futuro próximo para isso mudar, mas eu acho que aqui [referindo-se ao HCPA] tem o diferencial de ter essa equipe [de residentes], pode se estabelecer como uma equipe de referência, mas ao mesmo tempo que é uma equipe cada profissional tem autonomia (...) a gente é uma equipe, mas não tem que ficar dependendo do médico contratado. Eu acho que o profissional tem que ter autonomia para fazer o que acha que é importante pra aquele paciente.

Podemos avaliar que essa alta rotatividade e a falta de vínculo mencionada pelos residentes dificulta o trabalho em saúde, pois como conseguiremos produzir algo novo, modificando comportamentos, se não existe vínculo e nem comprometimento com o trabalho? Neste contexto é importante lembrar Merhy e Feuerwerker (2009) quando apontam que o trabalho em saúde é fruto da produção do cuidado. Que importância terá o cuidado se não tivermos vínculo? Os autores defendem que a assistência só será efetiva se ela for produzida a partir do encontro com o usuário, colocando-o como um participante ativo (protagonista) de todo seu tratamento. Defendem, ainda, que as mudanças efetivas do processo de trabalho em saúde devem ser planejadas de forma coletiva (profissional de saúde, usuários e gestores).

A condição indispensável para uma pessoa ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos elementos à sua prática e aos seus conceitos é a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. O olhar do outro muitas vezes funciona como dispositivo para que cada um ponha em análise, em questão, seu modo de operar, por isso é que o coletivo é fundamental. Conceitos e problemas que pareciam imutáveis, inerentes à contingência das organizações, passam a ser transformáveis, revelando a potência de cada

um dos atores na medida de sua participação no coletivo (MERHY; FEUERWERKER, 2009, p. 12).

Os residentes parecem estar interessados em mudar essa realidade e ser parte de equipes que possam efetivamente fazer a diferença, principalmente quando eles se veem como a equipe de referência da emergência:

(...) a gente é a equipe de referência de emergência, somos nós que sempre estamos aqui e as pessoas que vão circulando. Então, acho que ser visto como equipe de referência e ter o contato com vocês [equipe médica] só agrega para as outras pessoas que estão rodando também identificarem a gente como tal.

Além disso, parecem estar dispostos a colaborar com a criação de vínculos, mesmo sabendo que a sua permanência no HCPA é temporária, pois se disponibilizam a assumir essa função quando se propõem a ocupar junto aos novos estudantes esse lugar: “(...) como seria importante a cada troca de doutorandos a gente, como equipe multi, estar inserida nesse momento [integração] para que eles nos enxerguem como uma referência também, para ir construindo vínculo”.

Porém, ao mesmo tempo em que eles se mostram disponíveis para auxiliar no que for preciso para melhorar a assistência ao paciente atendido na emergência e, conseqüentemente, diminuir a superlotação, eles também comentam sobre o desgaste físico e emocional de trabalhar numa emergência superlotada, principalmente por terem que cumprir uma carga horária excessiva de trabalho, 60 horas semanais, preconizada em lei.

(...) E quantos contratados conseguem trabalhar sessenta horas nesse ambiente? Ninguém! Daí vira que a gente é mão de obra. Eu fico pensando que quanto mais passarem os anos e vai tendo mais gente, vai ser menor a necessidade de contratar mais gente, porque a gente tem que suprir a demanda já que a gente está nesse limbo. E não é só pela carga horária, é como a gente trabalha, onde a gente trabalha, daquele jeito, se esquivando de maca, não tendo onde por as pessoas, não tendo recurso muitas vezes. Eu nunca pensei que eu fosse viver uns casos no Clínicas: hemorragias digestivas na sala de espera com maca emprestada do SAMU (...) com o estresse (...) eu tive que dar um jeito de remanejar as coisas e tirar férias logo, porque eu estava surtando, eu tinha vontade de sair correndo, chorando, dessa emergência.

Como já foi tratado no início desse trabalho, a superlotação dos Serviços de emergência é um problema de saúde pública mundial e afeta tanto os usuários do Serviço quando os profissionais que os atendem, desencadeando sentimento de tristeza, despreparo, medo, insegurança e vulnerabilidade em todos os envolvidos,

tornando-se frequentemente um Serviço alvo de críticas e reclamações (SANTOS, 2015). É importante refletirmos: Que estratégias podem ser elaboradas para amenizar esse sofrimento? Como os residentes, mesmo trabalhando 60 horas semanais, podem produzir diferenças? Como fazer com que o residente sirva de inspiração aos estudantes mais jovens e até mesmo aos profissionais experientes que estão enrijecidos no seu fazer? Como estimular que os residentes e os próprios profissionais possam pensar a rede de saúde?

Os residentes argumentam: *“Óbvio que a gente consegue participar muito, ver o funcionamento e ter a visão crítica, mas é muito fácil começar a trabalhar só no modo automático do que realmente oxigenar, que é a proposta [da residência].”* Eles possuem críticas e sugestões em relação a forma como está organizada a residência e é disso que iremos tratar no próximo tópico.

9.2 Sobre a Residência, o Ensino e a formação em serviço

A temática da residência e da formação em serviço foi constante ao longo dos encontros. De certa forma, os residentes precisavam expressar as suas críticas, sugestões, dividir as angústias, inseguranças e frustrações. Independente do programa a que o residente está vinculado, seja ele RIMS ou Medicina de Emergência as inquietações são muito semelhantes e todos demonstram estar bastante inseguros com esse novo papel que ocupam no mundo do trabalho.

(...) o residente tá no limbo, ele não é nem contratado e nem estagiário. Daí ora ele tem que se reportar como estagiário, ora tem que se reportar como contratado. Então a gente fica sempre nessa linha muito tênue, é complicado exatamente por isso, tu tá lidando com a vida de outra pessoa, tu tem responsabilidade com ela, mas ao mesmo tempo como campo adulto crítico eu acho que tem pouca abertura para esses diálogos, para esses ensinamentos.

(...) residente vive naquele limbo entre tu não é autônomo, tu ainda é subordinado.

Ninguém se coloca no nosso lugar de trabalhar, de ter essa carga horária, nesse ambiente, sem suporte nenhum, eu sei que falam aqui no Clínicas, residente tem como fazer acompanhamento, mas em que horário que eu vou ter acompanhamento com psicólogo?

O estudo realizado por Lourenção, Moscardini e Soler (2010), sobre a Qualidade de vida de Médicos Residentes apontou que os mesmos vivem, no período da formação em serviço, em contínuo estresse, podendo desencadear a Síndrome de Burnout, provocada por estresse e tensão emocional no ambiente de trabalho. Os autores, em seus estudos, encontraram evidências que comprovam que os residentes precisam dar conta de uma série de cobranças, tanto dos seus preceptores quanto da sociedade e também de si mesmos. O fato de exercer dupla função, ora como profissional, ora como estudante em formação, potencializa ainda mais seu sofrimento, pois precisa lidar com jornadas exaustivas de trabalho, com dedicação, competência técnica e eficiência em suas ações, pois suas condutas, muitas vezes, irão determinar a evolução clínica do paciente.

Neste estudo, essa sobrecarga de trabalho, o quanto os residentes estão se sentindo estressados e em sofrimento fica muito clara, principalmente por estarem em um local que gera ainda mais tensão. O paciente que procura a emergência, na maioria das vezes, precisa ser atendido imediatamente, exigindo do profissional rapidez no raciocínio e na definição de condutas. Além disso, o estudante depara-se constantemente com a morte e com as limitações da ciência, assim como com suas próprias limitações de compreensão, paciência e calma, o que provoca frustrações e sentimento de impotência.

Apesar desse cenário bastante conturbado e tenso, percebemos o residente otimista e motivado para o trabalho, acreditando que tudo poderá melhorar, principalmente se conseguirem efetivamente compartilhar entre si e os seus preceptores o trabalho, dividindo tarefas e compartilhando responsabilidades.

Lá na emergência, a equipe tem que se olhar mais. Eu sou esperançosa porque eu acho que vem uma leva muito boa, tanto de doutorandos quanto de residentes médicos, e até a gente enquanto equipe multi, está aprendendo bastante uma com a outra. De dizer daqui um pouco, olha pode ser que não seja a tua demanda, pode ser que tu esteja sobrecarregada. Mas para ai, vamos pensar, o que a gente pode fazer. Não é meu, mas será que fulano não pode ajudar? E é o que eu acho que tem facilitado porque a gente tem uma a outra pra ter esse diálogo.

É evidenciado na literatura (ROSA; LOPES, 2016; SPONHOLZ et al., 2016; BOTTI; REGO, 2011) a importância do preceptor na formação dos residentes, sendo este um dos responsáveis por transmitir seu conhecimento ao estudante, muitas vezes, servindo de modelo, tanto de questões científicas e técnicas quanto de postura e comportamento. O preceptor precisa considerar o conhecimento prévio que o

residente adquiriu na sua formação, fazendo com que ele seja um participante ativo de todo o seu processo de ensino-aprendizagem, adquirindo com isso uma consciência crítica sobre o seu papel profissional e, ao mesmo tempo, criando um ambiente estimulante de paixão pelo aprender em serviço.

Autores como Botti e Rego (2011) defendem que o preceptor deve servir como guia, mentor, planejar, conduzir o processo de aprendizagem e analisar o desempenho do residente. Incentivando-o a assumir uma postura ativa na sua formação, bem como, na construção do seu raciocínio clínico. O preceptor, muitas vezes, ocupa uma posição de mediador/orientador dos casos atendidos pelo residente. Assim como, acompanha o crescimento profissional e pessoal do jovem profissional.

No entanto, percebemos que os residentes do nosso estudo se sentem desprotegidos por seus preceptores na maioria das vezes, pois precisam definir condutas de forma autônoma, o que causa insegurança.

(...) vieram pedir minha ajuda para fazer um procedimento que eu não tenho experiência nenhuma, eu já estou acabando o R1 eu deveria ter, mas eu não tenho oportunidade para fazer preceptoria.

Botti e Rego (2011) recomendam que os residentes iniciem suas atividades observando os profissionais mais experientes (preceptores), num primeiro momento eles devem conseguir explicar teoricamente o que está sendo feito, posteriormente o residente deve realizar o procedimento, por quantas vezes for necessário, sob o olhar atento do preceptor, só quando o residente conseguir realizar a atividade de maneira automática, sem interrupções que ele terá condições de ter mais autonomia. Complementar a isso, Frossard e Silva (2016) afirmam que, para tornar a formação em serviço uma prática realmente científica, é preciso alinhar as experiências vividas na prática cotidiana com o planejamento das atividades. Assim, será proporcionada reflexão sobre o trabalho desenvolvido e a partir desse diálogo reflexivo (entre preceptores e residentes) serão definidas as estratégias para melhor adequação do processo de ensino-aprendizagem em serviço.

A Ênfase Adulto Crítico (RIMS) e a Medicina de Emergência são residências bastantes novas no Hospital de Clínicas. A primeira está indo para o sétimo ano, e ao longo desse período várias modificações foram feitas. A mais recente, no último ano, foi a inserção do núcleo da fonoaudiologia. A segunda, há pouco aprovada pelo CFM,

conforme exposto na parte teórica deste trabalho, está no segundo ano. Desta forma, este é o primeiro ano que as duas residências ocupam o mesmo cenário, a Emergência. A organização das residências está em processo de ajustes e as mesmas precisam ser pensadas de maneira conjunta, com a participação da gestão do hospital, dos contratados e dos residentes, alinhando, dessa forma, o que a instituição espera dos estudantes, com as expectativas dos mesmos em relação ao hospital.

Uma das análises realizadas pelo Ministério da Saúde em relação aos hospitais de ensino é que a gestão dos hospitais não participa das discussões e nem do planejamento das atividades de ensino, o que cria certos impasses, pois nem sempre as decisões gerenciais e administrativas estão de acordo com as especificidades que as atividades de formação requerem. Isso pode tornar a atividade do preceptor mais problemática, porque quando ele tem vínculo com a instituição e assume a responsabilidade de supervisionar os estudantes tem que fazer a mediação entre o que preconiza a formação em serviço e o que a instituição exige dele. No entanto, quando o preceptor não tem vínculo formal com a instituição e assume a supervisão das atividades assistenciais do estudante, acaba, muitas vezes, não se submetendo às regras e orientações institucionais, o que pode ocasionar relações confusas de responsabilidade e poder, comprometendo a gestão e a boa qualidade do ensino em serviço (BRASIL, 2004a).

No HCPA os profissionais que estão envolvidos com a residência possuem vínculo com os serviços, são os preceptores (contratados da instituição) e os tutores (professores contratados da UFRGS e vinculados ao HCPA). Segundo os residentes, parece existir um desejo da gestão do Serviço de Emergência que a residência ocupe uma posição estratégica no Serviço, porém eles não se sentem preparados para tal desafio, isso fica claro no discurso dos residentes:

Uma vez eu ouvi o ... [chefe do serviço de emergência] falando que ele tinha a residência como algo estratégico, só que em alguns momentos parece como algo como um messias, que a gente estaria ali para salvar a superlotação e todas as nossas dificuldades. Mas eu acho que ele poderia colocar, ele na figura líder agora, a residência multi que inclui os médicos, como um grupo estratégico da emergência, e trabalhar de forma estratégica e ajudar, tinha que vir algo da liderança. Também incentivar esses profissionais que são contratados a entenderem que existe esse grupo novo. Que tá ali, que bom, faz parte, porque é um hospital escola, mas que também tem um papel estratégico dentro da organização (...) aí as coisas mudam de figura, e eu acho que as pessoas tendem a nos aceitar melhor também.

O estudo realizado por Rosa e Lopes (2016) sobre a educação superior brasileira através de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde mostrou que os residentes têm dificuldade em assumir uma postura mais ativa em sua formação e que reivindicam “uma educação baseada no saber metódico, estabelecido e organizado, com o professor produzindo a aula e materializando-a na forma de transmissão e de socialização de conhecimentos sistematizados” (p. 649). Os achados das autoras parecem vir ao encontro do que os residentes do HCPA estão buscando, ou seja, contar com um “líder” que determine as suas condutas, oriente suas ações e legitime a sua importância na equipe.

Culturalmente se sabe o quanto é difícil romper com essa supremacia do professor (líder) perante o aluno, pois, ao mesmo tempo em que os estudantes lutam por ganhar mais espaço, ter mais autonomia e gerir seu estudo, eles também possuem a expectativa de que exista alguém que o oriente e conduza o processo de aprendizagem. Isso não parece ser algo exclusivo desses residentes, como bem coloca Feuerwerker (2014, p. 127)

(...) as escolas tem sido poderosas máquinas de produção de subjetividades sujeitadas. São inúmeros os estudos que mostram que do ponto de vista ético-político os estudantes saem dos cursos mais empobrecidos do que entram. Perdem porosidade para o mundo e para os encontros. A defesa da vida deixa de ser uma aposta importante em sua produção no mundo.

Desta forma, as instituições que se propõem a ser cenário de formação em serviço assumem um papel muito importante perante a sociedade, que, de certa forma, é o papel de transformar esse processo de aprendizagem internalizado pelos residentes ao longo da sua formação, modificando-o desde a graduação.

As diretrizes curriculares aprovadas em 2001, assinalam a necessidade de mudanças no processo de formação, a fim de estimular o aprendizado em diferentes cenários, mudando o modelo de atenção e formação a partir da realidade de saúde da população. A posição do Ministério da Saúde é a seguinte:

É indispensável, portanto, discutir o papel dos Hospitais de Ensino no âmbito do ensino e graduação em saúde e também possibilitar que haja coerência entre todas as atividades educativas realizadas nesse âmbito ou sob a responsabilidade do hospital no debate acerca das mudanças na graduação e na implementação das diretrizes curriculares nacionais (BRASIL, 2004a, p. 97)

Os residentes, durante os grupos, criticaram o modelo de formação da graduação. Eles defendem que a graduação deveria preparar melhor o estudante para a prática profissional e consideram que, ao invés disso, fragmenta o aprendizado:

Essa é minha maior percepção e pensando em equipe multi eu acho que as graduações que a gente teve são muito voltadas para o seu núcleo (...)o conhecimento é centrado só naquela parte do indivíduo, quando o indivíduo deveria estar sendo olhado como um todo, então essa é de certa forma a minha crítica para o sistema de graduação e na residência ao invés de todo mundo se juntar, fragmenta de novo.

Feuerwerker (2014) aposta na transformação do processo de formação, considera que as instituições precisam abrir espaço para novos projetos, que levem em conta os diferentes modos de construir relações, os modos de subjetivação, as necessidades de saúde da população como ela mesma descreve: “trazer para a cena novos objetos, novos problemas, novas relações que ajudem a produzir experiências e reflexões que contribuam para desafiar o modo dominante de compreensão, intervenção e produção de encontros” (p. 128).

Os depoimentos dos residentes demonstram que os mesmos apostam, assim como a autora, em abrir novas brechas de aprendizado. Eles acreditam que a integração entre as residências poderá transformar o seu processo de formação e, ao mesmo tempo, parecem ter certa idealização dessa formação, pois acreditam que após a conclusão da residência estarão prontos para o mundo do trabalho. É possível perceber que eles estão dispostos a pensar o sujeito de forma integral, planejar estratégias de cuidado compartilhando saberes, tendo a consciência de que a fragmentação do cuidado aponta para um prejuízo assistência ao paciente.

(...) a proposta devia ser única das residências, de fato ser uma residência multi e não uma residência multiprofissional e médica, porque lá na frente a gente sempre vai se cruzar e não existe essa conectividade. Ali dentro do cenário de emergência e de acordo com a dinâmica tem a troca de pessoas muito seguido e isso eu acho que acaba fragmentando o serviço, porque cada dia tu está falando com uma equipe diferente, se para nós que somos profissionais da emergência que entendemos essa dinâmica, tu imagina pro paciente, como isso é esquizofrênico, cada dia um está falando com ele.

Acreditamos, assim como os residentes, que no cenário da emergência precisamos investir cada vez mais no cuidado integral, fazendo uma mescla entre as tecnologias duras, leves-duras e leves, conforme propostas por Merhy (2002), de forma flexível e levando em conta as necessidades do sujeito. Os residentes defendem: *o nosso objetivo aqui dentro é o cuidado em saúde e o cuidado em saúde*

tem que ter um pouquinho de cada um. Nos parece que essa proposta de integração trazida pelos próprios residentes, de forma coletiva, ganha um peso maior, pois como explica Feuerwerker (2014): Os processos inovadores mais interessantes/arrojados têm tido em sua dinâmica um investimento na produção de relações mais democráticas, de espaços coletivos de encontro e de modos de decisão mais compartilhada (p. 128).

Parece-nos que a possibilidade de os residentes terem mais encontros coletivos os estimula a pensar em novas estratégias de atuação. Como já foi dito, os dois encontros que fizemos em função da pesquisa já oportunizaram a construção de algumas relações, os residentes começaram a compartilhar entre eles suas inquietações e a planejar intervenções de forma coletiva.

Depois da nossa última reunião, porque a gente teve mais contato, eu tentei usar um pouco mais disso e geralmente o pessoal fala: Pede consultoria pras gurias da fisio para fazer coleta de secreção, sério! Eu olho o paciente que não se mexe na cama, completamente... daí eu coloco que tem que fazer fisioterapia não só respiratória, mas também precisa mobilizar junto, tentar explorar mais, a gente desconhece muito do funcionamento da emergência, isso que é o maior absurdo

Desta forma, o que percebemos é que a pressa do dia a dia e a constante superlotação da emergência dificultam a aproximação dos residentes e conseqüentemente a comunicação e o diálogo. Segue a constatação de um residente:

Auxiliar a comunicação, porque se tem uma equipe que tá sempre dentro da emergência auxilia a comunicação e acho que é uma das grandes falhas que a gente tem ali. Por isso, talvez tenha essa sensação de estar esquizofrênico, porque a gente não consegue conversar e pra gente ter uma linha de cuidado a gente precisa conversar.

Devido à relevância que creditamos à temática da comunicação para o trabalho em equipe e, conseqüentemente, para o cuidado integral, abordaremos esse tema a seguir.

9.3 Sobre a (falta de) Comunicação entre a equipe

Acreditamos, assim como Merhy (1997), que para se ter mudanças na forma de produzir saúde precisamos implicar os sujeitos nesse processo, o autor diz:

(...) ou esta é uma tarefa coletiva do conjunto dos trabalhadores de saúde, no sentido de modificar o cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde, ou os enormes esforços de reformas macro-estruturais e organizacionais, nas quais nós temos metido, não servirão para quase nada (MERHY, 1997, p. 71).

A construção da mudança tem que vir do coletivo e, para tanto, a comunicação e o diálogo são indispensáveis. As transformações na forma de trabalho só podem ser incentivadas se abirmos espaço para a escuta e o diálogo, não existe mudança que possa acontecer de forma unilateral. Os residentes percebem isso e comentam sobre a dificuldade de comunicação entre as equipes. No mínimo, eles precisam se conhecer e se reconhecer enquanto equipe e os pacientes também devem conhecer os profissionais que estão, naquele momento, responsáveis pelo seu cuidado.

Acho que a percepção inicial que vem de cara para mim é que a gente nunca tinha se visto [até o encontro do grupo focal] e nós somos a equipe de residentes, e nunca conseguimos nos ver desse jeito, tanto como médico e as demais profissões, então acho que isso é o início e já demonstra que a comunicação é falha desde o início do processo.

Uma boa comunicação ia fluir tudo mais rápido, tudo mais fácil, menos pesado no ambiente já difícil.

Mudam as pessoas, mudam os doutorandos, mas a gente tá todo dia ali e quando a gente consegue ter essa comunicação que independente de se ter uma consultoria⁷, que às vezes os contratados nem sabem que tem, que a gente conversa um pouco, que a gente pergunta o que fazer, eu acho que a gente é, a gente pode ser, o grande vínculo dessa emergência superlotada e que já é difícil trabalhar... se tiver rostos amigos, conhecer as pessoas eu acho que isso só melhora tanto para gente quanto a assistência.

Discursos como esses demonstram estar alinhados ao preconizado pela Política de Humanização, que tem como objetivo estimular a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto, atendendo às demandas subjetivas manifestadas pelos usuários e trabalhadores dos serviços de saúde (BRASIL, 2004a). É importante considerar que os residentes estão incluídos no rol de trabalhadores de um serviço. Quando se tem uma alta rotatividade de profissionais e um número excessivo de pacientes para atender parece que o simples fato de se

⁷Consultoria é a forma de encaminhamento para avaliação com outro profissional da saúde. No HCPA a consultoria pode ser solicitada pela equipe médica e de enfermagem, via sistema informatizado, nela contém dados gerais do paciente (nome, idade, diagnóstico, local e leito do paciente) e a justificativa para a avaliação, principal demanda a ser investigada

apresentar, de conhecer uns aos outros, torna-se banalizado, sem importância. Atitudes e práticas como essa podem ser consideradas desumanizadas e desumanizadoras e inibir a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde com seu trabalho e dos usuários com o cuidado de si.

Fortes (2004) defende que humanizar na atenção à saúde é atender cada sujeito na sua singularidade. Como poderemos atender as demandas subjetivas dos pacientes se não conseguimos dialogar com eles? Como poderemos trabalhar em equipe se não nos conhecemos?

As pessoas nem se apresentam- Muito menos o que são...

É uma falta de informação, então quando tu passa em qualquer lugar, as pessoas ficam te chamando, porque elas não sabem que exame elas vão fazer, se tem ou não tem exame. Elas olham pra ti com aquela cara: onde foi meu médico? Quem é meu médico do dia? Se vão fazer cirurgia? Se elas podem comer ou não? O que elas podem comer? Se tem previsão de alta ou não tem? Elas não tem informação nenhuma...

Se é desconhecimento de nós [equipe de residentes], quando a gente chega aqui a gente não sabe o que vai fazer, o que é a residência, o que se faz aqui dentro, a gente não sabe, a gente descobre isso enquanto grupo, basicamente no primeiro semestre inteiro, a gente vai descobrindo isso aos poucos, imagina quem tá fora disso.

De acordo com Fortes (2004), o profissional precisa criar condições para que o indivíduo exerça sua vontade de maneira autônoma, que leve em conta aspectos sociais, éticos, educacionais e psíquicos presentes nas relações humanas. Para o autor, humanizar refere-se à possibilidade de transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nos serviços de saúde, assumindo uma postura ética, de acolhimento ao desconhecido e de respeito ao usuário entendido como cidadão. A partir do relato dos residentes, surgem alguns questionamentos como: que tipo de atendimento humanizado estamos fornecendo aos nossos pacientes? Estamos conseguindo trabalhar de forma coletiva, compartilhada? Realmente estamos fornecendo um atendimento integral? Como as questões de humanização, trabalho em equipe e atendimento integral revertem na excelência técnica na assistência à saúde? Se pensarmos que para alcançarmos a integralidade a equipe de saúde precisa ter uma boa articulação entre si, precisa escutar e atender as demandas e necessidades de saúde do paciente da melhor forma possível, a partir dessa análise acreditamos que estamos falhando enquanto serviço.

Desta forma, precisamos pensar em estratégias que possam fazer circular melhor as informações, fazendo com que o atendimento tenha continuidade, possibilitando que a equipe possa dialogar entre si, assim como compartilhar as informações com seus pacientes e familiares. Afinal, a grande maioria da população, fora do meio médico, não possui informações sobre a rotina hospitalar, patologias, tratamentos e prognósticos, o que gera um grande sofrimento para a família e o paciente (SANT'ANNA, 2001). Quando não há informação adequada, os pacientes se sentem abandonados, desprotegidos, perdem a sua referência enquanto sujeito, produzindo uma cisão de identidade, como se a subjetividade fosse “reduzida à identificação de elementos corporais passíveis de mensuração e avaliação científica” (SANT'ANNA, 2001, p.32). Isso fica em evidência quando os residentes comentam sobre a necessidade dos pacientes de terem informações, implorando a qualquer profissional que possa lhe acolher e dar respostas.

Porém, isso não é sentido apenas pelos pacientes, os profissionais também acabam absorvendo esses sentimentos, pois suas atividades, na grande maioria, estão cindidas. Eles são responsáveis por cuidar das “partes” dos pacientes e não do seu todo, não possuem as informações completas do estado de saúde dos mesmos, recebem somente os dados mínimos necessários para desempenharem as suas funções de maneira adequada, naquele dado momento. Um exemplo disso é a angustia sentida pelos residentes ao terem que realizar determinado procedimento sem conhecer o paciente:

Tem aquele quadro branco para por os procedimentos. Os contratados colocam os procedimentos, em geral dos pacientes que podem estar verde, que não são acompanhados por doutorandos, em nenhuma equipe ou na laranja, enfim, meio solto, eles colocam o nome do paciente, (...) e daí quem quiser coloca o nome do lado para fazer o procedimento.

Metodologias de trabalho como essa reforçam a prática do sujeito cindido, como se cada profissional/especialidade fosse responsável apenas por aquela “parte” do paciente. Fazendo com que o sujeito seja visto como um corpo e sendo um corpo pudesse ser examinado por diferentes profissionais, sem perceber que essa exposição a desconhecidos gera muito sofrimento. Os residentes demonstram ter uma boa crítica em relação a essa organização do trabalho e percebem o prejuízo para o cuidado do paciente:

(...) às vezes tem três médicos como referência numa equipe, por dia, e a conduta muda a partir da hora do almoço, daí tu muda completamente toda uma coisa que estava sendo feita em equipe, daí mudou e ficou por isso mesmo ou então quando chega o final de semana que tem um cara que nem fica aqui na emergência, que desceu do andar para ficar aqui como responsável, daí muda tudo que foi feito durante uma semana. É óbvio que o paciente, o familiar deve estar perdido e com as razões dele, porque se nem quem está responsável pelo atendimento se entende como que ele com o familiar dele vai entender alguma coisa, não vai, né? Se perde no caminho.

Percebemos durante a nossa colheita que os residentes sentem como se houvesse um número reduzido de profissionais que detém o saber e que são responsáveis pela elaboração de estratégias de manejo com os pacientes. Eles não se sentem parte disso, sabem que existem rotinas e padronização de condutas, porém não recebem essas informações, percebendo que executam as atividades de maneira automática e alienada.

*Muitas vezes a gente não sabe, nos protocolos chama quem, quem entra primeiro.
Tu compõe aquela equipe, não é só aquela parte fragmentada do caso, tu é parte de um todo, a gente não tem como deslocar.
(...) as altas não são planejadas, o que prevalece, a percepção que eu tenho, é a condição clínica. Tá estável clinicamente, pode ter alta. Mas, às vezes tem outro profissional que também está acompanhando, que não conseguiu finalizar seu processo de trabalho, isso é uma das questões que gritam bastante na emergência, essa, como que eu posso chamar, essa superioridade da profissão, alguma coisa, não é dividido, não é discutido enquanto equipe. Às vezes, é essa a percepção que eu tenho, que fica um jogo de empurra, empurra, e não senta e não lembra que tem uma pessoa que está em certa forma em sofrimento ali, de se olhar!*

Essa dissociação do trabalho somado a lotação alta do Serviço de Emergência compromete a execução das atividades e prejudica a integridade psíquica do profissional da saúde, causando danos (psicossociais, econômicos e da vida global) significativos, tanto para os pacientes quanto para os trabalhadores. Desencadeando nos profissionais, “um processo de estranhamento e alienação do processo de trabalho, elementos facilitadores de estado de manifestações patológicas de ansiedade” (PITTA, 1999, p. 57).

Acreditamos na potência do trabalho coletivo, para produzirmos resultados eficazes e com qualidade precisamos que a equipe esteja integrada, independentemente de ser composta por estudantes ou contratados. Consideramos, assim como, Morsser e Gordan (2015), que os membros das equipes precisam estar cientes do que os seus colegas estão fazendo e, para que isso seja possível, é necessário que haja interação, que as equipes e os profissionais possam compartilhar

informações, priorizando a tomada de decisões conjuntas entre unidades relevantes a fim de alcançar objetivos e estratégias semelhantes. Apenas com isso conseguiremos alcançar a excelência no cuidado ao paciente.

Aliado ao discurso dos residentes e na potência do trabalho coletivo, elaboramos uma tabela (tabela 5) com as principais sugestões de encaminhamentos dadas pelos residentes, obviamente nessa tabela não estão listadas todas as dificuldades apontadas pelos residentes, mas apenas as situações que eles, de alguma forma, conseguiram propor encaminhamentos e soluções possíveis. Na parte final desse trabalho iremos tecer alguns comentários que irão auxiliar na compreensão desse dispositivo de análise.

Tabela 5: Encaminhamentos propostos pelos residentes

Continua

ENCAMINHAMENTOS PROPOSTOS PELOS RESIDENTES	
Situação / Problemas	Encaminhamentos
Funcionamento deficitário da Emergência	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitação sobre gestão, linhas de cuidado - Treinamento sobre as rotinas, fluxos, funcionamento do serviço - Organizar os processos internos e processos de trabalho
Planejamento fragmentado da Alta	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciar no primeiro dia da internação do paciente - Envolver todas as profissões - Estimular o diálogo e o protagonismo do paciente
Pouca valorização da Integralidade na prática, trabalho Fragmentado	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe médica ser mais constante - Ter um médico de referência por turno - Planejar projetos específicos para as principais demandas dos pacientes - Rounds/Estudo de caso semanais com todos os residentes - Rounds com foco multidisciplinar - Estimular a identidade grupal
Baixo Reconhecimento da Residência	<ul style="list-style-type: none"> - Chefias de o Serviço incentivar os profissionais contratados a compreenderem a função da residência

Conclusão	
Falta de informação sobre as profissões	<ul style="list-style-type: none"> - Residência Única - Apresentação das principais atividades desenvolvidas pelas diferentes profissões - Aulas teóricas conjuntas - Treinamentos específicos para a equipe da emergência - Capacitações que abordem temas para além das questões orgânicas
Residências (des)Integradas no serviço	Iniciar de forma conjunta (Integração única)
Baixa autonomia por não serem referência	<ul style="list-style-type: none"> - Ser apresentados aos novos alunos como referência das equipes - Integração entre os residentes do primeiro e segundo ano

10 AVALIANDO O PERCURSO E VISLUMBRANDO NOVOS INÍCIOS

O percurso trilhado durante todo o processo da pesquisa foi rodeado de reinvenções, de mudanças e ajustes que tornaram possível a confecção deste trabalho. A experiência de trabalhar num Serviço de emergência há bastante tempo nos mostra a importância de ter flexibilidade e criatividade, a necessidade de trabalhar dentro do possível e não do ideal. Ao nos depararmos com a impossibilidade de realizarmos a pesquisa a partir da visão dos pacientes e da possibilidade de termos como sujeitos de pesquisa os residentes, ao mesmo tempo que nos desestabilizou, nos oportunizou repensar o nosso papel dentro da instituição HCPA. Ocupamos uma posição pedagógica importante dentro da instituição, não somos apenas profissionais responsáveis pela assistência ao paciente, mas também profissionais que tem a responsabilidade de compartilhar seus conhecimentos com os residentes. Quando ingressamos como funcionário contratado do HCPA estamos cientes de que a instituição preconiza o tripé: assistência, ensino e pesquisa, porém foi a partir do processo investigativo desse trabalho que mensuramos a importância dos contratados na formação dos estudantes.

Ao escolhermos os residentes como aliados no enfrentamento dos problemas da Emergência não tínhamos consciência do quão enriquecedor seria a sua participação e nem do quanto possuem um ponto de vista privilegiado sobre a emergência. Como foi exposto durante a dissertação, a escolha pelos residentes ocorreu pelo fato de acreditarmos que a entrevista com estes residentes seria mais acessível, uma vez que eles poderiam se encontrar menos “viciados” com as rotinas da emergência e não queríamos correr o risco de ter como público alvo profissionais descrentes com o serviço de saúde pública.

Mesmo com todas as mudanças ocorridas durante o percurso da pesquisa (pacientes *versus* residentes/ entrevistas individuais *versus* grupos focais) a nossa intenção sempre foi melhorar a assistência ao paciente, refletir sobre a realidade de superlotação e pensar em estratégias de enfrentamento. Sabemos que essa não é uma condição exclusiva do HCPA, como bem pontuamos ao longo da revisão teórica, a superlotação é uma constante em Serviços de emergência no mundo todo, tornando-se um problema de saúde pública.

Diferente de outros países, o Brasil possui um dos maiores sistemas público de saúde do mundo, o Sistema Único de Saúde. O SUS tem como premissa principal garantir o acesso integral, universal e igualitário a população brasileira. Durante todo o nosso percurso teórico levantamos alguns exemplos de leis, políticas, diretrizes, normas, decretos e portarias elaboradas para tencionar as instituições de saúde e, conseqüentemente, os profissionais a terem uma visão mais integral e pluralista dos casos que atendem, contudo, na prática, nos deparamos com uma realidade que não condiz com o que está preconizado na Constituição e pelo SUS, o que torna o trabalho em serviço de saúde público frustrante e desacreditado.

O reconhecimento que o HCPA ocupa no cenário nacional é algo notório, temos consciência de que trabalhamos em uma instituição que efetivamente preza a excelência em seus serviços e, por acreditarmos na sua evolução e desenvolvimento, é que nos propomos a “Conhecer as percepções dos residentes que atendem no Serviço de emergência sobre a superlotação e propor estratégias educativas e psicoeducativas, que auxiliem a equipe na melhor condução dos casos atendidos” (objetivo geral da pesquisa). Consideramos que a longo de todo o trabalho conseguimos compreender a percepção dos residentes sobre o Serviço de emergência, principalmente quando nos aventuramos a ser analistas do processo de colheita.

De acordo com o ponto de vista dos residentes podemos considerar a existência de questões que dificultam o trabalho dentro da emergência. Nos chama atenção as dificuldades apontadas pelos residentes não estarem relacionadas a quantidade de pacientes a serem atendidos. Estão diretamente associadas aos processos de aprendizagem e de trabalho, as relações interpessoais e a falta de preparo para lidar com as adversidades de uma emergência superlotada.

No imaginário da pesquisadora (antes da pesquisa) e de muitos colegas (compartilhamos esse pensamento em diferentes espaços de discussão), o número de pacientes era o principal problema da emergência, embora isso seja um ponto nevrálgico para o aprendizado, na visão dos residentes, esse não é o maior dos problemas, fato que merece ainda maior destaque na finalização deste trabalho.

Nos deparamos, durante a pesquisa, com sujeitos sedentos por um espaço de escuta, que pudessem compartilhar suas angústias, frustrações e sentimentos. Buscavam encontrar no olhar do outro algo semelhante, que fizesse sentido e fosse identificado como comum do grupo. Os principais problemas apontados pelos

residentes estão relacionados à falta de integração entre as equipes, a fragmentação do trabalho e a dificuldade de comunicação, características que estão na contramão do que é preconizado pela legislação e, principalmente, pela Política de Humanização.

Acreditamos ter oportunizado, ao longo dos dois encontros, que os residentes pudessem se colocar no lugar do outro, que compreendessem as implicações das suas condutas e atitudes no processo de trabalho e que valorizassem o trabalho multiprofissional. Com esses encontros confirmamos o que já acreditávamos desde o início: para modificarmos paradigmas instituídos precisamos de diálogo e reflexão.

Durante a escrita teórica tivemos o cuidado de apontar cronologicamente aspectos que de certa forma justificam a maneira de trabalhar com saúde na atualidade. Apresentamos uma pequena revisão da criação do hospital e do hospital-escola; sobre os Serviços de emergências e urgências hospitalares, focando na questão da superlotação, pano de fundo desse trabalho. Ao final fizemos um apanhado sobre questões relacionadas à modalidade de aprendizagem através da formação em serviço, ou seja, as residências médicas e multidisciplinares.

Consideramos ter propiciado ao leitor o acompanhamento do nosso processo de análise dando acesso à percepção de uma história que deixa marcas que perduram até os dias de hoje, principalmente, quando se fala da hegemonia médica e da dificuldade em colocar em prática o modelo de atendimento preconizado pelo SUS, levando em conta a integralidade e a singularidade do sujeito.

Um dos aspectos que nos chama a atenção ao estudarmos sobre as residências médicas e multiprofissionais é a importância da integração metodológica. Que possamos aproveitar o que cada metodologia tem de melhor, ou seja, aprender com a medicina a importância do aprendizado baseado na prática supervisionada, na definição de condutas e no estímulo ao pensamento clínico do residente. Bem como, mesclar com o que é preconizado na metodologia da residência multidisciplinar, com o aprendizado baseado em linhas de cuidado nas redes de atenção, na gestão da clínica ampliada, da atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar. Consideramos crucial que ocorra essa integração metodológica, pois acreditamos que elas se complementam e não que são excludentes.

É notório que a residência médica ocupa um espaço mais consolidado de aprendizado, como forma de treinamento em serviço, com prestígio e valorização da comunidade científica, em comparação a RIMS, que é mais recente e está em processo de crescimento e reconhecimento. Contudo, a residência multiprofissional

está em maior consonância com o que é preconizado pelo SUS, do que a residência médica. Isto se deve ao fato de investir em metodologias e dispositivos que levam em conta a clínica ampliada, a atenção integral, a multi e a interdisciplinariedade, enquanto a medicina preconiza o aprendizado de aspectos teóricos e técnicos de determinada especialidade médica. Autores como Scherer, Pires e Schwartz (2009) defendem a revisão da hegemonia do médico no trabalho em saúde, em práticas interdisciplinares para potencializar a qualidade da atenção à saúde, em especial quando se fala em Sistema Único de Saúde.

Estamos caminhando a passos lentos nessa mudança cultural, diante do exposto até o momento, fica evidente que as metodologias de aprendizado utilizadas nas residências precisam conversar entre si, bem como a importância de estimular o diálogo e a troca de experiência entre os diferentes tipos de formação em serviço, uma alinhada à outra. Precisamos evoluir na construção de equipes multiprofissionais mais eficazes e coesas, que compreendam o sujeito na sua integralidade, promovendo uma melhor qualidade de vida, respeitando a autonomia e encorajando o paciente a fazer escolhas, pois cada vez mais nos deparamos com sujeitos e situações complexas e constatamos que apenas uma especialidade não conseguirá dar conta dessa complexidade. É importante que haja uma (re)valorização e (re)apropriação do papel do profissional de saúde como humano, no respeito à singularidade e à subjetividade do paciente, não apenas como um corpo enfermo e sim como sujeito de maneira integral.

Quando optamos por realizar uma pós-graduação *stricto sensu* - Mestrado Profissional, o mais estimulante era o fato poder pesquisar sobre a nossa realidade de atuação, estudar sobre estratégias de melhorias nesse cenário que possam ser colocadas em prática. Desta forma, a expectativa é que o produto dessa dissertação fortaleça o trabalho multiprofissional (obviamente estamos incluindo os médicos como parte dessa equipe), que auxilie na humanização e na integralidade dos atendimentos prestados no Serviço de Emergência do HCPA, que estimule o comprometimento da equipe com as dimensões do cuidar e do proteger, oportunizando que o paciente assuma uma posição de protagonista e corresponsável pelo seu tratamento e se implique na construção de seu processo de saúde.

Dentre os objetivos específicos da nossa pesquisa estava previsto: *Estimular os residentes a traçar algumas hipóteses de solução do problema (superlotação)*. A partir do discurso dos residentes elaboramos uma tabela (tabela 4) com as principais

sugestões de encaminhamentos dadas pelos residentes, conforme exposto no capítulo anterior.

As sugestões apontadas pelos residentes reforçam o defendido por diferentes autores de que o trabalho desenvolvido dentro do SEH precisa ser realizado de forma coletiva, com uma equipe multiprofissional coesa, que invista na construção de atendimentos humanizados e integrais. Durante o processo de análise percebemos o quanto os residentes sentem falta de pensar o sujeito de forma integral, principalmente quando pontuam a integralidade do cuidado como um dos aspectos que precisam ser melhor trabalhados, com equipes de referência e médicos constantes.

Os residentes realmente estão comprometidos com as dimensões do cuidar e do proteger, se preocupam com a qualidade das altas hospitalares. Isso demonstra uma valorização do trabalho em rede, bem como na prevenção de doenças, promoção da saúde e reabilitação do paciente, para além da cura ou o alívio dos sintomas. Consideramos que os residentes têm consciência da importância de envolver o usuário na construção de seu processo de saúde, promovendo protagonismo, autonomia e corresponsabilização diante do seu tratamento.

A fragmentação do trabalho é um problema apontado pelos residentes e que precisa ser otimizado. Precisamos aprender a trabalhar de maneira inter e multidisciplinar. Sabemos que mudanças como essas precisam estar alicerçadas ao comprometimento das equipes de saúde e a aceitação da sociedade. Os dois atores (equipe de saúde e sociedade) precisam compreender a importância da atenção básica e de ações de prevenção e promoção.

Acreditamos que para interromper essa supremacia médica e hospitalocêntrica incentivando o trabalho integral e interprofissional devemos agir de forma micropolítica, através de ações de educação, que busquem a mudança de práticas pedagógicas previamente instituídas. Ousamos dizer que pretendemos, a partir do nosso produto final (APÊNDICE D), estimular a troca de saberes e informações, propondo reuniões de equipes para pensar de forma coletiva, diminuindo a fragmentação do trabalho, a fim de melhorar a assistência prestada ao paciente

Para colocar isso em prática contamos com os residentes como importantes aliados nessa nova configuração, uma vez que podem ser incentivadores e multiplicadores de práticas de saúde criativas e inovadoras, que objetivem o cuidado integral, estimulando a soma dos saberes, fazendo da inter e da multidisciplinaridade ferramentas de otimização das atividades desenvolvidas nos serviços hospitalares e

na assistência ao paciente. Apostando, assim como Meyer, Félix e Vasconcellos (2013):

Numa micropolítica do cotidiano e mantendo-nos abertos para acontecimentos, encontros, relações, afetos e problemas que acontecem ali mesmo, buscamos experimentar e inventar novas práticas de saúde, inclusive formativas, nos espaços institucionalizados, entendendo esse movimento de criação como algo que é imanente ao cotidiano dos serviços e dos processos de trabalho, das práticas de cuidado e de gestão em saúde (p. 866).

O produto desenvolvido a partir do ponto de vista dos residentes e do processo de análise da pesquisa servirá como disparador de uma mudança de cultura. As ações propostas por esse trabalho são apenas o início dessa discussão e de forma nenhuma buscamos defender a nossa estratégia como única possível, estamos nos arriscando a experimentar e como aconselha Lazzarotto (2012, p.101) “Para experimentar vista-se do não senso. Abandone a cronologia e habite o tempo que flui no movimento do pensar.” E assim o faremos, permitindo-nos errar e apostar numa nova forma de aprender a aprender.

Em nosso produto final buscamos refletir e traçar planos de intervenções possíveis, no contexto de uma emergência hospitalar superlotada. Levando em conta a construção de um novo paradigma de cuidado à saúde, integral e resolutivo (CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2012). Com intervenções imediatas das equipes multidisciplinares pretendemos suprir as demandas complexas dos pacientes internados no SEH,

Ações desenvolvidas com os residentes podem contribuir para a aproximação dos profissionais contratados em atividades de educação permanente, principalmente se tivermos atividades, programas e eventos, flexíveis e específicos, que incentivem a participação dos profissionais do Serviço de Emergência. Para tornar isso tudo possível precisamos do apoio e disponibilidade da gestão do serviço.

Obviamente sabemos que propor uma reconfiguração pedagógica não é tarefa simples e nem temos a pretensão, com este trabalho, de fornecermos soluções ou respostas prontas, queremos oportunizar o diálogo, a reflexão sobre a forma como aprendemos, estimulando a experimentação de novas possibilidades, mantendo a nossa condição de aprendizes, curiosos e interessados em produzir saúde de uma forma diferente. Temos consciência das limitações desse trabalho e do desafio de instituir, num serviço como a Emergência, espaços coletivos e permanentes de

discussão que estimulem a capacidade de reflexão sobre o serviço e a assistência prestada e que proporcionem aos trabalhadores adotar uma postura crítica em relação às atividades desenvolvidas e ao conhecimento aprendido, que saibam trabalhar em equipe, acolhendo os diferentes conhecimentos e aptidões técnicas e conseguindo exercer o trabalho com ética, humanidade, empatia e respeito ao próximo (CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2012).

Somos instigados pelo discurso de Laura Feuerwerker que aposta: “estudantes, professores, profissionais de saúde e usuários podem ser sujeitos protagonistas da produção de novos modos de aprender, cuidar e produzir conhecimento” (FEUERWERKER, 2014, p. 129). E defende, assim como nós:

(..) essa possibilidade se fabrica por meio da instalação de múltiplos processos coletivos de reflexão crítica sobre as práticas, da produção de desconforto e desassossego, da produção de acontecimentos – em diferentes territórios, de diferentes modos, a partir de diferentes referências. É a partir dos diferentes processos concretos de vivência que se fabricam novos problemas e se produzem novos conhecimentos e relações (FEUERWERKER, 2014, p. 130).

Mesmo com todos os acontecimentos políticos que estão ocorrendo em nosso país no período de elaboração desse trabalho, ainda acreditamos na potência dos encontros, no serviço de saúde pública, na educação, na mudança de cultura e na instituição em que trabalhamos. Somos apaixonados pela nossa profissão e realmente queremos oportunizar o melhor atendimento ao paciente, embora isso possa parecer, para muitos, romântico e utópico, ainda assim iremos defender essa análise, esse encontro, que foi tão potente, mesmo sabendo que esse percurso reflexivo apenas está iniciando e não se encerra aqui. Apostamos no aprendizado que gere mudança de comportamento, principalmente quando conseguimos tocar e envolver quem está começando nesse caminho, os residentes. Ouvir as suas demandas e a possibilidade de colaborar com a humanização dessa formação profissional, passa a ser o nosso desafio enquanto profissional da saúde.

REFERÊNCIAS

Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMED). **Minuta do Programa de Residência Médica (PRM) – Adulto**, aprovada pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Disponível em: <<http://www.abramede.com.br/upload/arquivos/prm-adulto.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2017.

ALVAREZ, J.; PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (orgs). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 131-149.

ARAÚJO, K. M.; LETA, J. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. **História, Ciências, Saúde**. Rio de Janeiro, v. 201, n. 24, p. 1261-1281, out./dez., 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n4/0104-5970-hcsm-S0104-59702014005000022.pdf>> Acesso em: 04 mar. 2017.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes**. 6. ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2012.

BARROS, L. P.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (orgs.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p.52-75.

BARROS, L. M. R.; BARROS, M. E. B. O problema da análise em pesquisa cartográfica. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. (orgs.). **Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum – volume 2**. Porto Alegre: Sulina, 2014. p. 175-202.

BARROS, R. B. Dispositivos em ação: o grupo. In: LANCETTI, A. (org.). **SaúdeLoucura: Subjetividade – questões contemporâneas**, n. 6, São Paulo: Hucitec, 1997, p. 183-191.

BARROS, R. B. **Grupo: a afirmação de um simulacro**. 2.ed. Porto Alegre: Sulina, 2009.

BITTENCOURT, R. J. **A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixo desempenho organizacional**. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25869_bittencourtrjd.pdf> Acesso em: 04 mar. 2017.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 929-934, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400014> Acesso em: 04 mar. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 12 dez. 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. Senado Federal. Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 80.281**, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Brasília, 1977. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D80281.htm> Acesso em: 04 mar. 2017.

BRASIL. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem). Brasília, DF, 2005. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm> Acesso em: 04 mar. 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento Profissional de Nível Superior. **Comunicado nº 001/2012**. Orientações para novos APCNS. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <https://www.capes.gov.br/images/stories/download/avaliacao/Criterios_APCNs_Ensino.pdf> Acesso em: 04 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira**. Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 1000**, de 15 de abril de 2004. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <<https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-92-31-2004-04-15-1000>> Acesso em: 04 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 1005**, de 27 de maio de 2004. Brasília, DF, 2004c. Disponível em: <http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/portaria/PI_1005_270504.pdf> Acesso em: 04 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 1006**, de 27 de maio de 2004. Brasília, DF, 2004d. Disponível em: <http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/portaria/PI_1006_270504.pdf> Acesso em: 04 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.702**, de 17 de agosto de 2004. Brasília, DF, 2004e. Disponível em:

<http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/portaria/P_1702_170804.pdf>
Acesso em: 04 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.352**, de 26 de outubro de 2004. Brasília, DF, 2004f. Disponível em:
<http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/portaria/P_2352_260804.pdf>
Acesso em: 04 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF, 2004g. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf> Acesso em: 04 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 2.400**, de 02 de outubro de 2007. Brasília, DF, 2007. Disponível em:
<<http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2400-%5B2830-120110-SES-MT%5D.pdf>> Acesso em: 04 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília, DF, 2003. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf> Acesso em: 04 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.863**, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF, 2003. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html>
Acesso em: 04 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048**, de 05 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, DF, 2002. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>
Acesso em: 04 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.125**, de 7 de dezembro de 2006. Institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS e define competências. Brasília, DF, 2006. Disponível em:
<http://www.prosaude.org.br/2013/legislacao_2013/Legislacao_Textos/Portaria%20N%C2%AA%203125%20_071206.pdf> Acesso em: 04 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 320**, de 4 de fevereiro de 1994. Cria o código de Atendimento Específico Urgência/Emergência. Brasília, DF, 1994. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/urg_e/>. Acesso em: 04 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília, DF, 2017. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabbr.def>> Acesso em: 04 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria nº 15**, de 8 de janeiro de 1991, de 10 de janeiro de 1991. Define a ascensão automática mental do IVH dos Hospitais integrantes do SUS; cria o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (Fideps) e dá outras providências. Brasília, DF, 1991. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/fideps/>> Acesso em: 04 mar. 2017.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. T. A. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 65-85, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n1/v21n1a04.pdf>> Acesso em: 03 maio 2017.

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T.; BELISÁRIO, S. A. A formação superior dos profissionais da saúde. In: GIOVANELLA L., ESCOREL S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (orgs). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2012. p. 885-910

CASAROTTO M. et al. "I went to the nearest health clinic...": free demand of the emergency service of a university hospital. **Revista online de pesquisa: cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 2712-2721, jul./set. 2012. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5090822.pdf>> Acesso em: 04 mar. 2017.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**: Uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul-set. 1997. Disponível em:<<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v13n3/0171.pdf>> Acesso em: 04 mar. 2017.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, 2003. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-07.pdf>> Acesso em: 04 mar. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM) - **Resolução CFM nº 2.149/2016**. Dispõe sobre a homologação da Portaria CME nº 01/2016, que disciplina o funcionamento da Comissão Mista de Especialidades (CME), composta pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que normatiza o reconhecimento e o registro das especialidades médicas e respectivas áreas de atuação no âmbito dos Conselhos de Medicina. Brasília, DF: CFM, 2016. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2016/2148_2016.pdf> Acesso em: 04 mar. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 1.763/2005**. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.666/2003, que celebra o

convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina - CFM, a Associação Médica Brasileira - AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM. Brasília, DF: CFM, 2005. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2005/1763_2005.htm> Acesso em: 04 mar. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 1.451/95**. Resolve que os Pronto-Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimentos em Urgência e Emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida. Define Urgência e Emergência. Brasília, DF: CFM, 1995. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/urg_e/> Acesso em: 18 dez. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução nº 287, de 08 de outubro de 1998**. Brasília, DF: CNS, 1998. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/docs/Reso287.doc> Acesso em: 04 mar. 2017.

COIMBRA, C. M. B. e NASCIMENTO, M. L. **Sobreimplicação: Práticas de esvaziamento político?** Niterói, RJ: 2004. Disponível em: <http://www.slab.uff.br/images/Aquivos/textos_sti/Maria%20L%C3%ADvia%20do%20Nascimento/texto22.pdf> Acesso em: 04 mar. 2017.

COIMBRA, C. M. B. e NASCIMENTO, M. L. Implicar: In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C. (Orgs.). **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 131-133.

COLOMBO, A. A.; BERBEL, N. A. N. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, jul./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/3733/2999>> Acesso em: 04 mar. 2017.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

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

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. Disponível em: <<http://lct-ead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/Livro%20%20laura%20feuerwerker-%202014.pdf>> Acesso em: 04 mar. 2017.

FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n.3, p.30-35, set./dez. 2004.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. Petropolis: Vozes, 2003.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

FREIRE, A. B. et al. Serviços de urgência e emergência: quais os motivos que levam o usuário aos pronto-atendimentos? **Revista Saúde**, Santa Maria, v. 41, n. 1, jan./jul. 2015. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revistasauade/article/viewFile/15061/pdf>> Acesso em: 04 mar. 2017.

FROSSARD, A. G. S.; SILVA, E. C. S. Experiência da residência multiprofissional em serviço social e cuidados paliativos oncológicos. **Revista katálysis**, Florianópolis, v.19, n. 2, p.281-288, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v19n2/1982-0259-rk-19-02-00281.pdf>> Acesso em: 04 mar. 2017.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). **Gestão do Serviço de Emergência (material de uso interno)**, 2015.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPAa). **Emergenciômetro**. Disponível em: https://www.hcpa.edu.br/index.php?option=com_content&task=view&id=8165&Itemid=2687> Acesso em: 04 mar. 2017.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). **Emergência**. Disponível em: <<https://www.hcpa.edu.br/content/view/7857/2365/>> Acesso em: 04 mar. 2017.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). **Intranet**. Disponível em: <<https://intranet.hcpa.edu.br/index.php#>> Acesso em: 04 mar. 2017.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde: 2013** - percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=291110>> Acesso em: 04 mar. 2017.

ISMAEL, S. M. C. **Temas de Prevenção, ensino e pesquisa que permeiam o contexto hospitalar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

JUNIOR, M. J. A. Para uma análise cartográfica da subjetividade na escola a partir de Nietzsche, Deleuze e Guattari. **SABERES**, Natal, v. 1, n. 6, fev. 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/saberes/article/viewFile/936/863>> Acesso em: 04 mar. 2017.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (orgs). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 32-51.

LAZZAROTTO, G. D. R. Experimental. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C. (Orgs). **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 101-103.

LOURENÇÃO, L. G.; MOSCARDINI, A. C.; SOLER, Z. A. S. G. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 56, n.1, p.81-91, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000100021> Acesso em: 04 mar. 2017.

MACHADO, S. P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 871-877, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/06.pdf>> Acesso em: 04 mar. 2017.

MEDICI, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Rev. Ass. Med. Bras.** 2001;47(2):149-156. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000200034&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 04 mar. 2017.

MENZIES, I. E. P.; JAQUES, E. **Los Sistemas Sociales como defensa contra la Ansiedad**. 2. ed. Buenos Aires: Hormé, 1974.

MERHY E. E. **SAÚDE: A cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

MERHY E. E. Em busca do tempo perdido: micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>> Acesso em: 04 maio 2017.

MEYER, D. E.; FELIX, J; VASCONCELOS, M. F. F. Por uma educação que se movimente como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. **Interface**, São Paulo, vol.17, n.47, p.859-87, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n47/aop4513.pdf>> Acesso em: 04 mar. 2017.

MOSSER, G.; BEGUN, W. **Compreendendo o trabalho em equipe na saúde**. Porto Alegre: AMGH, 2015.

NETO, F. C. B., et al. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 577- 608.

NOGUEIRA, D. L. et al. Avaliação dos Hospitais de Ensino no Brasil: uma Revisão Sistemática. **Rev. Bras. Edu. Med.** v. 39, n. 1, p. 151-158, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n1/1981-5271-rbem-39-1-0151.pdf>> Acesso em: 04 mar. 2017.

OLIVEIRA, F. **Relações de trabalho e sentidos do cooperativismo**. 2005. 148 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2005.

PALMEIRA, A. M. B.; MATTOS, P., PETERS, L. M. **O que é hospital de ensino?** Cartilha. Brasília: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde / Grupo técnico Central de Hospitais de Ensino, 2012. Disponível em: <<http://www.fepecs.edu.br/arquivos/cartilhaGTCHE.pdf>> Acesso em: 04 mar. 2017.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (orgs.). **Pistas do método da cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2012. p.17-31

PASSOS, E.; KASTRUP, V. Sobre a validação da pesquisa cartográfica: acesso à experiência, consistência e produção de efeitos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. (orgs.). **Pistas do método da cartografia**: a experiência da pesquisa e o plano comum – volume 2. Porto Alegre: Sulina, 2014. p. 203-237

PAULON S. M.; ROMAGNOLI R. C. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia Social**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 85-102, 2010. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a07.pdf>> Acesso em: 04 mar. 2017.

PAULON, S. M. et al. **O foco míope**: apontamentos sobre o cuidado à crise em saúde mental em emergências de hospitais gerais. **Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 2, Número Temático, 2012. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/40322>> Acesso em: 04 mar. 2017.

Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA). **Atendimento de emergência terá novo fluxo na rede de saúde**. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_noticia=159150&atendimento> Acesso em: 04 mar. 2017.

POERSCH, A. L. **Das (im)possibilidades no retorno às atividades**: trabalho, subjetividade e reabilitação profissional. Dissertação (Mestrado). Universidade do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2015.

POZZANA, L. A formação do cartógrafo é o mundo: corporificação e afetabilidade. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. (orgs.). **Pistas do método da cartografia**: a experiência da pesquisa e o plano comum – volume 2. Porto Alegre: Sulina, 2014. p. 42-65.

ROLNIK, S. **Hal Hartley e a ética da confiança**. 1994. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/halhartley.pdf>> Acesso em: 04 mar. 2017.

ROMAGNOLI, R. C. A cartografia e a relação pesquisa e vida. Belo Horizonte, **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p.166-173, maio 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n2/v21n2a03.pdf>> Acesso em: 04 mar. 2017.

ROMANO, W. B. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. Casa do Psicólogo. São Paulo, 1999.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Tecendo os fios entre educação e saúde: avaliação do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde. **Avaliação**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 637-656, jul. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-40772016000200637&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 04 mar. 2017.

SÁ, M. C.; CARRETEIRO, T. C.; FERNANDES, M. I. A. Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p.1334-1343, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000600014&script=sci_arttext> Acesso em: 04 mar. 2017.

SANT'ANNA, D. B. **Corpos de Passagem: Ensaio sobre a Subjetividade Contemporânea**. 2. ed. São Paula: Estação Liberdade, 2005.

SANTOS, D. S. **O cotidiano de um Serviço de Urgência e Emergência nos discursos de usuários e trabalhadores**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ANDO-A76N6Z/tese_daniela_soares_santos.pdf?sequence=1> Acesso em 04 maio 2017.

SANTOS, C. A.; SANTO, S. E. E. Análise das Causas e Consequências da Superlotação dos Serviços de Emergências Hospitalares: Uma Revisão Bibliográfica. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.5 n.3, jan./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/187/0>> Acesso em: 04 mar. 2017.

SARRIERA, J. C.; SAFORCADA, E. (org.). **Enfoques teórico metodológicos de la Psicología Comunitária**. Buenos Aires: Paidós, 2008

SCHERER, M. D. A.; PIRES D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-5, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/90.pdf>> Acesso em: 04 mar. 2017.

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR (SES). **Resolução CNRMS nº 2**, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192> Acesso em: 04 mar. 2017.

SILVA, E. V. M. et al. A formação de profissionais de saúde em sintonia com o SUS: currículo integrado e interdisciplinar. 2008. Disponível em: <http://www.cosemsms.org.br/files/publicacoes/formacao_profissionais_2008.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2017.

SILVA, L. G.; MATSUDA, L. M. WIDMAN, M. A. P. A estrutura de um serviço de urgência público, na ótica dos trabalhadores: perspectivas da qualidade. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 320-82, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200009> Acesso em: 04 mar. 2017.

SOUZA, C. C. **Análise da confiabilidade do Sistema de Triagem de Manchester para determinar o grau de prioridade de pacientes em serviços de urgência**. 2016. 136 f. Tese (Doutorado em enfermagem) Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2016. Disponível em:

<<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/ANDO-A97JVY>> Acesso em: 04 mar. 2017.

SPONHOLZ, T. C. H et al. Processo de trabalho na residência médica: a subordinação do ensino-aprendizagem à exploração da força de trabalho dos residentes. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v.14, s.1, p.67-87, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v14s1/1678-1007-tes-14-s1-0067.pdf>> Acesso em: 04 mar. 2017.

TORRES, A. O paciente em estado crítico. In: Romano, B.W. **Manual de psicologia clínica para hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008, p. 42-61.

VIEIRA, M. N. C. M; PANÚNCIO-PINTO, M. P. A Metodologia da Problematização (MP) como estratégia de integração ensino-serviço em cursos de graduação na área da saúde. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 48, n. 3, p.241-8, 2015. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2015/vol48n3/simp5_A-Metodologia-da-Problematizacao.pdf> Acesso em: 04 mar. 2017.

ZANELLA, A. V. Escrever. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C. (Orgs.). **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p.89-91

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado a ser entrevistado em grupo pelo projeto de pesquisa “Emergência lotada: pacientes crônicos, má adesão e o papel da equipe multiprofissional”. O objetivo principal do projeto é conhecer as percepções dos residentes que atendem no serviço de emergência sobre a superlotação e propor estratégias educativas e psicoeducativas que possam auxiliar a equipe na melhor condução dos casos atendidos. Os resultados desta pesquisa proporcionarão um maior conhecimento sobre a realidade do serviço de emergência e servirão de subsídios para se traçar um projeto de intervenção com a equipe multiprofissional e os estudantes, do serviço de emergência utilizando estratégias educativas e psicoeducativas que visem a melhoria do serviço e à longo prazo redução da superlotação.

O benefício com a participação, neste momento, poderá não ser direto, mas outros estudantes em situações semelhantes poderão se beneficiar. Não são conhecidos riscos associados a participação na pesquisa, porém caso você se sinta desconfortável com algum questionamento ou considerar que o tempo de execução do grupo está aquém do esperado, a sua participação poderá ser interrompida em qualquer etapa, sem que isto interfira nas atividades prestadas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Igualmente ficamos a sua disposição para qualquer dúvida ou sugestão fora dos momentos do grupo nos contatos abaixo.

Para o desenvolvimento da pesquisa estão previstos dois encontros grupais de aproximadamente 90 minutos, que objetivam investigar as percepções dos residentes sobre o Serviço de Emergência identificando como eles compreendem e/ou percebem a questão da superlotação; mapear as dificuldades encontradas pelos residentes no atendimento aos pacientes em função da emergência superlotada; e estimular que os residentes possam traçar algumas hipóteses de solução do problema (superlotação).

As informações obtidas a partir deste projeto de pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação quando da apresentação dos resultados em publicação científica ou educativa, uma vez que os resultados serão sempre apresentados como retrato de um grupo e não de uma pessoa.

Este documento será elaborado em duas vias, sendo uma delas entregue a você e outra será mantida pelo grupo de pesquisadores. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação no estudo e o participante não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Esse trabalho está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Ensino da Saúde (Faculdade de Medicina – UFRGS) e ao Serviço de Psicologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, tendo como pesquisadora responsável Simone Scremin (CRP 07/12538) e também a pesquisadora Luciana Fernandes Marques (Professora Adjunta Faculdade de Educação e Pós-Graduação Ensino na Saúde UFRGS), psicóloga contratada do HCPA e orientadora do projeto de pesquisa respectivamente.

Todas as dúvidas poderão ser esclarecidas antes e durante o curso da pesquisa, através do contato com Simone Scremin, no telefone (51) 3359.8507. Da mesma forma, o Comitê de Ética em Pesquisa/UFRGS poderá ser contatado para esclarecimentos de dúvidas, através do telefone 3308. 3738.

.....
Assinatura do participante

Nome:

.....
Assinatura do pesquisador

Nome: Simone Medianeira Scremin

APÊNDICE B - Roteiro do grupo focal:

1. Qual a percepção de vocês sobre o serviço de emergência?
2. Quando vocês ingressaram na residência como era a emergência que vocês imaginavam?
3. Quais os pontos positivos e negativos que deveriam ser destacados?
4. Como se sentem ao trabalhar no serviço de emergência?
5. Quais são as principais dificuldades encontradas?
6. Vocês recebem o suporte adequado para prestar um bom atendimento?
7. Vocês consideram que as capacitações recebidas são suficientes?
8. Que sugestão vocês dariam aos preceptores para melhorar ou aprimorar a recepção de novos residentes no serviço de emergência?
9. Vocês consideram que o serviço de emergência presta uma boa assistência ao paciente? O que poderia ser melhorado?
10. Como vocês compreendem a superlotação?
11. Que ações vocês consideram importantes para diminuir a superlotação? Qual a sua implicação nisso?

APÊNDICE C - Principais assuntos abordados no 1º Encontro e que poderiam servir de estímulo a discussão do 2º Encontro:

- Dificuldade de comunicação
- Integralidade do cuidado
- Residência como referencia
- Disseminação de informações sobre as profissões
- Paternalismo do HCPA
- Planejamento de alta
- Alinhar informações entre equipe/pacientes/familiares
- Despreparo dos residentes
- Valorização do trabalho na Emergência
- Valorização do trabalho do residente
- Desmotivação
- Estimulo ao trabalho compartilhado
- Sobrecarga de trabalho
- Residências Integradas

APÊNDICE D - Estratégias pedagógicas possíveis

Ao nos submetemos a pós-graduação stricto sensu - Mestrado Profissional estamos cientes que o nosso objetivo maior é poder pesquisar sobre a nossa realidade de atuação, estudar estratégias de melhorias no nosso cenário de prática. De acordo com o CAPES o foco do mestrado profissional “está na aplicação do conhecimento, ou seja, na pesquisa aplicada e no desenvolvimento de produtos e processos educacionais que sejam implementados em condições reais de ensino” (BRASIL, 2012, p. 1).

Desta forma, para iniciarmos a construção do nosso produto educacional, lembraremos quais eram os objetivos do nosso trabalho, ou seja: *Conhecer as percepções dos residentes que atendem no serviço de emergência sobre a superlotação e propor estratégias educativas e psicoeducativas que auxiliem a equipe na melhor condução dos casos atendidos.* Na nossa dissertação buscamos investigar e acompanhar o processo de análise dos residentes sobre este cenário. Em nosso produto final pretendemos refletir e traçar intervenções possíveis, no contexto de uma emergência hospitalar superlotada. Temos a tranquilidade que as ações propostas são apenas o início dessa discussão e de forma nenhuma buscamos defender a nossa estratégia como sendo a única possível, estamos arriscando a experimentar e como aconselha Lazzarotto (2012, p.101) “Para experimentar vista-se do não senso. Abandone a cronologia e habite o tempo que fui no movimento do pensar.” E assim faremos, nos permitindo errar e apostar numa nova forma de aprender a aprender.

Dentre os objetivos específicos da nossa pesquisa estava previsto: *Estimular que os residentes tracem algumas hipóteses de solução do problema (superlotação).* A partir do ponto de vista dos residentes elaboramos uma tabela (tabela 1) com as principais sugestões de encaminhamentos dadas por eles, obviamente nessa tabela não estão listadas todas as dificuldades apontadas pelos residentes, mas apenas as que obtivemos encaminhamentos e soluções possíveis.

Tabela 1: Encaminhamentos propostos pelos residentes

continua

ENCAMINHAMENTOS PROPOSTOS PELOS RESIDENTES	
Situação / Problemas	Encaminhamentos
Funcionamento deficitário da Emergência	- Capacitação sobre gestão, linhas de cuidado

conclusão

	<ul style="list-style-type: none"> - Treinamento sobre as rotinas, fluxos, funcionamento do serviço - Organizar os processos internos e processos de trabalho
Planejamento fragmentado da Alta	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciar no primeiro dia da internação do paciente - Envolver todas as profissões - Estimular o diálogo e o protagonismo do paciente
Pouca valorização da Integralidade na prática, trabalho Fragmentado	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe médica ser mais constante - Ter um médico de referência por turno - Planejar projetos específicos para as principais demandas dos pacientes - Rounds/Estudo de caso semanais com todos os residentes - Rounds com foco multidisciplinar - Estimular a identidade grupal
Baixo Reconhecimento da Residência	<ul style="list-style-type: none"> - Chefias de o Serviço incentivar os profissionais contratados a compreenderem a função da residência
Falta de informação sobre as profissões	<ul style="list-style-type: none"> - Residência Única - Apresentação das principais atividades desenvolvidas pelas diferentes profissões - Aulas teóricas conjuntas - Treinamentos específicos para a equipe da emergência - Capacitações que abordem temas para além das questões orgânicas
Residências (des)Integradas no serviço	<ul style="list-style-type: none"> Iniciar de forma conjunta (Integração única)
Baixa autonomia por não serem referência	<ul style="list-style-type: none"> - Ser apresentados aos novos alunos como referência das equipes - Integração entre os residentes do primeiro e segundo ano

Quando optamos realizar uma cartografia, amparadas pela metodologia da cartografia, sabíamos que iríamos ser acionadas durante todo o processo, por infinitas potências e questionamentos, pois estávamos implicadas com essa construção. A pesquisa cartográfica leva em conta todos os movimentos presentes no processo,

engloba a coleta, a análise, a discussão dos dados e a escrita propriamente dita dos textos (BARROS; KASTRUP, 2012). Durante toda a pesquisa fomos acionadas por um turbilhão de ideias, pensamos em diferentes intervenções com a equipe multiprofissional e com os estudantes, que levassem em conta estratégias educativas e psicoeducativas, conforme prevista em nossos objetivos específicos, num processo bastante dinâmico.

A fim de tornar isso possível e colocar essas ideias em prática precisamos do respaldo da gestão do serviço, sabemos que todo o nosso produto só fará sentido e terá êxito se tivermos o apoio da gestão. Para investirmos numa mudança de paradigma pedagógico precisamos unir esforços dos gestores, estudantes e profissionais contratados. Estimular o debate e a problematização dessa realidade é um dos nossos principais planos.

A nossa intenção é apresentar aos gestores os resultados do nosso processo de pesquisa, mobilizá-los nessa nova configuração de aprendizado. Buscamos implica-los e motiva-los, que compreendam o ponto de vista dos residentes e a importância do cuidado integral e do trabalho multidisciplinar.

Nesse encontro, com os gestores do serviço, além de apresentarmos os resultados da nossa pesquisa, pretendemos mostrar as sugestões feitas pelos residentes, conforme descritas na tabela 1, e algumas alternativas de mudança no processo de ensino aprendizagem pensada pela pesquisadora a partir do ponto de vista dos residentes sobre a emergência, conforme descritas na tabela 2. Não iremos planejar a operacionalização das ações, pois sabemos que todo o nosso produto só fará sentido se for amplamente debatido e problematizado com o coletivo.

Defenderemos que as ideias expostas nas tabelas são apenas um dispositivo da discussão. Acreditamos que a participação dos gestores, contratados e estudantes durante o processo de elaboração dessas estratégias é fundamental. Infinitas estratégias podem ser desenvolvidas pelo Serviço de Emergência e conseqüentemente amenizar as dificuldades apontadas pelos residentes e otimizar a assistência prestada ao paciente.

Tabela 2: Proposições a partir do ponto de vista dos residentes

continua

Problemas

Objetivos

Ações

continua

<p>- Fragmentação do trabalho</p> <p>- Desconhecimento sobre o funcionamento do Serviço de Emergência</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Integrar a equipe - Melhorar o relacionamento interpessoal - Diminuir ruídos de comunicação 	<p>Criação de um Programa de Integração, que contemple a apresentação do Serviço, levando em conta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assuntos organizacionais (objetivos do serviço, principais fluxos e serviços oferecidos, a estrutura física, regras institucionais). - Acolhimento da equipe: Apresentação do novo estudante ao grupo, sugere-se que cada estudante tenha uma pessoa de referência para acompanhar esse processo. - Participação dos Residentes antigos - Ter um período de observação nas unidades antes de começar a atuar, para se integrar com a equipe e conhecer as rotinas. - Ter um profissional referência que esclarecesse dúvidas e contribuísse no seu aprendizado. - Reavaliação desse processo de maneira constante
<p>- Desconhecimento das competências do colega</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Discussão de casos - Alinhar comunicação - Integrar a equipe - Oportunizar o cuidado integral 	<ul style="list-style-type: none"> - Encontros quinzenais de discussão de caso multidisciplinar, podendo se utilizar algumas ferramentas da metodologia ativa/pedagogia problematizadora. Sugere-se discutir sobre o Arco de Charles Maguerez e aprendizagem baseada em problemas (problem-based learning – PBL)
<p>- Fragmentação da assistência</p> <p>- Planejamento do cuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Round Multidisciplinares - Assistência Integrada - Integrar a equipe 	<ul style="list-style-type: none"> - Criação de um modelo de discussão feito pelos próprios estudantes, com a participação dos contratados - Ter objetivos e responsabilidades compartilhadas, compreendidas por todos os membros da equipe - Preservar a autonomia do paciente
<p>- Capacitação das equipes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aulas teórico práticas unificadas - Valorização do aprendizado 	<ul style="list-style-type: none"> - Periodicamente realizarem capacitações e treinamentos específicos da Serviço de Emergência, conforme demanda dos estudantes - Disponibilizar que todos os profissionais do Serviço de Emergência possam participar

conclusão

<ul style="list-style-type: none"> - Fragmentação do Trabalho - Desconhecimento do Serviço de Emergência 	<ul style="list-style-type: none"> - Aprimorar o uso de tecnologias digitais - Aproximar os estudantes da realidade vivenciada - Aperfeiçoar condutas - Estimular o aprendizado 	<p>Formação de grupo de trabalho para pensar em estratégias possíveis para utilizar as mídias sócias e atividade de Ensino a Distância, como forma de familiarizar o estudante com as metodologias de ensino utilizadas na Emergência, bem como, espaços virtuais de interação</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Aprendizado fragmentado - Dificuldade de comunicação - Desvalorização do Trabalho Multiprofissional 	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver raciocínio clínico - Estimular o Trabalho em equipe - Facilitar a comunicação - Promover a capacidade empática 	<p>Encontros periódicos com profissionais capacitados para essa atividade oportunizando a réplica de situações vividas no dia a dia da Emergência e que possam servir de aprendizado aos estudantes e contratados</p>

Arriscaríamos a propor aos gestores do serviço criar um grupo de trabalho específico para a construção de uma proposta pedagógica para o Serviço de Emergência, englobando a construção de estratégias educativas e psicoeducativas. Neste grupo sugerimos ter de representantes dos residentes, principalmente da Medicina de Emergência e da RIMS, doutorandos, contratados (que possuam interesse em questões pedagógicas e professores do serviço, principalmente os tutores da residência).

Sugerimos utilizar a ferramenta da metodologia ativa/pedagogia problematizadora no primeiro encontro desse grupo. O Arco de Charles Maguerez (Colombo e Berbel, 2007 e Vieira e Panúncio-Pinto, 2015) serviria de dispositivo para refletir sobre a realidade da emergência. A intenção com essa metodologia é construir um diagnóstico situacional e identificar principais demandas de capacitações e treinamentos. Além disso, esses encontros oportunizariam o estímulo ao trabalho multidisciplinar, reforçaria o trabalho em equipe, a troca de informações e aprendizados, tendo como consequência uma melhora nas relações interpessoais do grupo.

A metodologia do arco preconiza cinco etapas ou fases a serem trabalhadas a partir de uma realidade social, ou seja, instituída. A primeira etapa seria a

observação da realidade; posteriormente teriam que ser elencados os pontos chaves da discussão; a terceira fase busca teorizar sobre o problema, seguida das hipóteses de solução e a última estaria voltada para a aplicação à realidade. Esquematizamos as principais ações de cada etapa do Arco de Charles Maguerez no quadro abaixo (Quadro 1), que elaboramos a partir da sugestão de estudos anteriores (COLOMBO; BERBEL, 2007; VIEIRA; PANÚNCIO-PINTO, 2015).

Quadro 1: Etapas do Arco de Charles Maguerez

continua

Etapas do Arco de Charles Maguerez
1º) Observação da realidade
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar o recorte de realidade a ser observado, ou seja, o serviço de saúde em uma emergência superlotada • Eleger a forma de observação • Realizar a observação (no formato definido ou possível) • Registrar as observações • Analisar o registrado, em seu conteúdo, problematizando-o • Eleger o foco do estudo a partir de um critério • Redigir sobre o problema • Justificar a escolha do problema
2º) Determinação dos Pontos Chaves
<ul style="list-style-type: none"> • Refletir a respeito do problema • Identificar possíveis fatores associados e determinantes do problema • Redigir a reflexão (sentido para o estudo a partir das explicações da existência do problema) • Analisar a reflexão, captando os vários aspectos envolvidos no problema • Eleger aspectos que serão estudados na etapa seguinte • Redigir os pontos-chaves (síntese clara- perguntas ou tópicos)
3º) Teorização
<ul style="list-style-type: none"> • Eleger a forma de estudar cada ponto-chave • Preparar e testar os instrumentos de coleta de informação (nesse caso, disponibilizados pela pesquisadora) • Organizar as condições para a aplicação dos instrumentos Coletar as informações (aplicação dos procedimentos e instrumentos definidos) a partir dos materiais disponibilizados • Tratar as informações • Analisar e discutir as informações • Estabelecer relações entre as diferentes informações • Concluir em função do problema, verificando se as hipóteses explicativas iniciais foram confirmadas, negadas ou não foram consideradas na teorização

conclusão

- Registrar toda a Teorização

4º) Hipóteses de Solução de Problemas

- Elaborar as hipóteses de solução para o problema, com base na Teorização e etapas anteriores
- Abranger diferentes instâncias ou níveis de ação visando à transformação daquela parcela de realidade estudada
- Usar criatividade para encontrar ações novas
- Explicar/argumentar as hipóteses elaboradas
- Registrar toda a elaboração

5º) Aplicação a realidade

- Analisar a aplicabilidade das hipóteses
- Eleger com critérios (exequibilidade, urgência, prioridade) as possíveis de colocar em prática
- Planejar a execução das ações pelas quais se compromete
- Colocar em prática as ações planejadas
- Registrar todo o processo, analisando os resultados

Acreditamos, assim como Vieira e Panúncio-Pinto (2015), que as metodologias ativas de ensino e aprendizagem devem ser utilizadas como estratégia de transformação da educação, estimulando a autonomia e a capacidade de autogestão do aprendiz. Esperamos que esses encontros possam ser um dispositivo para a construção de novos conhecimentos, especialmente para estimular as discussões multidisciplinares, bem como, a importância do cuidado integral, oportunizando a qualificação da assistência ao paciente.

ANEXO A - PARECER DA COMPESQ

Chasque Webmail :: Projeto de Pesquisa na Comissão de Pesquisa de Medicina

22/04/16 14:46

Assunto Projeto de Pesquisa na Comissão de Pesquisa de Medicina
 Remetente <compesq-famed@ufrgs.br>
 Para <luciana.marques@ufrgs.br>
 Data 2016-03-05 18:13



Prezado Pesquisador LUCIANA FERNANDES MARQUES,

Informamos que o projeto de pesquisa Emergência lotada: pacientes crônicos, má adesão e o papel da equipe multiprofissional encaminhado para análise em 16/02/2016 foi aprovado quanto ao mérito pela Comissão de Pesquisa de Medicina com o seguinte parecer:

PARECER CONSUBSTANCIADO

Porto Alegre, 05 de março de 2016.

Referência: Projeto de pesquisa 30683 –“Emergência lotada: pacientes crônicos, má adesão e o papel da equipe multiprofissional”.

Autores: LUCIANA FERNANDES MARQUES (coordenadora), SIMONE MEDIANEIRA SCREMIN (aluno de mestrado).

Adequação do título: adequado

Revisão da literatura: adequada.

Adequação dos objetivos frente à literatura: adequada.

Justificativa do projeto As demandas de atendimento na área de emergência médica estão associadas às situações críticas relacionadas e desencadeadas por doenças crônicas. Muitas vezes, pacientes que sofrem de doença crônica não aderem corretamente aos tratamentos. O objetivo deste estudo é contribuir para uma proposta de intervenção junto à equipe multiprofissional, procurando aumentar a adesão dos pacientes com doenças crônicas ao tratamento e a diminuição das internações.

Desenho e metodologia do projeto (grupos experimentais, procedimentos, indicadores de resultado, tipo de estudo, fase da pesquisa). Critérios de participação (recrutamento, inclusão/exclusão, interrupção da pesquisa).

Estudo utilizará cartografia como método de pesquisa-intervenção, através de entrevistas semiestruturadas com 10 usuários com doenças crônicas, que não aderem corretamente aos tratamentos propostos e observações concomitantes no campo investigativo, tendo como instrumento de coleta de dados o Diário de Campo.

Fontes de Custeio: Recursos próprios da pesquisadora.

Confidencialidade e questão ética (Responsabilidade do pesquisador em não divulgar dados individuais).

Projeto de pesquisa submetido à Plataforma Brasil e encaminhado para CEP-BCPA-GPPG. Os pesquisadores se comprometem com todos os preceitos éticos, incluindo a confidencialidade, em acordo com a Resolução 466/2012 (CNS).

Departamento(s) envolvido(s) no projeto: Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ensino da Saúde.

Termo de consentimento livre e esclarecido: Sim e adequado.

Data prevista para o início da pesquisa: 03/03/2016

Duração total da pesquisa: previsão de conclusão em 03/03/2017

Local da pesquisa: Emergência do HCPA.

Parecer final: APROVADO.

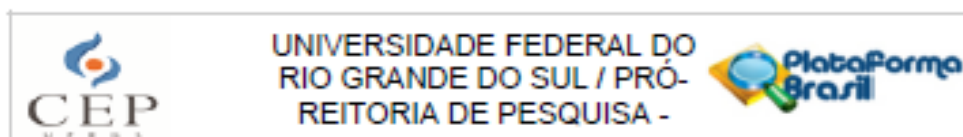
Profa Dra. Solange Garcia Accetta

COORDENADORA DA COMPEQ/ FAMED-UFRGS

Devido as suas características este projeto foi encaminhado nesta data para avaliação por .

Atenciosamente, Comissão de Pesquisa de Medicina

ANEXO B - PARECER DO CEP UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Emergência lotada: pacientes crônicos, má adesão e o papel da equipe multiprofissional

Pesquisador: Luciana Fernandes Marques

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55467816.0.0000.5347

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.614.965

Apresentação do Projeto:

Este é um projeto de pesquisa-intervenção que visa identificar as estratégias educativas que auxiliem a equipe multidisciplinar do Serviço de Emergência do HCPA a promover melhor adesão de pacientes com doenças crônicas, com vistas a tratamento e diminuição de reinternações hospitalares. Trata-se de um projeto de mestrado o PPG em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da UFRGS que pretende utilizar a cartografia como método de pesquisa-intervenção. Propõe realizar entrevistas com 10 pacientes com doenças crônicas que tenham apresentado dificuldades de aderir ao tratamento, e posterior intervenção nesse mesmo serviço.

Objetivo da Pesquisa:

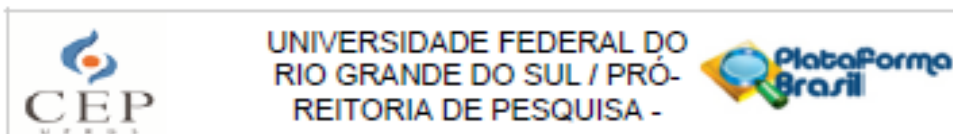
Objetivo Primário:

Conhecer as percepções dos pacientes com doença crônica sobre o serviço de emergência e propor uma intervenção junto à equipe multiprofissional visando aumentar a adesão dos pacientes e, por conseguinte, a diminuição das (re) internações hospitalares e dos atendimentos no serviço de emergência.

Objetivo Secundário:

Investigar as percepções dos pacientes sobre o Serviço de Emergência identificando como os eles compreendem e/ou percebem a sua doença, sinais e sintomas;

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farrowupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: wlos@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.014.905

Mapear as potencialidades e dificuldades encontradas pelos pacientes sobre a forma como são repassadas, pela equipe multiprofissional, as informações referentes ao seu diagnóstico/tratamento/prognóstico;
 Propor uma intervenção com a equipe multiprofissional do serviço de emergência no sentido de auxiliar na elaboração de estratégias educativas e psicoeducativas da equipe em relação aos pacientes que visem uma melhor adesão ao tratamento desses pacientes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: alterou o projeto original no aspecto que se refere aos riscos, informando nessa segunda versão, bem como no projeto na PB e no TCLE, a possibilidade de riscos mínimos tais como como o desconforto ou o dispêndio de tempo na participação.

Benefícios: informa que os benefícios não são diretos aos participantes, mas que se pretende qualificar a assistência aos pacientes através da elaboração de estratégias que promovam maior adesão ao tratamento, evitando, por conseguinte, reinternações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto bem construído que contém todos os itens formais de apresentação. Apresenta roteiro de entrevista semiestruturada adequado e compatível com os objetivos. No projeto original referia-se a "duas frentes de trabalho", sendo a primeira composta pela realização de entrevistas com usuários do serviço, e a segunda em observação do "campo investigativo". Como esta segunda "frente" não havia sido explicada no projeto original, foi solicitada a sua explicitação. Na segunda versão ora apresentada, essa frente foi suprimida. Entretanto ainda restam menções a "duas frentes" no texto do projeto completo, bem como na PB.

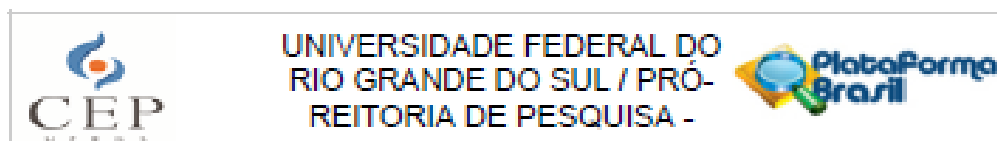
Informa que poderá ser feita consulta aos prontuários caso os participantes não recordem alguma informação. Para tanto, inclui Termo de Compromisso de Utilização de Dados -TCUD- e Termo de Concordância da Instituição -TCI. Informa que o projeto será submetido ao Comitê de Ética do hospital onde será realizada a pesquisa.

O TCLE destinado aos participantes foi modificado atendendo as recomendações de explicitação de riscos e inclusão do telefone do CEP/UFRGS.

Foram também atendidas as recomendações de revisão do cronograma.

No que diz respeito à responsabilidade pelas despesas descritas no orçamento, modificou a responsabilidade "das pesquisadoras", para "o pesquisador", o que ainda não deixa claro que se trata da pesquisadora responsável, nesse caso a orientadora.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farraposilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer 1.614.065

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto- apresentada
- Parecer da Comissão de Pesquisa de Faculdade de Medicina - apresentado
- Orçamento: OK.
- Cronograma: atualizado
- TCLE – ajustado conforme recomendações;
- Termo de Compromisso para Uso de Dados – apresentado;
- Autorização do Serviço de Emergência do HCPA – apresentada;
- Parecer do CEP/HCPA – Informa que o projeto será encaminhado posteriormente à avaliação pelo CEP/UFRRGS.

Recomendações:

As recomendações foram atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	FB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_605845.pdf	21/06/2016 11:27:04		Aceito
Outros	TCUD.pdf	21/06/2016 11:26:35	Simone Scremin	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termoconcordanciahcpa.pdf	20/06/2016 22:43:20	Simone Scremin	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2016.docx	20/06/2016 22:42:06	Simone Scremin	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Final_2016.doc	20/06/2016 22:40:15	Simone Scremin	Aceito
Outros	ParecerCompesq.pdf	25/04/2016 13:51:51	Simone Scremin	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto.docx	07/04/2016 08:52:32	Simone Scremin	Aceito

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farrroupilha CEP: 91.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: e@ce@propesq.ufrgs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-
REITORIA DE PESQUISA -



Continuação do Parecer: 1.614.965

Investigador	Projeto.docx	07/04/2016 08:52:32	Simone Scremin	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	07/04/2016 08:51:53	Simone Scremin	Acelto
Folha de Rosto	Luciana_Fernandes_Marquesjpeg.pdf	07/04/2016 08:41:29	Simone Scremin	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 30 de Junho de 2016

Assinado por:

MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farróupilha CEP: 91.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: wico@propesq.ufrgs.br

ANEXO C - PARECER DO CEP HCPA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Emergência lotada - pacientes crônicos, má adesão e o papel da equipe multiprofissional

Pesquisador: Luciana Fernandes Marques

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 61873616.4.0000.5327

Instituição Proponente: HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.881.533

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa-intervenção que visa identificar as estratégias educativas que auxiliem a equipe multidisciplinar do Serviço de Emergência do HCPA a promover melhor adesão de pacientes com doenças crônicas, com vistas a tratamento e diminuição de reinternações hospitalares. É um projeto de mestrado do PPG em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da UFRGS que pretende utilizar a cartografia como método de pesquisa-intervenção. Propõe realizar entrevistas com 10 pacientes com doenças crônicas que tenham apresentado dificuldades de aderir ao tratamento para posterior intervenção nesse mesmo serviço.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer as percepções dos pacientes com doença crônica sobre o serviço de emergência e propor intervenção junto a equipe multiprofissional visando aumentar a adesão dos pacientes e, por conseguinte a diminuição das (re)internações hospitalares.

Objetivo Secundário:

- Investigar as percepções dos pacientes sobre o Serviço de Emergência identificando como eles

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.380 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.001.033

compreendem e/ou percebem a sua doença, sinais e sintomas.

- Mapear as potencialidades e dificuldades encontradas pelos pacientes sobre a forma como são repassadas, pela equipe multiprofissional, as informações referentes ao seu diagnóstico/tratamento/prognóstico.
- Propor uma intervenção com a equipe multiprofissional do serviço de emergência no sentido de auxiliar na elaboração de estratégias educativas e psicoeducativas que visem uma melhor adesão ao tratamento desses pacientes e por conseguinte diminuir a incidência do número de internações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores,

Os riscos relacionados a participação pesquisa não são conhecidos porém caso o participante se sinta desconfortável com algum questionamento ou considerar que o tempo de execução do questionário está aquém do esperado, a participação poderá ser interrompida em qualquer etapa;

Os benefícios não são diretos aos participantes, mas podem qualificar a assistência aos pacientes através da elaboração de estratégias que promovam maior adesão ao tratamento, evitando, por conseguinte, reinternações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um Projeto de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul que propõe contribuir para melhoria de um dos maiores problemas do SUS, o acesso ao sistema. Trata-se de pesquisa-intervenção para auxiliar a equipe multidisciplinar do Serviço de Emergência do HCPA a promover melhor adesão de pacientes com doenças crônicas, com vistas a tratamento e diminuição de reinternações hospitalares. A proposta está bem escrita, utiliza a cartografia como método de pesquisa-intervenção, dela participando inicialmente 10 pacientes com danos crônicos e dificuldades de adesão ao tratamento com a finalidade de propor intervenção junto a equipe multiprofissional para o atendimento destes pacientes. As entrevistas serão realizadas no serviço de emergência e fazem parte do atendimento prestado por psicólogo da Emergência, sendo os pacientes encaminhados para ela quando apresentam dificuldade de adesão ao tratamento, o que gera segundas buscas ao serviço.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE e Formulário de Delegação de Funções.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.360 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-003
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cexhcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.661.533

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências emitidas para o projeto no parecer 1.840.478 foram adequadamente respondidas pelos pesquisadores, conforme carta de respostas adicionada em 14/12/2016. Não apresenta novas pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto 14/12/2016, TCLE (TCLE_HCPA2) de 08/12/2016 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo deve estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.

O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.

Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na Intranet do HCPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_815343.pdf	14/12/2016 22:39:25		Acelto
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CartaCEP.doc	14/12/2016 22:35:56	Simone Scremin	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_HCPA2.doc	08/12/2016 16:57:14	Simone Scremin	Acelto
Projeto Detalhado	Projeto_Final_HCPA.docx	03/12/2016	Simone Scremin	Acelto

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-003
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.001.503

/ Brochura Investigador	Projeto_Final_HCPA.docx	21:46:22	Simone Scremin	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMAHCPA.docx	03/12/2016 21:45:22	Simone Scremin	Acelto
Outros	Formulariodelegacaofuncoes.pdf	10/11/2016 13:31:51	Simone Scremin	Acelto
Folha de Rosto	FolhaRostoHCPA.pdf	10/11/2016 13:28:18	Simone Scremin	Acelto
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO.pdf	30/10/2016 13:42:48	Simone Scremin	Acelto
Recurso Anexado pelo Pesquisador	ParecerCompesq.pdf	30/10/2016 13:39:57	Simone Scremin	Acelto
Orçamento	RECURSOSMATERIAISFISICOS.docx	30/10/2016 13:38:48	Simone Scremin	Acelto
Declaração de Pesquisadores	TCUD.pdf	30/10/2016 13:35:03	Simone Scremin	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termoconcordanciahcpa.pdf	30/10/2016 13:24:47	Simone Scremin	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 23 de Dezembro de 2016

Assinado por:

Marcela Mooellin Raymundo
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim CEP: 91.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7540 Fax: (51)3359-7540 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br