

Pesquisas

EMERGÊNCIA LOTADA: PERCEPÇÕES DOS RESIDENTES SOBRE O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL

OVERCROWDING EMERGENCY: PERCEPTIONS OF RESIDENTS ON MULTIPROFESSIONAL WORK

EMERGENCIA Y SUPERLOTACIÓN: PERCEPCIONES DE LOS RESIDENTES SOBRE EL TRABAJO MULTIPROFESIONAL

Simone Medianeira Scremin¹

Luciana Fernandes Marques²

Resumo

A ideia deste artigo 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. Apresentaremos uma breve revisão histórica da criação do hospital e dos serviços de emergências e urgências hospitalares, focalizando na questão da superlotação, o pano de fundo desse trabalho. 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.

¹ Psicóloga, Serviço de Psicologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. E-mail: sscemin@hcpa.edu.br

² Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Professora da Faculdade de Educação (FACED) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. E-mail: luciana.marques@ufrgs.br

Abstract

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, as the Emergency Service specificities. Throughout the study, we present a brief historical review of the hospital and the emergency and urgency services, focusing on the overcrowding situation, which is the backdrop of this study. 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.

Keywords: teaching hospital; emergency service; overcrowding; residence; multi-professional work.

Resumen

Una idea de los procesos y los datos de la realidad que permean el Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas de Porto Alegre, a partir de la percepción de los residentes sobre la superlación y el proporciones educativas y psicoeducativas, que ayudan a mejorar la conducción de los casos atendidos para dar cuenta de la complejidad de este escenario, nuestros viajes por el camino de la cartografía como método de búsqueda-intervención. Iniciamos o percurso describiendo el panorama que sirve de campo de análisis. Presentaremos una breve revisión histórica de la creación del hospital y dos servicios de emergencias y urgencias hospitalarias. Acionamos una investigación a partir de dos encuentros con los residentes del Servicio de Emergencia, contamos con la participación de los residentes en el primer año de la Residencia Integrada de la Salud y la Residencia en Medicina de Emergencia. Participar en la investigación de todos los residentes que permanecen por, no mínimo, un año no Servicio de Emergencia, totalizando diez residentes, siendo siete de Residencia Integrada Multiprofessional en Salud, enfermero Adulto Crítico y tres de Residencia en Medicina de Emergencia. Estimado por el proceso de análisis y el discurso de los residentes constatamos que el trabajo se ha desarrollado no El servicio se necesita para la realización de la formación, reforzar la importancia de cada vez más fortalecer el trabajo interprofesional, e a integralidade do cuidado. A expectativa de que este trabajo puede servir de estímulo para una modificación de paradigma pedagógico a través de acciones educativas y psicoeducativas que traen beneficios a la calidad de las prestaciones prestadas al paciente, capacitarem, através de la formación en el servicio.

Palabras Clave: hospital de ensino; servicio de emergencia; superlotación; residencia; trabajo multiprofesional.

Introdução

Este artigo é uma síntese da dissertação de mestrado, defendido em 2017, em que permitimos elaborar uma introdução narrativa, em primeira pessoa que contasse um pouco a minha história profissional e a incursão enquanto aprendiz do método cartográfico. 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. Quando iniciei minha atuação neste local, tinha uma visão distorcida 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) de forma imediata. Teóricos como Santos e Santo (2014); Casarotto et al. (2012); Sá; Carreiro; Fernandes (2008) e Deslandes (2002) confirmam essa afirmativa, porém, a minha realidade era outra, contradizendo os estudos, os pacientes que estavam no meu cenário de atuação 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).

Deparei-me com uma emergência superlotada, com pacientes em situação crítica e com profissionais sobrecarregados, tornando-se esse cenário o meu principal foco de estudo. Desta forma, tive que pensar em alternativas para colocar em prática o que eu gostaria de estudar que estivesse minimamente de acordo com este ambiente. A forma que encontrei foi realizar dois grupos focais com os residentes da emergência, incluindo os residentes da medicina de emergência e os da residência multiprofissional em saúde, tornando-os sujeitos da minha pesquisa.

Organizamos o percurso desta pesquisa, inicialmente, descrevendo o cenário que serviu de campo de análise, ou seja, o Serviço de Emergência. Como auxílio da análise e interpretação dos dados será apresentada uma breve revisão histórica da criação do hospital e sobre os serviços de emergências e urgências hospitalares, focalizando na questão da superlotação. 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.

Contexto hospitalar e serviço de emergência

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) foi idealizado, no início do século XX, por um grupo de professores da Faculdade de Medicina, tornando-se real, em 1970, como uma Empresa Pública de Direito Privado, subordinada ao Ministério da Educação e vinculada academicamente à UFRGS (HCPA, 2018). A instituição ocupa 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, 2018).

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, 2018).

O corpo funcional do HCPA conta com 6.133 funcionários e 429 docentes vinculados à UFRGS, dados de 2015 (HCPA, 2018). 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, 2018).

O campo de análise deste trabalho é o Serviço de Emergência desta instituição, localizado no andar térreo, do prédio principal, 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, 2018). 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).

O atendimento aos pacientes é realizado através do acolhimento com classificação de risco, conforme preconizado pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004a). 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.

Desde 2013, a 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 da 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, 2018).

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 e dentre eles estavam os pacientes (sujeitos doentes). 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. 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). 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. 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). Assim, o hospital começou a assumir finalidades terapêuticas, havendo um maior incentivo de tecnologias pesadas e dispendiosas, tornando-se um estabelecimento de referência de assistência à saúde (NETO et al., 2012).

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) e centraliza a formação na área da saúde, quando passa a ser chamado Hospital Escola.

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

Os Serviços de Emergência Hospitalares (SEH) 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 SEH começou a ter uma racionalidade científica e estratégias padronizadas de atendimento.

A emergência começa a ser padronizada após 1979, na França, quando surgem as primeiras recomendações para o planejamento e organização dos SEH. Devendo 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 SEH 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).

Nesse período, os SEH começam a adotar algumas medidas de padronização dos atendimentos, a fim de evitar a utilização dos mesmos de maneira inadequada, por exemplo, por pacientes considerados não urgentes. O Brasil parece ainda não conseguir aplicar essa padronização 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.

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 dispõe de várias especialidades médicas e de todo um aparato tecnológico em um único local (SANTOS; SANTO, 2014; DESLANDES, 2002), ocasionado a superlotação desses locais.

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 público que obriga a procurar serviços terciários, por não ter uma rede primária e secundária adequada e que supra as suas necessidades de saúde. 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, aumentando o índice de doenças crônicas (NETO et al., 2012) que necessitam de cuidado constante.

Os trabalhadores dos SEH precisam saber se relacionar, conviver em harmonia, respeitando a forma, a velocidade e a atitude do outro, estar disponível e demonstrar flexibilidade. Porém, o que se vê é que eles 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. 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 (BRASIL, 2004b), que prevê o atendimento às demandas subjetivas manifestadas pelos usuários e trabalhadores dos serviços de saúde.

Além das exigências técnicas necessárias à execução das atividades, os profissionais envolvidos precisam de amadurecimento emocional para lidar com situações inesperadas. As adversidades destes locais desencadeiam reações emocionais tanto nos pacientes e familiares, quanto nos membros das equipes assistenciais, tendo repercussão direta na relação equipe-paciente (ISMAEL, 2005; ROMANO, 1999).

Na tentativa de minimizar as dificuldades enfrentadas pelos SEH 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). E, em 2003, implantou 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). Além disso, em 2006, instituiu o Programa de Qualificação da Atenção hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde (QualiSus), visando mudar a realidade da superlotação e melhorar a qualidade dos serviços prestados pelos SEH (SILVA; MATSUDA; WAIDMAN, 2012; BRASIL, 2006).

Dessa 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.

Metodologia

A ideia do estudo foi compreender os processos e dados de realidade que permeiam o SEH do HCPA, 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).

Escolhemos como participantes da pesquisa, os residentes da medicina de emergência e da RIMS, queríamos instigá-los, de certa forma, a serem cartógrafos, assim como nós, que pudéssemos 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 para realizarmos uma boa investigação precisaríamos levar em conta as forças instituídas e instituintes 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, estaque, acompanhando de forma dinâmica os processos a serem investigados (MORAES JÚNIOR, 2011), se reinventa, consegue lidar com os imprevistos sem perder o caminho da investigação.

Utilizamos como dispositivos para realizarmos a colheita, encontros coletivos num formato similar aos grupos focais, tendo como disparador a percepção dos residentes sobre o SEH. 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.

Foram convidados os dez residentes que estavam no SEH, sendo sete da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, ênfase Adulto Crítico (1 enfermeira, 1 nutricionista, 1 farmacêutica, 1 fonoaudiologia, 1 assistente social, 1 psicóloga e 1 fisioterapeuta) 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. 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 exposto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, 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.

O primeiro encontro durou sessenta e cinco (65) minutos e o segundo oitenta (80) minutos. Os participantes autorizaram a gravação dos encontros e a pesquisadora contou com o auxílio de uma pesquisadora observadora que tinha como objetivo registrar a observação do funcionamento grupal.

Os frutos da coleta: potência dos encontros

Nos tópicos 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 SEH e a produção de subjetividade desses residentes que precisam lidar com as adversidades de uma emergência superlotada sem se sentirem preparados para este fazer.

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. Os residentes, na maior parte do tempo, discutiram sobre 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.

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’. 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. Neste encontro, os

participantes pareciam visivelmente mais cansados e tensos, possivelmente porque vinham de uma semana de muito trabalho e estresse na emergência. Nesse momento os residentes puderam compartilhar as angústias sentidas nas últimas semanas, dividir seus problemas, trocar informações sobre a forma como cada profissão trabalhava e lidava com as adversidades do dia a dia.

Apesar de diferentes os dois encontros foram potentes e o nosso desafio é escrever sobre os efeitos produzidos nesses encontros e fazermos articulações entre o que foi visto de forma teórica, com os achados produzidos durante os encontros. Iremos expor de forma objetiva, buscando não perdermos a subjetividade, as principais dificuldades trazidas pelos residentes. Para isso, dividiremos a análise em três temáticas: o serviço de emergência do HCPA, a residência/ensino e a comunicação entre a equipe.

Os resultados em 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.

Os residentes demonstraram ter uma boa análise da implicação que a instituição exerce sobre o funcionamento do SEH e do quanto o comportamento dos próprios profissionais da instituição reforçam e contribuem para a superlotação. O levantamento realizado pelos gestores do SEH do HCPA em 2014 apontou 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.

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 SEH.

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).

Para pensarmos em ações que possam levar em conta a singularidade do sujeito, as suas reais necessidades e planejarmos estratégias de cuidado específicas para cada caso é necessário 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”.

A Política de Humanização e diversos autores (NOGUEIRA et al., 2015; ARAÚJO; LETA, 2014; CASAROTTO et al., 2012; MACHADO; KUCHENBECKER, 2007) preconizam que prestar um atendimento integral ao sujeito é uma das missões dos serviços de saúde. 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 estão prestando o atendimento.

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 SEH, 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 resolutiva. 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.

O HCPA trabalha com acolhimento e classificação de risco, através do Sistema de Triage 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 “potencializado”.

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 [...]. 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].

Isso nos faz pensar no quanto é necessário trabalhar uma mudança de postura dos profissionais do SEH do HCPA. Embora exista uma estrutura que permita colocar em prática o que está preconizado na Política de Humanização, 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.

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.

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.

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 (...) são várias dificuldades do próprio hospital, da maneira como o hospital está organizado (...)

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 (...)

Tal 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. Cecílio (1997), escrevia que os profissionais que prestam atendimento nos Serviços de emergência realizam um trabalho incompleto e insuficiente, muito devido a superlotação e consequente deficiência de recursos humanos para suprir as altas demandas de atendimento.

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 coloca Deslandes (2002) quando 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 habilidade 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 têm 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. Neste contexto é importante lembrar Merhy e Feuerwerker (2009) quando apontam que o trabalho em saúde é fruto da produção do cuidado. 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).

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. 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.

Como já foi tratado no início desse trabalho, a superlotação dos SEH é um problema de saúde pública mundial e afeta tanto os usuários quando os profissionais que os atendem, desencadeando sentimento de tristeza, despreparo, medo, insegurança e vulnerabilidade em todos os envolvidos, tornando-se frequentemente alvo de críticas e reclamações (SANTOS, 2015).

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.

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 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.

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 defendem que 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.

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.

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.

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), 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, haverá 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 da RIMS e a Medicina de Emergência são residências novas no HCPA. 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 Conselho Federal de Medicina, 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.

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 SEH que a residência ocupe uma posição estratégica, 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 está ali, que bom, faz parte, porque é um hospital escola, mas que também tem um papel estratégico dentro da organização.

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):

(...) as escolas têm 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 (p. 127).

Desse modo, 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.

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 residentes 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.

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. 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. 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.

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. 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 abrirmos 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.

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 consultoria (...) 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). Quando se tem uma alta rotatividade de profissionais e um número excessivo de pacientes para atender parece que o simples fato de se 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 conseguirmos dialogar com eles? Como poderemos trabalhar em equipe se não nos conhecemos?

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? [...] Elas não têm informação nenhuma...

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. Quando não há informação adequada, os pacientes se sentem abandonados, desprotegidos, perdem a sua referência enquanto sujeito.

Porém, isso não é sentido apenas pelos pacientes, os profissionais também acabam absorvendo esses sentimentos, pois suas atividades, na grande maioria, estão cindidas. 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, mas não recebem essas informações, percebendo que executam as atividades de maneira automática e alienada. Essa dissociação do trabalho somado a lotação alta do SEH 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.

Acreditamos na potência do trabalho coletivo, consideramos, assim como Morsser e Begun (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.

Avaliando o percurso trilhado no estudo

Esse trabalho nos oportunizou repensar o nosso papel, pois ocupamos uma posição pedagógica importante, não somos apenas profissionais responsáveis pela assistência ao paciente, mas também profissionais que tem a responsabilidade de compartilhar seus conhecimentos com os residentes.

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. 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.

Nos deparamos, durante a pesquisa, com sujeitos sedentos por um espaço de escuta, que pudessem compartilhar suas angústias, frustrações e sentimentos. Os principais problemas apontados pelos residentes estão relacionados à falta de integração entre as equipes, a fragmentação do trabalho e a dificuldade de comunicação.

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.

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.

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. 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. 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

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: 1 ago. 2018.

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.

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.iciet.fiocruz.br/pdf/25869_bittencourtrjd.pdf> Acesso em: 1 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma do sistema da atenção hospitalar brasileira**. Brasília, DF, 2004a.

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, 2004b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf> Acesso em: 1 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf> Acesso em: 1 ago. 2018.

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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html> Acesso em: 1 ago. 2018.

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: 1 ago. 2018.

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: 1 ago. 2018.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. T. A. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Physis (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 65-85, 2011. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/physis/v21n1/v21n1a04.pdf> Acesso em: 1 ago. 2018.

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: 1 ago. 2018.

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.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1997000300022&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 1 ago. 2018.

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://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/dissertacoes-e-teses/micropolitica_e_saude_laura_camargo.pdf> Acesso em: 1 ago. 2018.

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

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

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: 0 ago. 2018.

GUEDES, M. V. C.; HENRIQUES, A. C. P. T.; LIMA, M. M. N. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 66, n. 1, p. 31-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100005> Acesso em: 1 ago. 2018.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). **Gestão do Serviço de Emergência (material de uso interno)**, 2015.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). **Emergência**. Disponível em: <<https://www.hcpa.edu.br/assistencia-servicos-medicos-emergencia>> Acesso em: 1 ago. 2018.

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

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: 1 ago. 2018.

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: 1 ago. 2018.

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://eps.otics.org/material/entrada-outras-ofertas/artigos/novo-olhar-sobre-as-tecnologias-de-saude-uma-necessidade-contemporanea/view>> Acesso em: 1 ago. 2018.

- MORAES JÚNIOR, 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/saberres/article/viewFile/936/863>> Acesso em: 1 ago. 2018.
- 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.**, Rio de Janeiro, 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: 1 ago. 2018.
- 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.
- 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: 1 ago. 2018.
- 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: 1 ago. 2018.
- 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.
- 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: 1 ago. 2018.
- 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: 1 ago. 2018.
- 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: 1 ago. 2018.
- 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/sauadeDesenvolvimento/article/view/187/0>>. Acesso em: 1 ago. 2018.

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

SILVA, L. G.; MATSUDA, L. M. W Aidman, 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: 1 ago. 2018.

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: 1 ago. 2018.

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: 1 ago. 2018.