

“O impacto das condições precárias de trabalho na Emergência de um Hospital Terciário nas práticas anti-profissionais e atitudes desumanizadas”

Palavras-Chave: [humanização], [PNH], [atendimento], [Covid-19], [emergência]

Autoras:

Beatriz Rodrigues Soares [Graduação em Medicina - FCM/Unicamp]

Daniella Ávila von Zuben [Graduação em Medicina - FCM/Unicamp]

Prof.^a Dr.^a Daniele Pompei Sacardo (orientadora) [Departamento de Saúde Coletiva - FCM/Unicamp]

INTRODUÇÃO:

A humanização do atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil consiste em um conceito relativamente atual, dito como atendimento em que o profissional procura saber quem é o paciente, o escuta e acolhe, identifica seus medos e seus anseios e se empenha para ver o problema do paciente solucionado. O Programa Nacional de Humanização (PNH), ou HumanizaSUS, foi criado buscando efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. Um processo de gestão “desumanizado”, ou seja, com baixo grau de comunicação entre os profissionais, muito centralizado, com pouca grupalidade solidária, ambiência inadequada e baixo protagonismo e criatividade dos trabalhadores e demais sujeitos envolvidos no processo de cuidado produz, tendencialmente, práticas clínicas também desumanizadas e conflitivas entre os profissionais e os usuários.

As Unidades de Urgência e Emergência são serviços de saúde complexos, tanto pela demanda potencial que atendem, quanto porque dependem de inúmeros outros serviços como o SAMU, a retaguarda hospitalar, a atenção básica e a rede ambulatorial especializada, que atendem aos pacientes crônicos que eventualmente procuram o serviço de emergência. O Pronto Socorro de Adultos da Unicamp é uma unidade de emergência referenciada, com grande número de atendimentos diários e muitos profissionais. Sendo um serviço de ensino, tem grande responsabilidade na formação de profissionais e, por este motivo, é importante conhecer a percepção dos profissionais a respeito das dificuldades que o Pronto Socorro apresenta para cumprir suas funções. Uma dimensão importante são as condições de trabalho e o atendimento humanizado.

Pesquisas empíricas mostraram que existem ao menos três principais práticas que acarretam em atitudes e tratamentos que podem ser considerados “desumanizantes”: as condições precárias de trabalho, ocasionando falhas, o estresse e defesas psíquicas dos profissionais, as longas esperas, dificuldade de acesso e má acolhida aos pacientes; a ocupação de trabalho em saúde é insalubre e leva a situações de estresse e burnout - síndrome psíquica de caráter depressivo precedido pelo esgotamento físico e mental intenso ligado a vida profissional - sendo que suas causas estão diretamente associadas à menor autoeficácia, insatisfação e desejo de abandonar a profissão, instituição ou seu cargo. Em nível terciário, as complexidades dos processos de doença são maiores, de forma que essa realidade se apresenta de maneira ainda mais peculiar.

Dessa forma, relacionar as condições de trabalho ao atendimento prestado e, principalmente, os impactos dessa relação na aplicação da PNH se mostra um tema importante e pertinente de ser analisado no serviço de saúde.

METODOLOGIA:

O projeto teve como campo a Unidade de Emergência Referenciada - UER - do Hospital de Clínicas da Unicamp, no município de Campinas/SP, unidade referência para regulação regional e municipal de casos de Urgência e Emergência, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, com C.A.E 40050620.5.0000.5404. As informações foram coletadas através de abordagem qualitativa, uma vez que esta permite mapear com maior profundidade a natureza das mudanças ocorridas e em processo, não se propondo a dimensionar quantitativamente o grau de variações ocorridas. Cientes de que a validade dos estudos qualitativos é concebida não como o dispositivo que espelha a realidade e sim como uma "produção reflexiva", a metodologia escolhida combinaria a realização de entrevistas semiestruturadas e a técnica de observação participante, sendo as informações coletadas posteriormente combinadas por meio da triangulação de dados. Todavia, tendo em vista a inviabilidade da presença dentro da Unidade de Emergência Referenciada (UER/Unicamp) em grande parte do tempo destinado ao projeto, uma vez que esta recebe casos suspeitos e confirmados de Covid-19, o cronograma foi redirecionado para ampliação da bibliografia, a fim de contemplar os impactos da pandemia na prática dos profissionais de saúde da unidade, em uma realidade semelhante ao cenário brasileiro.

Durante o processo de ampliação e atualização bibliográfica, foram encontrados diversos artigos científicos acerca dos desafios enfrentados pelos profissionais de saúde, agravados pela pandemia. Esse material extenso, mesmo em um curto período de tempo, mostra a relevância do tema, inclusive para a análise pós-pandemia. Faz parte dos objetivos deste projeto auxiliar na promoção de pesquisas na área, contribuindo para uma nova percepção acerca das fragilidades do Sistema Único de Saúde e das condições de trabalho dos profissionais, agora com ainda mais visibilidade pelo contexto pandêmico.

A partir de maio de 2021, atividades presenciais puderam ser retomadas com maior segurança e, portanto, foi possível a realização da primeira etapa do estudo, baseada na técnica de “observação participante”: processo no qual um observador se coloca imerso em uma situação social com a finalidade de realizar uma investigação. O observador participa do cotidiano da vida com os sujeitos observados, colhendo dados orientados por meio de um roteiro, que serão descritos em um diário de pesquisa individual de cada pesquisador, com cenas observadas, impressões e afetações, com focos pré-determinados de acordo com os objetivos do projeto e escritos em cada período de observação. O observador, dessa forma, se torna parte do contexto, modificando e sendo modificado por este. Foram realizados 6 períodos observacionais de 4 horas cada, divididos de forma igualitária entre as duas discentes autoras da pesquisa e abrangendo todas as alas da unidade, exceto a Ala Laranja, uma vez que é destinada a pacientes com suspeita ou confirmados para Covid-19. Devido ao avanço da pandemia, não foi possível realizar todas as observações previstas no cronograma inicial, bem como as entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

No ano de 2020, vimos emergir a pandemia do Sars-CoV-2 e, com ela, implicações importantes no fluxo de atendimento dos pacientes nos serviços e nas condições de trabalho dos profissionais de saúde. Os profissionais de saúde que colaboram para o combate ao vírus altamente infeccioso enfrentam inúmeros desafios, como os riscos de contaminação, a falta de equipamentos de proteção individual e a ausência de recursos materiais suficientes para garantir uma assistência à grande demanda de pacientes infectados. Em razão da pandemia da Covid-19, a Unidade de Emergência Referenciada do Hospital de Clínicas da Unicamp - UER/Unicamp - sofreu uma série de modificações físicas e no fluxo de atendimento, de modo a permitir o correto isolamento dos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo Sars-CoV-2 e garantir o atendimento aos demais pacientes que necessitam do serviço.

Dessa forma, foram delimitadas 5 áreas, a depender da gravidade do caso e da necessidade de isolamento respiratório (**Figura 1**):

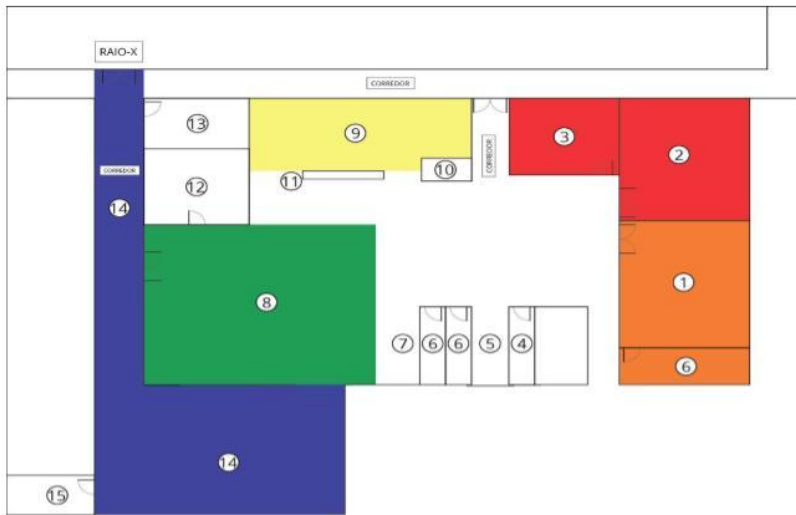


Figura 1: Representação esquemática do espaço físico destinado à UER e suas subdivisões. Apresenta-se fora de escala, com objetivo de facilitar a compreensão das dinâmicas existentes.

Ala laranja (pacientes suspeitos ou confirmados para covid-19), **Ala vermelha** (salas de urgência em cirurgia do trauma e clínica médica, destinadas a pacientes críticos e que necessitam de atendimento imediato), **Ala amarela** (pacientes graves que necessitam de maior monitoramento), **Ala verde** (pacientes menos graves, mas que ainda necessitam de internação) e **Ala azul** (abriga pacientes que estão aguardando atendimento, ou aguardando algum procedimento ou exame, mas que não possuem risco iminente de vida).

a) Espaço físico limitado:

Abrigando, aproximadamente, entre 55 e 87 pacientes, e sem a presença de estruturas que isolem minimamente os leitos, há um compartilhamento importante do espaço físico por pacientes e acompanhantes ao longo do período de permanência na UER. Os leitos, em geral, encontram-se unidos uns aos outros, com pouco espaço de circulação e aos acompanhantes não há garantia de assento - durante as observações, por mais de uma vez, vimos acompanhantes em pé ou agachados ao lado do leito, condições que podem se tornar insustentáveis por longos períodos de tempo. Um contraponto também observado nesse cenário é a disponibilidade de refeições aos acompanhantes, as mesmas oferecidas aos pacientes internados.

A inadequação do espaço físico compromete, de forma importante, a privacidade dos pacientes, tanto em relação à exposição de seus corpos quanto para a comunicação deles com a equipe, tornando diagnóstico e prognóstico de conhecimento dos leitos “vizinhos”. Nesse ambiente, a preservação do sigilo e da confidencialidade das informações acerca do estado de saúde dos pacientes ficam comprometidas e tal fato parece naturalizado para as equipes de assistência. Ademais, em um dos períodos de análise, notou-se paciente feminino com o seio exposto, com distância de menos de 2 metros de um acompanhante masculino; em oposição a esses achados, foram observadas duas rotinas de banho no leito, ambas com adequada preservação da intimidade do paciente por meio de biombos e lençóis. Ainda se tratando da higiene pessoal dos pacientes, é importante destacar que pacientes internados em diversos locais da unidade, muitas vezes por dias, ficam impossibilitados de tomarem banho, uma vez que o único local com chuveiro disponível na UER está localizado na ala laranja, isto é, local de isolamento de pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado para Covid-19.

O espaço de circulação, como corredores, também é utilizado para acomodação de pacientes, de forma que, caso os pacientes sejam transportados para outros setores do hospital, como a radiologia, ou dentro da própria UER, esse espaço seja ainda mais limitado. Na ala azul, em um dos períodos de observação, o transporte de um paciente que estava em maca esbarrou em outras 3 macas, o que, sem dúvidas, gera desconfortos e atrapalha o descanso, já tão prejudicado pelo próprio estar internado. Em outra ocasião, ainda no mesmo período, outro funcionário moveu delicadamente as macas que poderiam dificultar a passagem, de forma a minimizar o desconforto do trânsito tão próximo ao leito dos pacientes.

b) Burocracia

Assim como todo hospital terciário, o Hospital de Clínicas da Unicamp possui uma série de protocolos a serem seguidos nos atendimentos. Na Unidade de Emergência Referenciada, protocolos são criados para agilizar e padronizar os atendimentos de emergência mas, na prática, acabam gerando burocracias que, muitas vezes, causam entraves para a realização de procedimentos e condutas. Em uma das observações, ficou claro o quanto a articulação entre os setores do hospital não é compatível com as demandas e o fluxo de pacientes do pronto-socorro, uma vez que gera atrasos e estresse para equipe e paciente. Uma questão elucidativa está no fato de que, como os pacientes alocados na ala azul estão aguardando remanejamento por outras especialidades, eles não fazem, de maneira estrita, parte do escopo de atuação da Unidade de Emergência Referenciada e, portanto, permanecem no local sem prescrição ou outras documentações. Dessa forma, o atendimento a essas pessoas é prejudicado por uma questão burocrática, na tentativa de controlar o fluxo de pacientes da UER/Unicamp.

c) Escassez de recursos

Dado às crescentes demandas por atendimento em saúde e, portanto, por atendimento na UER/Unicamp, e o investimento público em saúde que se faz aquém das necessidades, há uma escassez crônica de recursos, que impacta sobremaneira no fluxo de atendimento. Uma vez que é uma condição existente há tempos, os profissionais de saúde acabam naturalizando situações: foi observado, por exemplo, justificativa para o paciente de que seu exame estava demorando pois havia pacientes esperando há mais tempo. Há argumentação semelhante quando da reclamação das condições de internação e do tempo de espera para realização de procedimentos.

Uma vez que os períodos observacionais se concentraram nos meses de outono/inverno, notou-se quantidade insuficiente de cobertores disponíveis para atender a demanda de todos os pacientes. O mesmo se observou em relação a quantidade de macas, o que acarretou em improvisação com poltronas; entretanto, houveram casos de pacientes que pernотaram em cadeira comum. Tais casos se concentram na ala azul, haja visto a estabilidade clínica desses pacientes e, em tese, a rápida transferência destes para as enfermarias do hospital.

Outro exemplo se dá pela pequena quantidade de cadeiras de rodas disponíveis para transportar os pacientes pela unidade ou até mesmo fora dela, no caso da realização de exames ou até a área externa do hospital. Durante os períodos analisados, notou-se que alguns pacientes tiveram que caminhar com dificuldades até o sanitário tendo, inclusive, necessidade de auxílio por parte de funcionários do pronto-socorro.

d) Comunicação

A assistência prestada na unidade provém de uma série de profissionais, como médicos assistentes, residentes de diversas especialidades, alunos de graduação da área da saúde, enfermeiros e técnicos de enfermagem, que atuam em regime de rodízio. Dessa forma, é nítida a dificuldade dos pacientes para estabelecer comunicação com a equipe e obter informações a respeito do diagnóstico, tratamento e prognóstico. Em uma situação específica, que ocorreu na ala azul, uma paciente abordou uma profissional de enfermagem e referiu estar há mais de seis horas aguardando para realizar uma tomografia computadorizada no hospital e, segundo ela, a equipe responsável pelo seu caso ainda não havia lhe comunicado acerca de seu caso; em outro momento, um paciente queixou-se por não saber qual era seu diagnóstico, mesmo após dias internado na ala verde, demonstrando angústia sobre a possibilidade de se tratar de uma neoplasia.

Outro aspecto importante acerca da comunicação são os dilemas éticos envolvendo sigilo. Conforme contextualizado anteriormente, há grande proximidade física entre os leitos, de forma que as informações sobre o quadro clínico de um paciente podem ser ouvidas por diversas outras pessoas; em um dos períodos observacionais, foi possível compreender todo o diagnóstico de uma paciente que se encontrava na ala azul, mesmo a 4 metros de distância; em outro momento, a equipe médica discutiu sobre como realizar a abordagem de um paciente internado por tentativa de suicídio em tal ambiente, ou seja, sem o mínimo de privacidade para se abordar aspectos psicológicos complexos como este.

CONCLUSÕES:

Diante do exposto acima, fica clara a importância do tema e as diversas possibilidades de abordagem a serem exploradas.

As modificações realizadas na agora denominada ala azul são um ponto crucial de discussão, uma vez que evidenciam dualidades existentes entre a promoção de melhorias administrativas e no fluxo de pacientes, visando uma melhor delimitação dos pacientes que, de fato, pertencem ao atendimento pela UER/Unicamp, versus a maximização da qualidade de cuidado para os pacientes. Esses fatores, quando associados aos problemas pré-existentes historicamente enfrentados pela unidade, geram repercussões no atendimento: a questão da privação de banho dos pacientes, ou a grande espera, praticamente inerente ao atendimento, elucidam de forma contundente como as microviolências cotidianas acabam sendo toleradas e naturalizadas, justificadas como um “mau necessário” para uma melhor organização do setor.

Todos os aspectos aqui abordados se mostram como fatores estressantes para a equipe hospitalar, e os impactos acabam fazendo parte da rotina do local. Por se tratar de tema complexo, que abrange as relações entre os indivíduos sob circunstâncias, muitas vezes, não usuais, este estudo não busca propor soluções simples e imediatas, uma vez que é evidente que soluções para tais questões demandam processos complexos, envolvendo entes da gestão estadual e institucional, dentro e fora da unidade e do próprio hospital, mas sim provocar reflexões acerca da problemática, para que novos estudos sejam realizados e, a longo prazo, soluções efetivas e factíveis ao cenário possam ser executadas.

BIBLIOGRAFIA:

- Kuhn MJG. **A falta de humanização no atendimento médico e a perda de uma chance ao paciente** [monografia na Internet]. Ijuí: Universidade Regional do Nordeste do Estado do Rio Grande do Sul, 2015 [acesso em 21 de abril de 2020]. Disponível em <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/3545/Monografia%20Monica.pdf?sequence=1>
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf
- Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS)**. Portal Ministério da Saúde. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/humanizasus>
- Branco A, Milanesi R, Sakamoto VTM, Araújo BR, Caregnato RCA. **Serviço de emergência hospitalar SUS: fluxos de atendimento a pacientes suspeitos ou confirmados para COVID-19**. Porto Alegre, RS. [Internet], maio de 2020. [acesso em 06 de março de 2021]. Disponível em <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3759>
- Mucke AC, Dessuy AF, Kojoroski AP, Steffani JA, Cetolin SF, Beltrame V, Marmitt LP. **Saúde mental em tempos de pandemia de Covid-19 e os profissionais de saúde: revisão narrativa**. [Internet], 2020. [acesso em 07 de março de 2021]. Disponível em <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/786>