

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SÍLVIO ANTÔNIO VIEIRA

**FUGA DE PACIENTES DO HOSPITAL:
concepções de uma equipe multidisciplinar**

**Porto Alegre
2005**

SÍLVIO ANTÔNIO VIEIRA

**FUGA DE PACIENTES DO HOSPITAL:
concepções de uma equipe multidisciplinar**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Clarice Maria Dall'Agnol

**Porto Alegre
2005**

V658f Vieira, Silvio Antônio
Fuga de pacientes do hospital : concepções de uma equipe
multidisciplinar / Silvio Antônio Vieira ; orient. Clarice Maria Dall'Agnol. –
Porto Alegre, 2005.

94 f. : il. color.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do
Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, 2005.

Inclui resumo em: Português, Espanhol e Inglês.

1. Serviço hospitalar de emergência : legislação & jurisprudência. 2.
Serviços médicos de emergência. 3. Reestruturação hospitalar : organização
& administração. 4. Grupos de estudo. 5. Desistência do paciente. 6.
Administração hospitalar. I. Dall'Agnol, Clarice Maria. II. Título.

Limites para indexação: Humano.

LHSN – 536

NLM – WX 215

Catálogo por Celina Leite Miranda (CRB-10/837)

Silvio Antônio Vieira

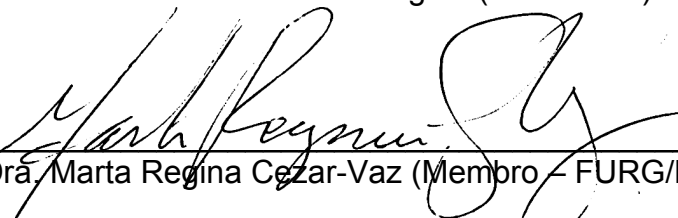
FUGA DE PACIENTES DO HOSPITAL:
subjetivações em uma equipe multidisciplinar¹

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Porto Alegre, 25 de novembro de 2005.

BANCA EXAMINADORA




Profa. Dra. Clarice Maria Dal'Agnol (Presidente)



Profa. Dra. Marta Regina Cezar-Vaz (Membro - FURG/RS)



Profa. Dra. Dagmar Elisabeth Estermann Meyer (Membro - UFRGS)



Profa. Dra. Maria Henriqueta Luce Kruse (Membro - UFRGS)

**Porto Alegre
2005**

¹ Por recomendação da banca examinadora, o título desta dissertação foi modificado. Assim, o mesmo foi substituído por “Fuga de pacientes do hospital: concepções de uma equipe multidisciplinar”.

AGRADECIMENTOS

Neste momento, quero que estes agradecimentos contenham a mescla de outros significados, extrapolando a noção de formalidade das coisas escritas com a razão.

Quero agradecer com gratidão, respeito e admiração a todos que, de uma forma ou de outra, ajudaram-me a conquistar esta etapa de minha vida.

À Coordenação, professoras e funcionários do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS, por seu empenho no Curso de Mestrado em Enfermagem.

Mas, sobretudo, impossível deixar de agradecer à minha orientadora Profa. Dra. Clarice Maria Dall’Agnol pela confiança em mim depositada e pelos momentos que juntos dividimos aprimorando conhecimentos e lapidando laços de amizade.

À Professoras Marta Regina Cezar-Vaz, Jaqueline Tittoni, Dagmar Elisabeth Estermann Meyer e Maria Henriqueta Luce Kruse, pelas valiosas contribuições para o desenvolvimento desta pesquisa.

À Psicóloga Desirée Luzardo Cardozo Bianchessi pelos momentos de reflexão, atenção e companheirismo.

Às colegas do Curso de Mestrado em Enfermagem, pelos momentos de discussão, reflexão, desafios e crescimento.

À Equipe Multidisciplinar do Serviço de Emergência do HCPA que me ajudaram no trabalho de campo.

À Chefe de Serviço, Profa. Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti e Assessora Profa. Lurdes Busin por sua compreensão, apoio e estímulos incondicionais.

Às minhas colegas enfermeiras do Serviço de Enfermagem em Emergência do HCPA, pelo coleguismo e oportunidade de ficar afastado alguns dias do setor a fim de que este relatório fosse concluído.

Aos professores que oportunizaram minha aproximação com a obra inquietante de Michel Foucault.

Aos meus amigos, por compreenderem os momentos de inquietação e ausência.

Dedico à minha mãe, companheira absoluta de tantos momentos e torcedora fervorosa por minha felicidade. Nela, eu busco sempre a inspiração e a força para trilhar o bom caminho.

“É porque tomei dele, sem dúvida, o sentido e a possibilidade do que faço, é porque muitas vezes ele me esclareceu quando eu tentava às cegas, que eu quis situar meu trabalho sob seu signo e terminar [...]”.

Michel Foucault,
A ordem do discurso.

RESUMO

Abordagem qualitativa e exploratória com o objetivo de apreender como uma equipe multidisciplinar de um serviço de emergência de um hospital de ensino de Porto Alegre, RS, concebe e transita ante o problema fuga de pacientes do hospital. A coleta de dados transcorreu entre novembro e dezembro de 2004 por meio de grupo focal, sendo que este se consolidou com dez sujeitos. A técnica de condução da dinâmica grupal foi não diretiva, permitindo conhecer como ações e reações se dão na equipe multidisciplinar. Os dados foram tratados com ênfase na análise de conteúdo gerando três categorias: Uma certa ambivalência; Emergência: um local de (des)controle; Medos e inseguranças. Uma certa ambivalência permeou as discussões mostrando que fuga pode ser também compreendida como forma de evitação dos membros da equipe multidisciplinar. Apesar de certa identificação com pacientes e da banalização do problema da fuga, práticas de cuidado enfatizam a observação e a vigilância. O local e a organização do trabalho foram uma tônica nas discussões, reforçando a existência de práticas discursivas que se apóiam na necessidade de observação e controle. Medos e inseguranças constantemente foram referidos, em decorrência do risco de culpabilização e responsabilização profissional. Nesta perspectiva, o estudo aponta para a condição caótica com que se deparam os serviços de emergência, sendo um reflexo das políticas de saúde. Este panorama sugere a necessidade de considerar novas formas de acompanhamento domiciliar ou ambulatorial. Para tanto, cogita-se também ser necessário rever a vocação social da instituição hospitalar e das profissões que abriga.

Descritores: Serviço hospitalar de emergência: legislação & jurisprudência. Serviços médicos de emergência. Reestruturação hospitalar: organização & administração. Grupos de estudo. Desistência do paciente. Administração hospitalar.

Limites: Humano.

RESUMEN

El objetivo consistió en conocer las subjetivaciones producidas en el equipo multidisciplinar de un servicio de emergencia hospitalar a partir del problema de la fuga de pacientes del hospital. Se trata de un enfoque cualitativo y explorador cuyo levantamiento de datos fue realizado por un grupo focal. Para la constitución del grupo y selección de los participantes, fue utilizada la estrategia de la bola de nieve. Participaron del estudio diez personas: dos médicos, dos enfermeras, dos técnicas de enfermería, dos representantes del servicio de seguridad, un auxiliar administrativo, y un asistente social. Además de estas personas, el investigador, como coordinador del grupo, contó con el auxilio de una observadora participante. La técnica para la conducción de los trabajos intragrupo no fue dirigida y le permitió al investigador conocer como se dan las acciones y reacciones en el equipo multidisciplinar. Los datos fueron tratados con énfasis en el análisis del contenido generando tres categorías: Una cierta ambivalencia; Emergencia: un lugar de (des)control; Miedos e inseguridades. Una cierta ambivalencia caracterizó las discusiones mostrando que la fuga puede ser comprendida como una forma de evitar los miembros del equipo multidisciplinar. A pesar de cierta identificación con pacientes y de la banalización del problema, prácticas de cuidado enfatizan la observación y la vigilancia. El local y la organización del trabajo fueron una tónica en las discusiones, reforzando la existencia de prácticas discursivas que se apoyan en la necesidad de observación y control. Miedos e inseguridades fueron referidos constantemente, resultado del riesgo de culpabilidad y responsabilidad profesional.

Descriptor: *Servicio de urgencia en hospital: legislación & jurisprudencia. Servicios médicos de urgencia. Reestructuración hospitalaria: organización & administración. Grupos focais. Desistencia de paciente. Administración hospitalaria.*

Límites: *Humano.*

Título: *Fuga de pacientes del hospital: subjetivaciones en una equipo multidisciplinar.*

ABSTRACT

Qualitative and exploratory approach with the objective of learning how a multi-disciplinary team in service of an emergency room at a hospital school in Porto Alegre, RS, conceives and behaves before the problem of patients who run away from hospital. The data collection happened between november and december 2004 via a focus group, which was formed by ten people. The technique to conduct the actions of group dynamics was non-directive, allowing to know how actions and reactions happen in a multi-disciplinary team. The data was treated with emphasis in the analysis of the content, generating three categories: A certain ambivalence; Emergency: a place of (un)control; Fears and insecurities. A certain ambivalence was around the discussions showing that running away can also be understood as an action to avoid the members of the multi-disciplinary team. Although there was some identification with patients and the lack of attention of the runaway problem, techniques of caution emphasize observation and vigilance. The place and organization of this work were a keynote of the discussions, reinforcing the existence of discursive practices that rely on the need of observation and control. Fears and insecurities were constantly referred because of the risk of professional culpability and responsibility. In this perspective, the study shows the caotic situation that the services of emergency have to face, being a reflex of health politics. This panorama suggests the need of considering new manners of home and emergency care. For this, it is also questioned if it is necessary to check the social vocation of the hospital institution and the professions it shelters.

Descriptors: *Hospital emergency service: legislation & jurisprudence. Medical emergency services. Hospital restructuring: organization & administration. Study groups. Desistence of patient. Hospital administration.*

Limits: *Human.*

Title: *Patients that run away from hospitals: concepts of a multi-disciplinary team.*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Atendimentos no HCPA em 2001 e 2002.....	36
Figura 1 – O panóptico de Jeremy Bentham, 1791.....	57
Figura 2 - A ala leste de Kilmainham Gaol.....	58
Figura 3 – Esboço adaptado da planta-baixa do Serviço de Emergência.....	59
Figura 4 – Planta-baixa adaptada da SPA após reforma.....	60
Quadro 2 – Indicador de Fugas e Agressões no HCPA – 2003/2004.....	63
Figura 5 – <i>Emergency Room</i>	69

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 OBJETIVO.....	24
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	25
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	33
4.1 Abordagem metodológica.....	33
4.2 Local de estudo.....	35
4.2.1 O Hospital.....	35
4.2.2 O Serviço de Emergência.....	37
4.3 Seleção dos sujeitos.....	39
4.4 O Grupo Focal: Trabalho de Campo.....	41
4.5 Aspectos éticos.....	46
4.6 Análise de informações e outros procedimentos metodológicos.....	47
5 ANALÍTICA DAS CONCEPÇÕES DE UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR.....	50
5.1 Uma certa ambivalência.....	51
5.2 Emergência: um local de (des)controle.....	55
5.3 Medos e inseguranças.....	71
6 CONSIDERAÇÕES... ..	76
REFERÊNCIAS.....	83
APÊNDICE - Consentimento Livre e Informado.....	90
ANEXO A – Boletim de atendimento no Serviço de Emergência.....	92
ANEXO B – Cartão de autorização para saída de pacientes.....	93
ANEXO C – Planta-baixa do Serviço de Emergência.....	94

1 INTRODUÇÃO

A atividade profissional que exerço, ao longo destes dez anos, no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (SE-HCPA), tem oportunizado vivências e questionamentos. Assim, como enfermeiro e membro da equipe de saúde deste serviço, percebo que alguns problemas, decorrentes ou não da superlotação do setor, podem ser tratados e discutidos pela equipe multidisciplinar – equipe médica, equipe de enfermagem, auxiliares administrativos, serviço de segurança, assistente social, entre outros.

Há algum tempo, em reunião administrativa do Serviço de Enfermagem em Emergência (SEE), houve relato sobre o número de fugas dos pacientes / clientes ocorridas neste serviço, chegando a aproximadamente 70 em junho de 2002. Assim, partindo dos índices apresentados, foi solicitado pela chefia de Serviço de Enfermagem em Emergência às enfermeiras² que, ao realizarem notificações ao Serviço de Segurança, através dos boletins de atendimento (BA) (Anexo A), registrassem as seguintes observações: “fuga com risco de vida” ou “fuga sem risco de vida”. Nesta mesma ocasião, foi solicitado ao grupo de enfermeiras sugestões a respeito do que poderia / deveria ser feito, a fim de que tais índices pudessem diminuir. Sugeri a realização de investigação nos pacientes em discussão, a fim de que fossem entrevistados e pudessem expor os motivos aos quais os levaram a agir de tal forma. Naquela ocasião, estas informações geraram estranhamento e perplexidade no grupo, tendo ocorrido manifestações que associavam a prática de enfermagem com a prática carcerária. Concomitantemente, percebi haver outras manifestações que

² Enfermeiras: termo utilizado no plural do feminino pela predominância deste gênero na profissão.

associavam diretamente a existência deste problema com a superlotação do serviço de emergência. Posteriormente, foi criado um cartão de autorização para saída (Anexo B) de pacientes lotados na Sala de Procedimentos de Adultos (SPA), devendo ser apresentado ao funcionário do Serviço de Segurança que permanece na porta de acesso entre o saguão e a emergência. A rotina descrita deve-se ao fato de que o maior número de pacientes / clientes, que têm fuga caracterizada, permanece em tratamento nesta unidade do Serviço de Emergência. Percebendo que o problema apresentado não diz respeito única e exclusivamente à área de enfermagem, considero que todos os profissionais que trabalham no atendimento aos pacientes que procuram este serviço podem contribuir para a sua compreensão.

Neste estudo, para melhor compreensão, a expressão referente a “Fuga de Pacientes do Hospital” diz respeito aos casos ocorridos no Serviço de Emergência, podendo ter outros focos e outras abrangências em estudos posteriores.

Revisando questões pertinentes a este contexto, Rosa (2001) associa os eventos da superlotação das emergências com a crise do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os vários problemas existentes na implantação do SUS, Castelar (1995) aponta para a debilidade de atendimento da rede básica, tornado-se necessário o estímulo à quebra do hospitalocentrismo.

Descrevendo a realidade vivenciada na Emergência do HCPA, destaco:

[...] O Serviço de Emergência do HCPA, além de acolher os pacientes graves, seu objetivo maior, também começou a arcar com o atendimento àqueles que não conseguiam consulta médica na rede ambulatorial, com procedimentos ambulatoriais em pacientes com doença crônica, com a assistência aos pacientes que aguardavam a liberação de leitos de internação, ocupando vagas de suas salas de observação, entre outros (ROSA, 2001, p. 16).

Ao buscar elementos que descrevem a superlotação deste serviço de emergência, assinalo:

A superlotação aqui enfocada refere-se ao número de pacientes que permanece no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, extrapolando, muitas vezes em até 100% a capacidade de atendimento (40 pacientes acomodados nos leitos das salas de observação e nas cadeiras das salas de procedimentos), situação que expressa o cotidiano desse ambiente de cuidado (ROSA, 2001, p. 69).

Hoje, os números são superiores aos de 2001, podendo-se encontrar até 37 pacientes na sala de observação de adultos (SOA), sendo que sua capacidade é de 15 leitos. A sala de procedimentos para adultos (SPA) tem acomodações para 12 pacientes. No entanto, este índice é superado diariamente, chegando-se a 70 pacientes que permanecem acomodados em cadeiras, em cadeiras de rodas, nos corredores ou nos consultórios, realizando tratamentos e aguardando internação hospitalar por mais de 72 horas. Ou seja, em apenas duas áreas, sem contar o número de pacientes pediátricos, chegou-se ao índice de 100 pacientes, revelando uma realidade adversa para pacientes e equipe multidisciplinar. Considerando as características deste serviço hospitalar, compreendo que o problema apresentado e discursivamente objetivado não deva ser tratado única e exclusivamente pela equipe de enfermagem. Neste contexto, profissionais da equipe multidisciplinar deste serviço vão executando práticas e rotinas institucionais, reforçando ou questionando o modelo hospitalocêntrico e, conseqüentemente, o discurso clínico-biologicista. Nesta perspectiva, busco apreender as concepções da equipe multidisciplinar ante o problema “Fuga de Pacientes do Hospital”.

Revisando a definição para o vocábulo fuga, assinalo: “fu.ga sf (lat fuga) 1. Ato ou efeito de fugir 2. Saída, retirada, partida rápida para escapar a perseguições.[...] Pôr-se em fuga:fugir” (FUGA, 2001b); “fuga. sf (Datação: sXIV cf. FichIVPM) 1. ato ou efeito de fugir 2. retirada em desordem e com precipitação de um local, em razão de opressão ou ameaça [...]” (FUGA, 2001a).

A utilização dos termos: “fuga com risco de vida” e “fuga sem risco de vida” torna necessário recorrer aos significantes do vocábulo risco:

ris.co (2) sm (ital rischio) Possibilidade de perigo, incerto mas previsível, que ameaça de dano a pessoa ou a coisa.(...) A risco de, com risco de: em perigo de. A todo risco: exposto a todos os perigos. Correr risco: estar exposto a (RISCO, 2001b).

risco sm (Datação: sXV cf FichIVPM) 1.probabilidade de perigo, ger. com ameaça física para o homem e / ou para o meio ambiente. Ex.: <r.de vida> <r. de infecção> <r. de contaminação> [...]. (RISCO, 2001a).

Em Oliveira (2001), o termo risco é exaustivamente revisado, considerando aspectos da análise social, cultural, antropológica e científica, evidenciando que ao serem priorizados aspectos quantitativos, reforçam-se discursos puramente epidemiológicos, prevalecendo conotações de controle, sem se preocupar com questões contextuais.

A questão da fuga é tratada na área médica, na especialidade de psiquiatria, gerando, inclusive, a necessidade de consulta ao Conselho Federal de Medicina (n. 2.634/96 – PC/CFM/n.o 25/97). Neste aspecto, ressalta-se a preocupação do consulente na busca de “uma resposta para o amparo ético e jurídico” frente ao abandono de tratamentos por pacientes. Concomitantemente, chama atenção à

preocupação em descaracterizar a associação que é feita entre internação e cárcere, procurando descaracterizar o papel de pacientes / clientes enquanto “reféns” da instituição hospitalar. Contudo, esta preocupação, através de outras consultas ou pareceres, não é registrada por outras especialidades médicas como : clínica geral, cirurgia ou ginecologia.

Na área hospitalar, a preocupação com fuga de pacientes é visualizada através dos registros feitos pelo Serviço de Segurança do Hospital de Clínicas da Universidade de Campinas – UNICAMP (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE DE CAMPINAS, 1999). No ano de 1999, conforme boletim deste serviço, vários tipos de ocorrências internas são citadas: agressão física e / ou moral, arrombamentos de armários, furto de materiais de uso hospitalar, entre outros. Nesta mesma lista, a fuga de pacientes é registrada, chegando ao índice de 28 casos.

No Instituto Dr. José Frota – IJF, em Fortaleza, no ano de 1996, foi implantado o projeto intitulado “Sala de Apoio ao Paciente de Alta Hospitalar”, tendo como objetivo geral a criação de um local próximo ao Serviço Social para pacientes com alta hospitalar, com infra-estrutura adequada enquanto aguardam o transporte para retorno aos seus Municípios ou Estados de origem. Nesse projeto, no Anexo II, que trata das normas gerais, nos itens 16 e 17 encontro o seguinte registro:

16. O SERVIÇO DE SEGURANÇA deverá ficar responsável pela segurança do paciente na Sala de Apoio e qualquer caso de evasão será da responsabilidade da Segurança.

17. A porta que dá acesso à Sala de Apoio deverá ser vigiada pelo Segurança que apóia o Centro de Imagens. (PINHEIRO, J. O. *et al.*,1996)

Ao revisar o Código de Ética e Deontologia de Enfermagem, constato a ausência de matéria sobre “Fuga de Pacientes do Hospital”, tanto em nível federal (Conselho Federal de Enfermagem – COFEN) ou regional (Conselho Regional de Enfermagem – COREN-RS) tornando relevante e urgente a discussão e reflexão em nossos órgãos representativos.

Questões referentes aos direitos dos pacientes devem ser valorizadas, considerando o direito de livre-escolha sobre a permanência ou desistência de atendimento nos serviços de emergência, oportunizando a reflexão sobre o que Foucault (1999a) aponta como “cuidado de si” e “técnicas de si”. Nesta perspectiva, o ato de fugir pode ser considerado como uma alternativa daqueles que têm condições biopsicossociais e econômicas de fazê-lo. Por outro lado, questões referentes à responsabilização institucional e profissional emergem neste contexto, deslocando a discussão da área de saúde para a área de segurança e, por extensão, à área jurídico-legal.

Concordo com Bauman (2001, p. 17) quando afirma que “administrar significa, ainda que a contragosto, responsabilizar-se pelo bem-estar geral do lugar, mesmo que em nome de um interesse pessoal consciente”, significando, outra vez, estar preso ao lugar, requerendo presença e engajamento. No entanto, este mesmo autor alerta para uma das características da pós-modernidade, também chamada por ele de modernidade pós-panóptica. Isto é, o fim da era do engajamento mútuo: entre supervisores e supervisionados, capital e trabalho, líderes e seguidores, exércitos em guerra. Por extensão, penso nas relações que se estabelecem entre médicos e pacientes, entre enfermagem e pacientes, entre hospital e pacientes, entre hospital e equipe multidisciplinar, entre Estado e hospital. A era pós-panóptico anuncia novas

técnicas de poder: a fuga, a astúcia, o desvio e a evitação. Além das técnicas de poder citadas, Bauman (2001, p. 18) chama atenção para “ a efetiva rejeição de qualquer confinamento territorial, com os complicados corolários de construção e manutenção da ordem, e com a responsabilidade pelas conseqüências de tudo, bem como com a necessidade de arcar com os custos”. Concordando com o autor citado, penso que a realidade que permeia o espaço das instituições hospitalares, especificamente dos serviços de emergência, está diante da confusão de fronteiras que se estabelece entre a sociedade de controle e vigilância da era moderna, representada pelo panóptico foucaultiano, e a modernidade pós-panóptica, representada pelo desengajamento e pela fuga.

Considerando que os serviços de emergência vêm, com o passar do tempo, descaracterizando os serviços prestados, tornando-se porta de entrada para o sistema ambulatorial e hospitalar, é necessário refletir sobre práticas e rotinas organizacionais.

A inquietação com o tema deve-se ao fato de que estas práticas e rotinas organizacionais podem ser entendidas como práticas discursivas, traduzidas em relações de poder, direcionando-se ao controle e diminuição do problema discursivamente objetivado como “Fuga de Pacientes do Hospital”, tornando-se fonte de subjetivação para pacientes e membros da equipe multidisciplinar deste serviço, criando um “jogo de empurra-empurra” entre sujeitos, culminando com idéias de responsabilização e, conseqüentemente, culpabilização do hospital e de seus profissionais – médicos, enfermeiras, entre outros. Concomitantemente, este problema pode tornar-se banalizado em decorrência da superlotação das emergências.

Assim, busco contribuir para o desenvolvimento de um processo reflexivo, desencadeando novas possibilidades de investigação e compreensão deste problema

e, conseqüentemente, favorecer novas formas de tratá-lo, valorizando o trabalho multidisciplinar que é tão peculiar aos serviços de emergência.

2 OBJETIVO

O objetivo geral desta pesquisa é apreender como a equipe multidisciplinar do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre concebe e transita ante o problema “Fuga de Pacientes do Hospital”.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O tema proposto para esta pesquisa perpassa e associa-se a questões que envolvem comunicação, linguagem e relações de poder no contexto de uma equipe multidisciplinar. Mas, não se trata de buscar o subentendido ou o escondido. A perspectiva era de questionar como práticas se desenvolvem e se mantêm no interior do Serviço de Emergência, objetivando, subjetivando e produzindo subjetivações nos sujeitos envolvidos – pacientes e equipe multidisciplinar. Embora não tenha aderido ao método arqueológico propriamente, enquanto desenho de pesquisa que remete a uma condição peculiar de análise de discurso, houve uma aproximação significativa deste referencial, especialmente no que tange à abordagem foucaultiana. Com base neste aporte teórico, os principais eixos de discussão foram conduzidos, a partir das discursividades locais.

Para Veiga-Neto (2003), Foucault ao aproximar-se das idéias de Wittgenstein, conceitua os jogos de linguagem como discurso em movimento, segundo regras socialmente autorizadas, anônimas e anteriores a qualquer conceituação explícita sobre si mesmas, comandando em nós, maneiras de perceber, julgar, pensar e agir.

Para Foucault (DREYFUS; RABINOW, 1995), as relações de poder são distintas das relações de comunicação e de capacidades objetivas. Porém, estas últimas transmitem informação através de uma linguagem, de um sistema de signos ou outro meio simbólico, tornando-se uma ação sobre o outro ou os outros. Ao mesmo tempo, não significam domínios separados, estando imbricados umas nas outras, produzindo fabricação do sentido, dominação dos meios de coação, de desigualdade e

de ação dos seres humanos sobre os seres humanos. Estes mesmos autores (1995) afirmam que a aplicação da capacidade objetiva implica relações de comunicação – de informação prévia ou de trabalho dividido – ligando-se a relações de poder – tarefas obrigatórias, gestos impostos pela tradição e pelo aprendizado, de subdivisões ou de repartição obrigatória ou não do trabalho. As relações de poder se estabelecem através da produção e da troca de signos, não se dissociando das atividades finalizadas, induzindo a efeitos de poder pelo fato de modificarem o campo de informação dos parceiros.

Certas coisas são ditas em certos lugares com alguma propriedade que podem ser consideradas como verdades. Contudo, essas coisas podem ser ditas em certos lugares que passarão despercebidas. Por outro lado, estas mesmas coisas poderão ser valorizadas. Certos discursos poderão advir da necessidade absoluta de reforçar saberes e poderes. De qualquer forma, nas diversas relações – sociais e profissionais - o valor daquilo que é falado significando verdades tem associação direta com o seu emissário e o local de onde e para onde circula. Aquele que fala de algum lugar, assumindo determinada identidade, poderá, por meio de seus saberes, impor uma certa noção de verdade, estabelecendo e reforçando relações de poder, tornando-se sujeito ou (a)sujeitado.

Foucault (DREYFUS; RABINOW, 1995) lidou com três modos de objetivação que transformaram os seres humanos em sujeitos: a objetivação do sujeito do discurso – na lingüística e na filologia – que sendo produtivo, trabalha; a objetivação do sujeito por práticas divisórias – dividido em seu interior e em relação aos outros – objetivando e diferenciando-o em relação aos outros (o louco e o são, o doente e o sadio, o paciente

que foge e o paciente que permanece, entre outros); o modo pelo qual um ser humano torna-se um sujeito.

Díaz (1993) afirma que para Foucault a condição de possibilidade das subjetividades não é uma estrutura formal, tornando-se um transcendente histórico. Partindo deste pressuposto, para o mesmo autor, certos modos de subjetivação são decorrentes de práticas sociais concretas e situadas. Isto é, partindo de certos modos de objetivação produzem-se subjetivações. As relações de poder, oriundas das relações entre os sujeitos, promovem o surgimento de práticas individualizantes. Estas, também chamadas de objetivação, tornam o sujeito dividido por si e pelos outros, estabelecendo diferenças. Estas, por sua vez, são refletidas e percebidas em formas individuais ou grupais de perceber e agir.

Para Veiga-Neto (2003), Foucault coloca toda a ênfase na busca do entendimento acerca dos processos pelos quais os indivíduos se tornam sujeito (ou sujeitados) como resultado de um intrincado processo de objetivação. Este por sua vez, dá-se no interior de redes de poderes, que os capturam, dividem, classificam. Desta forma, compreendo que a realidade hospitalar não é muito diferente do que é registrado pelo pensamento foucaultiano.

Ao vivenciar a realidade do Serviço de Emergência, vejo casos em que pacientes e equipe multidisciplinar são submetidos não somente ao discurso hospitalocêntrico, mas também ao discurso jurídico-legal, tornando-se além de sujeitos, sujeitados às relações que se estabelecem. O hospital é a grande instituição³ onde só devem circular diagnósticos precisos, tendo para isso os mais diversos tipos de exames

³ Neste estudo, conforme o referencial foucaultiano, o termo instituição é adotado como sinônimo de organização hospitalar, podendo ser associado a outras organizações como a escola, a universidade, a fábrica, entre outros.

e inquéritos padronizados, tendo como justificativa, em seu discurso, a cura de doenças. Os corpos que ali se encontram em busca de saúde ou cura, submetem-se a todo tipo de normas, regulamentos e rotinas. Trata-se de uma instituição onde operam relações de saber e poder, culminando com o seqüestro de corpos-doentes e não-doentes, onde o vigiar torna-se a representação do sistema panóptico.

Em Foucault (2000), o panóptico representa a forma institucional carcerária ou não de instituições estatais ou não, impondo à sociedade idéias de disciplina, vigilância, punição e segurança. Trata-se de uma construção arquitetônica tendo por modelo o Panóptico de Bentham, caracterizando-se como:

uma construção em anel; no centro, uma torre; esta é vazada de largas janelas que se abrem sobre a face interna do anel; a construção periférica é dividida em celas, cada uma atravessando toda a espessura da construção; elas tem duas janelas, uma para o interior, correspondendo às janelas da torre: outras, que dá para o exterior, permite que a luz atravesse a cela de lado a lado (FOUCAULT, 2000, p. 165-166).

Araújo (2001) afirma que o panóptico representa a capacidade de sujeitar e utilizar as forças corporais, sendo que a arquitetura da vigilância serviu de modelo para a construção de outras instituições: hospitais, escolas, quartéis, fábricas, entre outros. Enfim, instituições disciplinares que necessitam disciplinar comportamentos, objetivá-los, produzindo saberes pela observação, pelo registro e detalhamento de condutas. Neste aspecto, ao visualizar na planta baixa do Serviço de Emergência (Anexo C) a inexistência da construção material de um panóptico, *a priori* este pode se deslocar para todas as atividades profissionais que se desenvolvem neste serviço.

Concordando com Foucault (2000, p. 170), “cada vez que se tratar de uma multiplicidade de indivíduos a que se deve impor uma tarefa ou um comportamento, o esquema panóptico poderá ser utilizado”, aplicando-se a todos os estabelecimentos, em limites de espaço não muito extensos, mantendo-se sob vigilância certo número de pessoas.

Para este mesmo autor (1999b, p. 118), instituições de seqüestro podem ser caracterizadas como tendo entre suas funções “não mais controlar o tempo dos indivíduos, mas a de controlar simplesmente seus corpos”. São instituições especializadas (fábricas feitas para produzir, os hospitais, psiquiátricos ou não, para curar, as escolas para ensinar, as prisões para punir), implicando em seu funcionamento, uma disciplina geral da existência que ultrapassa amplamente as suas finalidades precisas. Isto é, para este mesmo autor, elas são marginais com relação a uma espécie de decisão geral, fundamental, universal de que um hospital, psiquiátrico ou não, deve se encarregar não só da função particular exercida sobre os sujeitos, mas também da totalidade de sua existência. Nestas instituições, seus dirigentes se delegam o direito de dar ordens, de estabelecer regulamentos, de tomar medidas, de expulsar indivíduos e de aceitar outros (FOUCAULT, 1999b). Podemos dizer que para isso acontecer torna-se necessária uma certa docilidade dos corpos, submetidos ao poder e decisão daqueles que representam não apenas fisicamente, mas discursivamente o que há séculos é apregoado dentro das instituições hospitalares: o discurso científico. Por outro lado, Veiga-Neto (2003) assinala que a fabricação de corpos dóceis não significa a fabricação de corpos obedientes.

Neste contexto, seria um equívoco dizer que tais discursos são pertencentes a determinadas áreas. Não, eles acontecem em qualquer área, independentemente de

sua origem disciplinar. Há um certo entrelaçamento ou mescla de práticas que circulam dentro do hospital e de outras instituições – como a escola ou universidade, como a penitenciária ou como a fábrica. Nestas instituições, a presença de um discurso está centrado em idéias de ordem, vigilância e disciplina.

Sobre discurso, ressalto a seguinte reflexão:

[...] suponho que em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade. (FOUCAULT, 2002, p. 8)

O discurso para Foucault vem carregado por procedimentos de interdição e exclusão, culminando em processos de coerção. Principalmente, quando atrelado a práticas discursivas que se instauram no interior das instituições. Neste aspecto, ressalto que:

As práticas discursivas não são pura e simplesmente modos de fabricação de discursos. Ganham corpo em conjuntos técnicos, em instituições, em esquemas de comportamento, em tipos de transmissão e de difusão, em formas pedagógicas, que ao mesmo tempo as impõem e as mantêm. (FOUCAULT, 1997, p. 12).

A compreensão das práticas discursivas e de discurso em Foucault são essenciais às reflexões que podem associar-se ao objeto em estudo. Acredito que estas práticas discursivas que acontecem em meio a instituição hospitalar, inseridas e circulando nas relações profissionais que se estabelecem no Serviço de Emergência, podem produzir saberes e verdades, não somente sustentado pelo discurso clínico - biologicista, mas integrando-se ou amarrando-se a discursos de outra ordem, como o

jurídico-legal, produzindo subjetivações na equipe multidisciplinar e nos pacientes / clientes .

O discurso em pauta refere-se à fuga de pacientes neste Serviço. Assim como práticas discursivas podem ser caracterizadas por normas e rotinas que se estabeleceram ante o problema, tendo como exemplos a emissão de cartões de autorização para saída de pacientes da sala de procedimentos de adultos ou a notificação para o Serviço de Segurança após constatação de fuga de paciente. Concomitantemente, as práticas citadas remetem à idéia de conduta (DREYFUS; RABINOW, 1995), conotando que no ato de conduzir existem relações de poder, oportunizados por mecanismos de coerção mais ou menos estritos, indicando maneiras de se comportar e relacionar ante a busca de uma provável ordem. Nesta perspectiva, pode-se questionar: De quem ou do que os pacientes fogem? Como a equipe multidisciplinar percebe e age ante o problema? Que discursos estão em jogo? Que relações de saber e poder estão em jogo?

Para Díaz (1993, p. 16) “das práticas discursivas e não discursivas surgem funções que atravessam domínios de possibilidades estratégicas complexas”. Assim, os enunciados pertencendo aos signos se mesclam com as coisas, produzindo objetividades. Para esta mesma autora, práticas sociais (e porquê não dizer institucionais?) subsistem aos objetos, gerando objetividades, subjetividades e, conseqüentemente, subjetivações.

Veiga-Neto (2003, p. 120) afirma: “as palavras e seus sentidos se estabelecem sempre discursivamente”. Neste aspecto, mais do que subjetivo, o discurso subjetiva.

Para Araújo (2001), o sujeito é objetivado pelo exame e pela norma que se estabelecem nas ciências humanas e subjetivado por ciências confessionais como a psicologia e a psiquiatria que têm por objetivo extrair suas verdades. Neste aspecto, até que ponto a pesquisa proposta não traz um certo viés confessional sobre a realidade vivenciada no Serviço de Emergência e sobre nossos desconhecimentos?

Segundo Campos (2000), métodos administrativos importaram para dentro das Organizações inúmeros dispositivos e técnicas de controle do campo da política e das instituições totais, reforçando a idéia de um pensamento administrativo que procura técnicas de dominação e de consenso. Conseqüentemente, reforçando a idéia da estrutura panóptica, exigindo questionamentos sobre nossas ações e relações no contexto micro / macro do sistema de saúde.

Concordando com os autores, ao olhar para situações vivenciadas no Serviço de Emergência, e ao me deparar com discursos e práticas discursivas que se associam a expressão “Fuga de Pacientes”, é necessário, também, questionar: Como a equipe multidisciplinar concebe e transita ante este problema?

A reflexão sobre questões que permeiam o espaço das organizações e serviços de saúde deve ser estimulada, compreendendo que são espaços onde circulam diversos discursos, onde afloram diversas práticas, produzindo objetividades, subjetividades e subjetivações na equipe multidisciplinar e nos pacientes.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Na trajetória metodológica caracterizo o tipo de pesquisa, assim como descrevo o tipo de trabalho de campo – Grupo Focal – que foi realizado no local com os sujeitos selecionados, respeitando aspectos éticos com pesquisa em seres humanos, para análise.

4.1 Abordagem Metodológica

É um estudo qualitativo, exploratório, utilizando-se do Método de Grupo Focal, com amostra intencional, a fim de que as concepções da equipe multidisciplinar fossem registradas, propondo-se a Análise de Conteúdo.

A pouca disponibilidade de bibliografia sobre o tema é um dos fatores pelas quais direcionam à realização de pesquisa exploratória. Conforme Gil (1999, p. 43), “pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, tendo em vista, a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”. Este mesmo autor afirma que este tipo de pesquisa tem o objetivo de proporcionar uma visão geral, aproximativa, acerca de determinado fato, sendo realizada quando o tema escolhido é pouco explorado, tornando-se difícil a formulação de hipóteses.

Conforme Westphal, Bógus, Faria (1996), a utilização de grupos focais como técnica de pesquisa, foi proposta e aplicada pela primeira vez no campo das ciências

sociais por Merton, Fiske e Kendall em uma investigação sobre o potencial de persuasão de propaganda durante a Segunda Guerra Mundial.

Para Dall’Agnol e Ciampone (1999), a técnica de grupo focal, além de ser utilizada nas áreas de Mercadologia e Educação em Saúde, vem sendo utilizada, com ênfase, em investigações no campo da Enfermagem.

Grupo Focal caracteriza-se por ser “uma técnica de pesquisa que utiliza sessões grupais como um dos foros facilitadores da expressão de características psicossociológicas e culturais” (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996, p. 473). Para estas autoras, a obtenção de dados parte do planejamento minucioso das discussões, oportunizando aos participantes a expressão de suas percepções, crenças, valores e atitudes.

Carlini-Cotrim (1996, p. 286) afirma que “o grupo focal é um método de pesquisa que pode ser utilizado no entendimento de como se formam as diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviços”. Para esta mesma autora, sua essência se apóia na interação entre seus participantes para a coleta de dados, partindo de tópicos que são fornecidos pelo pesquisador – que vai ser também o moderador do grupo.

Para Víctora, Knauth e Hassen (2000, p. 65) “o fundamental para o sucesso da técnica, é que exista um foco, isto é, um tópico a ser explorado”. Neste aspecto, busco conhecer como o grupo social / equipe multidisciplinar se coloca ante a produção de determinados discursos, tendo como foco o tema em estudo. É um campo de investigação objetiva e subjetiva, buscando compreender as diversas dimensões da realidade, das diversas dimensões do que chamamos de verdades, através das diversas posições-de-sujeito.

4.2 Local de Estudo

A descrição do local de estudo desta pesquisa divide-se em dois tópicos: o hospital – HCPA – e o Serviço de Emergência do HCPA.

4.2.1 O Hospital

Conforme o Relatório Anual de 2002 do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), este mantém a seguinte Missão Institucional:

Formar recursos humanos, gerar conhecimentos, prestar assistência de excelência e referência e, através da maximização do aproveitamento da infra-estrutura instalada, transpor seus objetivos próprios, atuando decisivamente na transformação de realidades e no desenvolvimento pleno da cidadania, qualificando-se, desta forma, como Hospital Universitário de Atenção Múltipla.

O HCPA é hospital público, geral e universitário. Criado pela Lei 5.604 de 2 de setembro de 1970, pertencendo à rede de hospitais do Ministério da Educação, estando vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Sua área construída é de 103.310,8m², mantendo: 641 leitos de internação; 66 leitos de UTI (Neonatal, Pediátrica e de Adultos); 23 leitos de emergência; 5 leitos de transplantes de medula óssea; 97 leitos de apoio (recuperação pós-anestésica, hemodinâmica, berçário e pré-parto); 136 consultórios ambulatoriais; 11 consultórios e 4 salas de emergência; Centro Obstétrico com 5 salas; Centro Cirúrgico com 12 salas; Centro Cirúrgico Ambulatorial com 14 salas; 16 pontos de Hemodiálise; 9 cabinas e 8 poltronas para

quimioterapia; Centro de Pesquisas; Centro de Atenção Psicossocial com 5 consultórios, 4 salas e 1 leito; Unidade de Radioterapia com 4 consultórios, 5 salas e 1 leito; 4 salas de Recreação Terapêutica; Casa de Apoio com 54 camas; 26 salas de aula; 8 auditórios e 1 anfiteatro; Creche com 240 vagas.

Em termos de Recursos Humanos, atuam no hospital 3.817 funcionários contratados pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), 265 docentes da UFRGS e 300 médicos residentes.

Conforme o relatório citado, a administração do HCPA é baseada em um conjunto de Valores Institucionais: respeito à pessoa, competência técnica, trabalho em equipe, comprometimento institucional, austeridade e responsabilidade social.

Na área de produção científica, o HCPA tem sido sede para vinte e quatro programas de pós-graduação da UFRGS, incluindo a Enfermagem.

O HCPA tem se caracterizado pelo grande volume de atendimentos, nas diversas modalidades de atendimento, conforme quadro :

	2001	2002
Consultas	541.407	557.885
Cirurgias	28.694	32.468
Partos	3.894	3.946
Internações	27.328	26.854
Exames	1.992.079	2.093.306
Transplantes	227	313

Quadro 1 – Atendimentos no HCPA em 2001 e 2002.

Fonte: Relatório Anual 2002 – Hospital de Clínicas de Porto Alegre – RS.

4.2.2 O Serviço de Emergência

O Serviço de Emergência do HCPA localiza-se no andar térreo, tendo suas entradas – uma para pedestres e outra para carros / ambulâncias - localizadas na Av. Ramiro Barcelos. Apresenta uma área total de aproximadamente 1.000m², mantendo em suas instalações atendimento para adultos e crianças. O atendimento para adultos está disponível nas modalidades de Clínica Geral, Cirurgia Geral e Ginecologia. O atendimento pediátrico é disponibilizado nas modalidades de Pediatria Clínica e Cirurgia Pediátrica. Este Serviço não é referência para atendimento psiquiátrico ou de traumas. O Serviço de Enfermagem em Emergência é constituído pelas Unidades de Emergência de Adultos e Pediátrica que utilizam a mesma área física⁴, porém com salas de procedimentos e observação independentes. No entanto, as áreas de apoio são comuns às duas unidades (recepção, administração, almoxarifado, apoio diagnóstico – eletrocardiograma, radiologia, ecografia, sala para coleta de exames de sangue -, rouparia, salas de lanche e estar).

A Unidade de Emergência Adultos é constituída por uma sala de triagem (A = 13,06m²) que, atualmente, está em reformas para se adaptar aos preceitos do Qualisus, tendo como base do atendimento o que é chamado de acolhimento. Além da triagem adulto, existem cinco consultórios de clínica médica (A = 41,10m²), dois consultórios para ensino (A = 25,61m²), um consultório para clínica cirúrgica (A = 10,95m²), um consultório para ginecologia (A = 11,48m²), uma sala de procedimentos / SPA com instalação de doze cadeiras (A = 29,00m²). Contudo, diariamente, pacientes são

⁴ Na descrição da área física, opto pela indicação de dimensões espaciais, considerando que o fenômeno em estudo suscita discussões e questionamentos referentes à capacidade das instalações físicas, bem como a existência ou inexistência da estrutura panóptica.

acomodados em cadeiras – do tipo de escritório ou de rodas - dispostas ao longo dos corredores de acesso próximos a esta sala.

A sala de observação de adultos / SOA, que conta com a instalação de quinze leitos ($A = 142,00\text{m}^2$), vem mantendo leitos / macas extras, chegando até o número de 37 acomodações. Há dois postos de enfermagem localizados na SPA e SOA. A Unidade de Emergência Pediátrica é constituída por uma sala de triagem ($A = 9,12\text{m}^2$), dois consultórios ($A = 15,65\text{m}^2$), uma sala de procedimentos / SPP com instalação de cinco cadeiras ($A = 18,00\text{m}^2$), sala de observação pediátrica com oito leitos instalados ($A = 80,00\text{m}^2$) e posto de enfermagem. Conforme planta baixa (Anexo C), o posto de enfermagem é dividido e utilizado pelas áreas pediátrica e de adultos. Para uma melhor compreensão deste espaço físico, apresento na Figura 2 outra planta baixa adaptada.

A média mensal de consultas no ano de 2003, segundo o Sistema de Informações Gerenciais do HCPA – IG, é a seguinte: Urgência Pediátrica = 1.183 consultas; Urgências de Adultos (incluindo Urgência Cirúrgica e Ginecológica) = 2.871,66 consultas. O número de exames solicitados neste Serviço durante o ano de 2003 é de 144.941, sendo que o total de exames solicitados em toda a instituição hospitalar é 436.555.

O gerenciamento do Serviço de Emergência fica a cargo de um colegiado composto por um professor da Faculdade de Medicina da UFRGS, um professor da Escola de Enfermagem da UFRGS e chefia do Serviço Administrativo da Emergência e Ambulatório. Além destes cargos, há uma enfermeira-chefe na Unidade de Adultos e uma enfermeira-chefe na Unidade Pediátrica. Neste serviço, exercem atividades de

docência seis professores da Medicina Interna, dois professores da Pediatria, um professor da Ginecologia e dois professores da Enfermagem da UFRGS.

A equipe de profissionais contratados que exercem suas atividades neste Serviço é composta da seguinte forma: vinte e cinco médicos contratados da clínica; treze médicos contratados da pediatria; sete médicos contratados da ginecologia; dez médicos contratados da cirurgia; vinte e quatro enfermeiras; sessenta e oito técnicos de enfermagem; dezesseis auxiliares administrativos; um almoxarife auxiliar; quatro auxiliares de higienização; três seguranças; um mensageiro; uma assistente social. O número de profissionais da Área de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento (SADT) é composto por: um médico radiologista, um técnico em radiologia e um coletador.

As várias modalidades médicas, incluindo docentes, que atuam no Serviço de Emergência estão vinculadas à Vice-Presidência Médica do HCPA. A equipe de enfermagem, assim como docentes, está vinculada ao Serviço de Enfermagem em Emergência do Grupo de Enfermagem do HCPA. A equipe administrativa está vinculada à Vice-Presidência Administrativa do HCPA.

4.3 Seleção dos Sujeitos

Tratou-se de participação voluntária, tornando a amostra intencional. Considerando características próprias do serviço e da conformação da equipe multidisciplinar, participaram representantes das várias modalidades profissionais atuantes no serviço, diretamente envolvidas com o tema deste estudo, utilizando a

técnica “bola de neve” (*snowball technique*). Esta técnica tem sido empregada em diversos estudos na área da saúde (LOPES; COUTINHO, 1999; COELHO, 2001; SILVA, 2002; FERNANDES, 2004). Assim, partindo de contatos preliminares com informantes chave de cada modalidade profissional, foi solicitado que participassem e indicassem mais um sujeito, entre seus pares, com o interesse em discutir o tema. Os sujeitos indicados foram contatados, informados de quem indicou seu nome e convidados a participar do grupo. Contudo, como neste Serviço tem atuação uma Assistente Social, o projeto foi lhe apresentado, oportunizando a sua adesão. Na impossibilidade de participação de algum dos sujeitos, o processo “bola de neve” foi repetido com uma nova indicação, respeitando o número de dois participantes por modalidade profissional. Tratou-se de amostra intencional pois os critérios para seleção dos participantes estão determinados pelo objetivo do estudo em pauta (WESTPHAL; BÔGUS; FARIA, 1996). Nesta perspectiva, considero que os participantes tem como traços comuns o seu local de trabalho e o enfrentamento com questões referentes ao tema em estudo, tornando viável a composição deste grupo.

Um número mínimo de participantes foi estipulado, oscilando entre 6 a 15 membros, em concordância ao apregoado por Westphal, Bógus e Faria (1996) e Dall’Agnol e Ciampone (1999).

Participaram nesta pesquisa duas representantes da área médica, duas representantes das enfermeiras, duas representantes das técnicas de enfermagem, dois representantes do serviço de segurança, uma assistente social e uma auxiliar administrativa. Neste aspecto, registro que deveria ocorrer a participação de mais uma representante dos auxiliares administrativos. Esta participação foi inviabilizada devido a ausência no primeiro encontro e impossibilidade de se fazer presente nos encontros

subseqüentes. Concomitantemente, não houve tempo hábil para um novo convite, respeitando-se a estratégia “bola de neve”, assim como do *setting* de trabalho estabelecido pelo grupo no seu primeiro encontro.

4.4 O Grupo Focal: Trabalho de Campo

Conforme autoras pesquisadas (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996; CARLINI-COTRIM, 1996; DALL’AGNOL; CIAMPONE, 1999), é necessário planejar criteriosamente as atividades que possam garantir o bom andamento dos trabalhos do grupo. Entre estes, destaco: duração do grupo focal, dimensão do grupo, escolha, organização do local das sessões e periodicidade. O tempo destinado às sessões grupais foi de, no máximo, 90 minutos. Neste aspecto, Dall’Agnol e Ciampone (1999) salientam que o tempo ideal destinado às sessões é de 90 a 120 minutos, sendo necessário considerar o período de aquecimento para se atingir bons níveis de interação e preservar momento para o encerramento da sessão. Entendendo que a manutenção do aquecimento das discussões é de extrema importância para a coleta de dados, a periodicidade das sessões de grupo foi semanal. O número de seis encontros foi acordado entre todos os participantes do grupo, chegando a ocorrer dois encontros por semana, ocorrendo nos meses de novembro e dezembro de 2004. O número de participantes, já descrito na seleção dos sujeitos, oscilou entre 7 e 12 membros, como será explicado mais adiante.

O local para realização dos encontros contemplou critérios que garantissem privacidade, conforto e fácil acesso, sendo isento de interferências que pudessem perturbar a sua dinâmica. Foi previsto que transcorressem em uma sala de aula/reuniões localizada no primeiro piso. Contudo, por questões operacionais relativas a reservas de salas na instituição, não houve possibilidade de se realizarem no primeiro piso, ocorrendo três encontros em sala de aula localizada no quinto andar e, posteriormente, por solicitação do grupo, devido ao intenso calor, para sala equipada com ar refrigerado localizada no quarto andar.

Para Dall’Agnol e Ciampone (1999), é necessário atentar para alguns detalhes que podem interferir na implementação do grupo focal, tendo por exemplo o arranjo de assentos / cadeiras, organizando-as de forma a promover a participação e a interação dos membros, evitando posições que possam sugerir *status* diferenciado a algum dos participantes ou à coordenação. Concomitantemente, convém que os participantes acomodem-se a distâncias aproximadamente iguais do coordenador e estar dentro do campo de visão dos demais. Segundo estas mesmas autoras, as sessões grupais partem de uma sessão inicial, havendo nela a necessidade de se considerar o detalhamento acerca do contrato de trabalho, refletindo nos encontros seguintes, registrando como principais momentos e respectivos tópicos a constituir o eixo norteador para as sessões de grupo:

- abertura da sessão: boas vindas, apresentação dos Pesquisadores e informações acerca dos objetivos e finalidades da Pesquisa e da Técnica de Pesquisa;
- apresentação dos participantes entre si: descontração.
- esclarecimento sobre a dinâmica de discussões (debate);

- estabelecimento do *setting* conferindo destaque aos aspectos éticos vinculados à Pesquisa e ao processo interativo;
- debate: com guia de temas em aberto;
- síntese dos momentos anteriores;
- encerramento da sessão: acertos e combinações finais para o(s) próximo(s) encontro(s), agradecimentos.

Cabe ressaltar que o *setting* corresponde a uma espécie de contrato em que são feitos acordos, cabendo ao coletivo grupal decidir sobre algumas condições dos encontros como: horário, frequência, pontualidade, formas de participação, dinâmica das discussões, entre outras. É uma estratégia em que são estabelecidos princípios básicos de convivência, em consonância aos valores e expectativas das pessoas que compõem o grupo (DALL'AGNOL; CIAMPONE, 1999; DALL'AGNOL; MARTINI, 2003). Foi solicitado a todos os participantes do grupo compromisso em manter o caráter confidencial dos debates intra-grupo. Ajustes e outras combinações foram feitas, de acordo com necessidades dos momentos, desde que preservadas as condições mínimas previstas para ser coerente com a proposta metodológica. Dentre estas, destaco o horário de início que foi marcado para as 14 horas com tolerância de atraso prevista em 15 minutos e a comunicação prévia entre os membros sobre a possibilidade de ausências, respeitando o número mínimo previsto para a sua realização. Assim, registro que houve presença de todos os participantes no primeiro e último encontro. Nos demais, as presenças oscilaram entre sete e dez sujeitos.

O moderador do grupo tem papel decisivo, sendo um facilitador do debate. Para Westphal, Bógus e Faria (1996), além de ser facilitador, o coordenador deve ser flexível, tornando e reforçando a idéia de grupo livre para modificar a ordem das

questões, sem perder de vista o foco central das discussões. Nesta pesquisa, a função de coordenador foi desempenhada pelo pesquisador.

A presença de um observador no grupo focal é de extrema importância, devendo estar em sintonia com o coordenador, auxiliando na condução da sessão, intervindo para a obtenção de esclarecimentos e contribuindo com seus registros - no diário de campo - e outros pareceres (DALL'AGNOLI; CIAMPONE, 1999). Estas mesmas autoras destacam a existência de duas modalidades de observação: participante e não-participante. Neste aspecto, ambas podem ser eleitas para condução dos encontros. Contudo, além de considerar a natureza dos debates, aspectos associados ao planejamento do projeto determinam a modalidade de observação do grupo. Assim, para a modalidade de observação participante é necessário que o observador tenha experiência com grupos. O observador integrando-se ao grupo – observação participante – será alertado para o cuidado de não ocupar assento muito próximo do moderador, conotando certas idéias de comando ou cúpula, oportunizando o surgimento de segregações – “nós” e “eles”- e, conseqüentemente a transformação do grupo em subgrupo. É desejável que a relação entre moderador e observador oportunize um *feedback*, através da troca de impressões e pareceres sobre o desempenho de seus papéis e o desenvolvimento do grupo focal. Durante a realização desta pesquisa, várias reuniões ocorreram entre coordenador e observador. Estas, por sua vez, ocorreram antes da realização das sessões para seu planejamento e, posteriormente, para registro de observações e impressões.

Cabe ressaltar que o observador pode ser externo – alheio ao projeto - ou interno – integrante do projeto. Nesta pesquisa o observador foi externo. O pesquisador convidou um profissional da área de psicologia habilitado para o trabalho com grupos e

que já conta com várias experiências como observador participante em Pesquisas desenvolvidas na modalidade de Programas de Pós-Graduação *strictu sensu*.

As técnicas de moderação e estilo de grupos focais descritas por Dall’Agnol e Ciampone (1999) podem ser: Diretiva e Não Diretiva. Entre as principais diferenças que apresentam, as autoras destacam a maior liberdade de expressão que a Não Diretiva oferece aos participantes. Partindo de perguntas abertas reduz ao mínimo a influência do moderador e proporciona aos participantes a livre expressão de suas percepções. Neste tópico, optei pela técnica de moderação Não Diretiva.

Os estilos de grupo podem ser: Estruturado, Não Estruturado ou Semi Estruturado (DALL’AGNOL;CIAMPONE, 1999). O estilo Não Estruturado compreende um guia de temas e perguntas abertas, ficando o foco e o estilo do debate a cargo do próprio grupo.

Na seqüência, descrevo o planejamento para a implantação e desenvolvimento das sessões. Considerando o estilo de grupo empregado, assim como o referencial metodológico norteador deste estudo, o foco das discussões ficou a cargo dos componentes do grupo.

Para o **Primeiro encontro**: apresentação face-a-face dos membros do Grupo Focal; apresentação dos dados gerais do projeto de pesquisa; leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e assinaturas dos participantes; combinações prévias e implementação do *setting* de trabalho grupal; partindo de revisões sobre o problema e do referencial teórico – projeto de pesquisa – introdução do tema disparador para o debate: Fuga de pacientes do hospital – Como o grupo percebe e age ante o problema? Que poderes e saberes estão em jogo?; intervalo com lanche; retomada da discussão; síntese dos tópicos discutidos e validação no contexto grupal; encerramento

e proposições para as próximas sessões onde o número de seis encontros foi acordado entre todos os participantes do grupo. Como estratégia para retomada e aquecimento das discussões nos segundo, terceiro, quarto e quinto encontros, os ditos ou expressões consideradas significativas pelo coordenador e pela observadora participante eram retomados nos momentos iniciais de cada encontro. Para tanto, o coordenador reunia-se com a observadora participante antes ou depois de cada sessão, com o intuito de preparar o aquecimento das discussões vindouras. Nestes encontros, o coordenador iniciava os trabalhos do grupo com a seguinte afirmação: “Foi dito na sessão anterior que...”, possibilitando aos participantes presentes situarem-se ante as discussões produzidas pelo grupo.

No **último encontro**, após retomada do que foi discutido nos encontros anteriores, houve apresentação de alguns dos ditos coletados para validação⁵ com os participantes; discussão; *feedback* das atividades e validação de alguns resultados; encerramento.

4.5 Aspectos Éticos

Aos voluntários foi entregue Documento referente ao Termo de Consentimento Livre e Informado (APÊNDICE), oficializando o compromisso deste pesquisador com questões éticas, uma vez que trata-se de pesquisa com seres

⁵ O termo validação, nesta linha de estudos, refere-se à forma como os diversos sujeitos do grupo percebem e agem, respeitando-se a relatividade de suas posições-de-sujeito nos momentos intra e extra-grupo.

humanos, atendendo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 196/96) e, também, às Diretrizes Consensuais Tripartites para a Boa Prática Clínica (FRANCISCONI e GOLDIM, 1997-2000), submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (GPPG) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) sob número 04-387. Para tal, foram considerados na sua elaboração: linguagem, informações sobre o projeto, riscos e desconfortos, benefícios, voluntariedade, confidencialidade, privacidade e anonimato entre outros.

As sessões grupais foram gravadas em fita magnética para posterior transcrição e análise, com a autorização prévia dos participantes.

As falas ou expressões dos sujeitos citadas no relatório serão identificadas através de ordem cronológica da lista de adesão dos participantes ao estudo, respeitando-se seu anonimato.

4.6 Análise de Informações e outros procedimentos metodológicos

Para Carlini-Cotrim (1996), o grupo focal não trabalha com amostras probabilísticas e nem visa estudar frequências com que determinado comportamento ou fato ocorrem. Para esta mesma autora, existem duas maneiras básicas de se proceder à análise: sumários etnográficos e a codificação dos dados via análise de conteúdo. Neste estudo, aproximando-se desta última perspectiva, os dados coletados foram tratados com ênfase na análise de conteúdo.

Minayo (2004, p. 203) afirma:

Todo o esforço teórico para desenvolvimento de técnicas visa – ainda que de formas diversas e até contraditórias – a ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica frente à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observação.

Ao operacionalizar a análise de conteúdo, o pesquisador deve partir de uma literatura de primeiro plano com a finalidade de atingir um nível mais aprofundado. Para a mesma autora, a análise de conteúdo relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Desta forma, a análise deve vincular variáveis que podem ser determinantes. Entre estas, destaco: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção de mensagem. Neste estudo, atrelei estas variáveis às ferramentas de análise foucaultianas: saber e poder. Para tanto, o que foi dito (frases ou expressões) pelos participantes nas sessões do grupo focal foi considerado como unidades de registro. As unidades de registro oportunizaram a criação de um sistema de classificação temático.

Para Minayo (2002), podemos encontrar respostas para as questões formuladas podendo-se ou não confirmar hipóteses ou questões. Desta forma, respeitando os preceitos metodológicos busquei analisar o material obtido em trabalho de campo. Cabe ressaltar que a análise produzida se refere a determinados modos de pensar e falar dos participantes sobre fuga de pacientes do hospital, podendo ser visto como resultado da dinâmica de grupo, assim como da interação dos participantes com o observador participante e coordenador.

Considerando as características do grupo focal não-estruturado e técnicas de moderação não diretivas, partindo dos registros de observação de campo realizados pelo coordenador (pesquisador) e observadora participante, buscou-se arrolar temas

pertinentes aos objetivos desta pesquisa, de forma que pudessem ser valorizadas as percepções de ambos, respeitando-se os preceitos metodológicos. Assim, ressalto que, partindo do primeiro, os encontros subseqüentes tiveram como temas disparadores para o debate a continuação do que foi dito em discussões anteriores, possibilitando aos participantes a discussão livre sobre quaisquer temas que julgassem pertinentes ou associados, não cabendo ao coordenador ou observador do grupo a interferência nas discussões do grupo. Previamente às sessões, era realizada reunião com a observadora participante com o intuito de buscar temas que pudessem ser validados pelo grupo, servindo como tópicos de aprofundamento e continuidade dos debates. Desta forma, como procedimento metodológico, o coordenador começava o aquecimentos das discussões lembrando aos participantes sobre o quê havia sido dito na sessão anterior. Para o último encontro, o coordenador reuniu-se, previamente, com a observadora participante a fim de que pudessem ser definidos, através dos registros de campo, alguns dos ditos no grupo para validação e posterior análise de conteúdo.

Em Polit, Beck e Hungler (2004), busquei referências para a construção de um sistema de classificação temático que fosse ao encontro dos objetivos desta pesquisa. Desta forma, como ferramentas de análise das subjetivações indiquei: os saberes e os poderes que se produzem nesta equipe multidisciplinar. Tratando-se de grupo focal não-estruturado, a metodologia empregada seguiu de forma semelhante às técnicas de entrevista não-estruturada. Para estas mesmas autoras, este método de auto-relato não envolve um conjunto formal de questões escritas, oferecendo flexibilidade em decorrência de sua natureza.

5 ANALÍTICA DAS CONCEPÇÕES DE UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Nesta seção, relato e faço a discussão sobre temas que surgiram durante a realização dos encontros do grupo focal – trabalho de campo.

Tratei de buscar, a partir dos registros realizados por mim (coordenador do grupo focal) e da observadora participante, os ditos, as reflexões e as discussões que ocorreram intra-grupo. Posteriormente, busquei nas transcrições das gravações, realizadas durante os encontros, a fidedignidade dos enunciados.

Considerando as características de grupo focal não estruturado, apresento as falas e os temas que surgiram neste estudo, tendo como foco as concepções que se produzem nesta equipe multidisciplinar. Para tanto, na apresentação desta seção, não foram ordenados cronologicamente os encontros e tão pouco o surgimento dos temas e falas considerados pertinentes.

Retomo a informação já anunciada no tópico relativo às precauções éticas do estudo que as falas dos sujeitos foram identificadas como: Participante 1, Participante 2, Participante 3, Participante 4, Participante 5, Participante 6, Participante 7, Participante 8, Participante 9 e Participante 10. Este ordenamento deu-se a partir da lista de adesão ao grupo focal, seguindo a inscrição cronológica das participantes.

Os temas apresentados, muitas vezes, foram discutidos em mais de uma sessão. Neste aspecto, para um melhor direcionamento dos estudos propostos, tendo como referencial os estudos foucaultianos, os mesmos foram associados às ferramentas: SABER e PODER. Neste caso, faz-se necessário questionar: Que efeitos

tem o discurso “Fuga de Pacientes do Hospital” sobre os diversos sujeitos desta equipe multidisciplinar? Que saberes e poderes são construídos? Que saberes e poderes estão em jogo?

As sub-seções serão apresentadas de forma que venham a contemplar os temas: Uma certa ambivalência, Emergência: um espaço de (des)controle, Medos e inseguranças.

5.1 Uma certa ambivalência

“Fuga de Pacientes do Hospital” suscitou, inicialmente, discussões e reflexões que se associaram a outros tópicos. Entre eles, o número excessivo de clientes/pacientes atendidos nas dependências do setor, principalmente em Sala de Procedimentos de Adultos, foi motivo para a seguinte declaração:

Nós também fugimos... através dos encontros seguidos no café [...].
(Participante 1).

Continuando a sua reflexão sobre a forma como os diversos profissionais lidam com o número excessivo de pacientes, afirmou:

Na emergência se toma muito café [...]. Também se come muito. É uma característica de área fechada. Se come de duas em duas horas. Aquilo que a gente não pode botar para fora a gente engole [...]. (Participante 1).

Contudo, ao refletir sobre esta afirmação, pode-se levantar questões que dizem respeito à ambivalência do significado e a forma com que a palavra fuga foi

sendo empregada, tanto pelo discurso institucional como pelo discurso dos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar deste serviço. Isto é, há uma certa ambivalência ou ressignificação da palavra fuga. A fuga realizada pela equipe multidisciplinar durante os cafés pode ser compreendida como evitação que aparece como forma de defesa e distanciamento em detrimento ao grande número de pacientes que permanecem nas dependências da Emergência. Neste aspecto, registro que as salas de lanche de médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem e outros profissionais do serviço estão localizadas dentro do setor a uma distância considerável dos locais de permanência e atendimento dos pacientes.

As verbalizações feitas por uma das técnicas de enfermagem demonstraram o sofrimento sentido em ver pacientes permanecerem sentados por vários dias nas dependências da Emergência. Sofrimento que pode ser o resultado de percepções que se atrelam à idéia de impotência ante às condições de atendimento. Ao mesmo tempo, certa indignação foi percebida quando houve discussão sobre o automatismo dos atendimentos:

Acho horrível que tiram todos os pertences do paciente. Se fosse comigo, ia embora! (Participante 6).

Outra ressignificação foi verificada nas práticas do Serviço de Segurança. No controle das fugas realizado por este serviço, os casos ocorridos nas unidades de internação e na Emergência são tratados de forma diferente. Segundo um dos participantes, os casos ocorridos nas unidades de internação são apontados em livro próprio de ocorrências e registrados em Delegacia de Polícia. Os casos da Emergência somente seguirão esta última tramitação se houver comunicação de risco de vida. Esta

orientação, de acordo com o mesmo profissional, foi dada pelo setor jurídico da instituição que vê os casos da Emergência como casos de evasão, tendo a justificativa de que os pacientes que se encontram no setor não estão internados no hospital. Assim, a palavra fuga vem revestida de vários significados demonstrando certa ambivalência em seu sentido.

Para Bauman (1995), a situação torna-se ambivalente quando lingüisticamente há uma estruturação inadequada, não pertencendo a uma única situação, quando a discriminação recai em várias classes ao mesmo tempo. Bauman (1995, p. 10) afirma: “ seja qual for o caso, o resultado é uma sensação de indecisão, de irresolução e, portanto, de perda de controle”.

Neste contexto, inadequado ou não o significado lingüístico da palavra fuga, além de remeter às idéias de Bauman (1995) sobre ambivalência, aproxima-se daquilo que Foucault (1999b) fala a respeito dos jogos lingüísticos ou estratégicos com que se apresentam os discursos – de ação e de reação, de pergunta e resposta, de dominação e esquiva. Mas, sobretudo, de luta e imposição de significados. No entanto, se ficou visível o medo da responsabilização dos indivíduos pelo acontecimento de fugas, também ficou visível uma certa banalização destas fugas como é percebido em algumas falas. Assim, surgiu nas discussões:

A fuga não é moderna [...] ela já acontecia antes (Participante 1).
Nós não nos preocupamos tanto com as fugas como antigamente (Participante 1).
É menos um na lista da sala de procedimentos (Participante 3).

A banalização que ocorre pode estar associada ao aumento do número de atendimentos com que os vários sujeitos desta equipe multidisciplinar enfrentam no dia-

a-dia deste ambiente de cuidado. Contudo, ela também se dá pela forma como os profissionais, de certa maneira, se deslocam em suas posições de sujeitos, evidenciando a identificação de membros da equipe com os pacientes e seus problemas em decorrência de sua longa permanência naquele setor. Desta forma, registrei:

Eu acho horrível [...]. Comigo não fariam isso [...]. Se eu estou em sã consciência [...] posso ir no banheiro, posso caminhar [...]. Não tem porquê! Se fosse comigo, ia embora. (Participante 6).

Neste aspecto, ficou evidente que os membros do grupo, ao se colocarem nas situações vivenciadas pelos pacientes, se tivessem condições de fugir também o fariam. Para Hall (2000), a identificação é condicional e contingencial. Para o mesmo autor:

[a identificação] não é, nunca, completamente determinada – no sentido de que se pode, sempre “ganhá-la” ou “perdê-la”, no sentido de que ela pode ser, sempre, sustentada ou abandonada. (HALL, 2000, p. 106).

Assim, banalização ou preocupação tornam-se marcas de ações que podem suscitar não somente ambivalência, mas o caráter transitório e móvel com que os discursos se apresentam. Talvez, mais do que isso, o surgimento de ações ou reações de cada sujeito que reforçam, neste caso, a idéia de uma situação paradoxal. Contudo, é importante registrar que, na modernidade ou pós-modernidade, as posições-de-sujeito são consideradas móveis, com capacidade de deslocamento diante das diversas situações vividas pelos seres humanos. Isto é, em determinados momentos, somos profissionais de saúde e, em outros somos usuários dos serviços de saúde.

5.2 Emergência: um lugar de (des)controle

Os profissionais deste serviço evitam e se distanciam do número excessivo de pacientes e, ao mesmo tempo, se preocupam com o problema criando práticas de vigilância e controle sobre os pacientes. Em um dos encontros, uma das participantes fez o seguinte questionamento:

O quê vocês acham: é ético, é elegante, é necessário aqueles adesivos que vocês colocam nas costas dos velhinhos? (Participante 1).

A pergunta refere-se aos adesivos que são feitos de esparadrapo, colocados nas costas dos pacientes, informando literalmente “Risco de Fuga”, prática que a equipe de enfermagem faz identificando possíveis fugitivos. Os pacientes que apresentam este risco não são apenas velhinhos, mas outros pacientes que apresentam quadros de confusão e ou desorientação e que, durante sua permanência no setor, se encontram sem a presença de acompanhantes. Por outro lado, também não são velhos, não são confusos ou desorientados, sinalizando muitas vezes o seu desejo de não permanecer mais na Emergência. Desta forma, para outro elemento do grupo:

Eles avisam que vão fugir [...]. Começam a caminhar de um lado a outro [...] procurando uma saída.(Participante 5).

Após intensa discussão do grupo, ficou evidente pela fala de um dos componentes da equipe de saúde que esta prática tornou-se necessária considerando

aspectos decorrentes de responsabilização profissional e ética provenientes do risco de prováveis processos jurídicos. Contudo, será que fuga é importante porque está condicionada à idéia de risco? Para Guilam (1996), a idéia de risco vem da época do período da Grécia Antiga, havendo deslocamento dos valores à sua noção na sociedade industrial. Isto é, colocar-se em risco tinha valor positivo conotando certo heroísmo. Hoje, colocar-se em risco tem valor negativo e estigmatizante. Para a mesma autora, no discurso da Saúde Pública o termo risco vem carregado de aspectos que valorizam apenas dados quantitativos sem se preocupar com aspectos qualitativos. Assim, para os cientistas sociais, as avaliações de risco perpassam fatores subjetivos como os éticos, morais, culturais. Ou seja, a discussão sobre risco também torna-se uma discussão sobre os discursos que são feitos, da forma como são produzidos, em que contexto se inserem e quem tem autoridade para enunciá-los.

Na discussão provocada pela participante que questionou sobre problemas éticos ou de elegância, medo e insegurança permearam o grupo quando, em suas reflexões, supuseram sobre o acontecimento de processos éticos ou de responsabilização profissional e civil partindo da possibilidade de danos à saúde destes pacientes.

Outra prática se evidenciou na fala de outra participante, referindo-se a uma conduta de vigilância e controle dos pacientes que tem risco de fuga. Isto é, o oferecimento de alimentação a mais para outros pacientes que podem auxiliar na observação dos pacientes que apresentam este risco:

Quando o paciente "X" está na sala de procedimentos [...] Eu dou dois cafés para ele cuidar de algum velhinho que ta sozinho[...]. (Participante 3).

Aqui, há novamente o retorno a um dos temas centrais que se apresentam neste estudo. Ou seja, o tema do panoptismo. É preciso lembrar que o panóptico de Bentham (Figura 1) é uma construção com função de vigilância carcerária que foi adaptada para outras construções abrigando outros tipos de instituições: escolas, hospitais, fábricas, entre outros (FOUCAULT, 2000). Desta forma:

Um indivíduo qualquer, quase tomado ao acaso, pode fazer funcionar a máquina; na falta do diretor, sua família, os que o cercam, seus amigos, suas visitas, até seus criados. (FOUCAULT, 2000, p. 167).

Para o autor, o panóptico e sua maquinaria asseguram a diferença pouco importando quem exerce o poder de vigiar. Neste caso, o poder de delegar também é exercido pelas enfermeiras, não importando quem deverá vigiar ou observar os possíveis pacientes fugitivos.

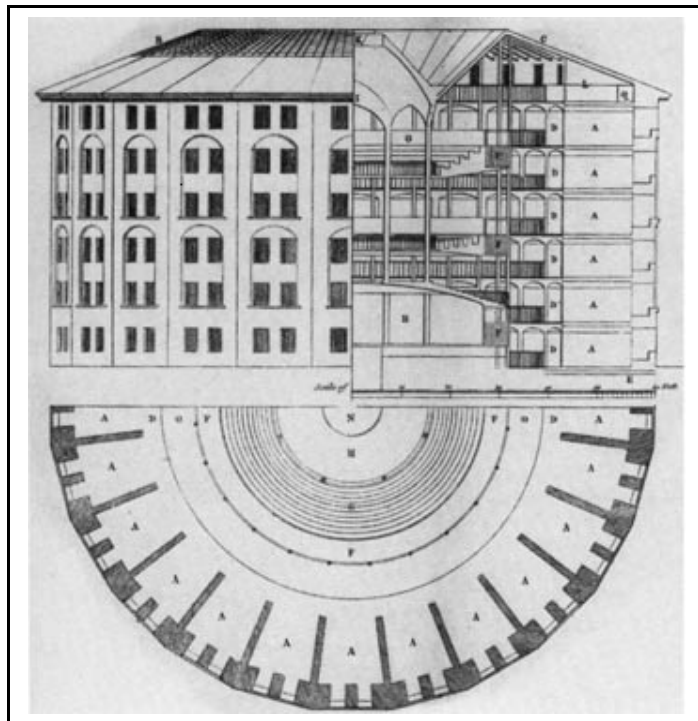


Figura 1 - O panóptico de Jeremy Bentham, 1791⁶.

⁶ BOZOVIC, M. **The panopticon writings**. London: verso, 1995, 29-95. Disponível em: <http://en.wikipedia.org/wiki/Panopticon>. Acesso em: 30 set 2005.

O panóptico pode ser considerado um dispositivo. Como tal:

Organiza unidades espaciais que permitem ver sem parar e reconhecer imediatamente. Em suma, o princípio da masmorra é invertido; ou antes, de suas três funções – trancar, privar de luz e esconder – só se conserva a primeira e suprimem-se as outras duas. A plena luz e o olhar de um vigia captam melhor que a sombra, que finalmente protegia. A visibilidade é uma armadilha.(FOUCAULT, 2000, p. 166).

A imagem (Figura 2) que segue refere-se ao presídio *Kilmainham Gaol* (KANE,2003), construído em 1864, localizado em Dublin, onde foram presos os líderes da libertação irlandesa. Neste espaço, é visível a forma como controle e vigilância se fazem através de uma certa centralidade e disposição do olhar de quem controla ou vigia. A força não é utilizada. Há “uma sujeição real que nasce mecanicamente de uma relação fictícia”.(FOUCAULT, 2000, p. 167).



Figura 2 – A ala leste de Kilmainham Gaol.

Ao visualizar na planta baixa adaptada (Figura 3) do Serviço de Emergência – locais em amarelo - o esboço onde pacientes da sala de procedimentos se localizam e permanecem durante dias, assinalo que é difícil, se não impossível, a existência de um local que tenha as características do panóptico (Figura 1). Concomitante, se não existe o lugar, a função somente poderá ser exercida pelos profissionais do serviço, principalmente trabalhadores de enfermagem e do Serviço de Segurança. Neste espaço, que segundo os profissionais é pequeno para tanta gente, torna-se difícil vigiar e controlar, sendo necessária a ajuda de outros pacientes.



Figura 3 - Esboço adaptado da planta-baixa do Serviço de Emergência⁷.

⁷ Para melhor visualização, os pontos em vermelho indicam as portas de acesso localizadas no setor.

Durante a realização deste relatório, algumas reformas foram feitas no Serviço de Emergência. A Sala de Procedimentos para Adultos (SPA) e consultórios médicos foram as áreas mais atingidas pelas reformas. A SPA ganhou um espaço que está sendo chamado de “anexo”. Local destinado a pacientes que não tem condições de permanecer sentados por muito tempo e que necessitam permanecer no setor em macas devidamente acompanhados por seus familiares. Por outro lado, o número de consultórios médicos foi reduzido. No “anexo” da SPA ,a possibilidade de observação dos pacientes é ampla. Contudo, problemas referentes a privacidade ainda podem ser levantados. Para uma melhor compreensão, ampliei parte da planta baixa com as novas modificações. Em comparação com a planta baixa anterior (Figura 3), é perceptível que seis consultórios foram desativados e que paredes foram desfeitas para garantir uma maior visualização.



Figura 4 – Planta-baixa adaptada da SPA após reforma.

A transformação do espaço denota preocupação em acomodar as pessoas que procuram a Emergência da melhor forma possível. Concomitantemente, é uma forma para melhor controle e observação dos pacientes que não podem caminhar ou ficar sentados por muito tempo. Este local, que está sendo chamado de “anexo”, também remete idéias de lugar de passagem. Nele, existem boxes que comportam até três macas, dispostas lado a lado. A distância entre as macas é mínima e a privacidade pode ser questionável. Deste lugar, os pacientes poderão passar para a sala de observação de adultos, poderão internar nas unidades ou receber alta. Com estas características, este espaço se aproxima do que Bauman (2001) chama de “não-lugares”. Assim, mais do que não-lugar, o local pode ser compreendido como local de passagem. Nele se dá a circulação de todo o tipo de sujeitos: profissionais, pacientes e familiares. Esses lugares

[...] aceitam a inevitabilidade de uma adiada passagem, às vezes muito longa, de estranhos, e fazem o que podem para que sua presença seja “meramente física” e socialmente pouco diferente, e preferivelmente indistinguível da ausência, para cancelar, nivelar ou zerar, esvaziar as idiossincráticas subjetividades de seus “passantes”. (BAUMAN, 2001, p. 119).

O “anexo” da SPA é um outro lugar de corpos deitados. Um lugar para acomodar corpos doentes e cansados que deveriam permanecer o mínimo possível neste mesmo lugar. É um lugar que demarca, classifica e diferencia. Concordando com Foucault (2003, p. 159), é “ na demarcação das implantações, das delimitações, dos recortes de objetos, das classificações, da organizações de domínios” que surgem processos de poder. Neste caso, um poder que fixa, controla e vigia tendo em vista práticas de cuidado.

Conforme os dados apresentados pelo Serviço de Segurança, o número de fugas na Emergência é muito superior aos dos setores de internação. Em um dos encontros, houve a apresentação destes dados ao grupo. Chama atenção no Quadro 2, que tem como título “Indicador de Fugas e Agressões no HCPA – 2003/2004”, a palavra agressões associada ao termo ameaças. A construção deste quadro estatístico remete não somente a questões que associam idéias de controle, mas também de indisciplina. No entanto, se fica evidente o número de fugas na Emergência e outros setores, não é especificado o local de origem das agressões e ameaças.

A circulação deste material (Quadro 2), entre os participantes do grupo, gerou surpresa entre a maioria, sendo constatado que estas informações que circulam entre o serviço de segurança e a área administrativa e chefia de enfermagem não são de conhecimento da maioria dos profissionais deste serviço.

O desconhecimento da equipe multidisciplinar sobre a existência dos dados do serviço de segurança e do parecer da consultoria jurídica podem representar a forma como informações gerenciais são tratadas dentro da instituição. Para Nicz e Karman (1995, p. 219), “cada responsável por unidade no seio da organização tende a considerar que é indispensável receber as informações das outras unidades”. Contudo, para os mesmos autores, a existência de constrangimento é fator impeditivo para disponibilização das informações, considerando a sua natureza. A detenção de informações e a possibilidade de sua manipulação é tida por muitos como símbolo de poder. Desta forma:

O fato de haver uma linha hierárquica que mais frequentemente privilegia-se das informações bem como a satisfação de interesses particulares (justificados ou não) de certos grupos no interior da

organização, distintos do interesse geral, reforçam a crença da informação toda-poderosa.(NICZ;KARMAN, 1995, p. 219).

Concomitantemente, uma das participantes salientou a importância de registrar os casos de fuga na Emergência, considerando que são pacientes que estão em investigação diagnóstica e que, de uma forma ou de outra, podem estar com seu estado de saúde alterado. Segundo a sua afirmação:

No lugar onde mais fogem [...] é onde teoricamente tem mais risco [...].
(Participante 2).

A idéia deste controle (Quadro 2) como indicador remete a questões vinculadas à qualidade da assistência prestada.

	FUGAS DE PACIENTES				AGRESSÕES E AMEAÇAS	
	EMERGÊNCIA		UNIDADES		2003	2004
	2003	2004	2003	2004		
Janeiro	66	90	6	5	1	0
Fevereiro	60	71	2	1	1	0
Março	43	69	6	6	3	2
Abril	61	78	4	3	2	1
Maio	75	81	6	2	2	2
Junho	71	79	5	7	1	2
Julho	68	69	4	8	1	2
Agosto	42	89	4	5	3	2
Setembro	58	76	9	4	0	2
Outubro	50	78	6	3	0	3
Novembro	84		6		3	
Dezembro	62		7		1	
Total	740	780	65	44	18	16
Média	62	78	5	4	2	2
Média mês	5145		2175		5000	
Intern. e atendim.						
△ Fugas/pacien	0,014%		0,003%		Público Interno	

Quadro 2 - Indicador de Fugas e Agressões no HCPA – 2003/2004.

Fonte: Serviços Gerais - Seção de Segurança e Informações.

Coincidência ou não, o fato é que os mesmos indicadores também foram tratados pelo Serviço de Segurança do Hospital de Clínicas da Universidade de Campinas (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE DE CAMPINAS, 1999), tendo como diferencial as quantidades de intercorrências registradas, assim como na diversidade dos registros onde aparecem arrombamentos de armários, furto de materiais, entre outros. Para Bittar (2004), indicadores de qualidade também devem ser indicadores de quantidade, exigindo, pela complexidade da área hospitalar, a criação de outros indicadores que possibilitem medir e avaliar tecnologicamente eventos-sentinela. Várias ocorrências podem ser consideradas eventos-sentinela. Como exemplos, citados pelo mesmo autor, aponto mortes imprevistas de pacientes, surtos de infecção hospitalar, cirurgia em paciente errado, cirurgia em parte errada do corpo, mortes relacionadas à falta/demora de atendimento, reações transfusionais, surtos de acidentes do trabalho. E num tópico chamado de “Outros” foram incluídas quedas, fuga de pacientes, infiltração de quimioterápico, material sem esterelizar aberto em sala de cirurgia, morte materna, lesão de nervo por posicionamento inadequado, necrose em área de aplicação de injeção, entre outros. Os eventos-sentinela assinalados por Bittar (2004) sugerem referência à organização ou de desorganização dos serviços de saúde. Mas, também reforçam a idéia de que o hospital é uma instituição que tem por objetivo curar indivíduos através de ações de controle e disciplinamento.

A prática de controle estatístico remete-se às idéias de bio-política mesmo que localizada no interior das redes de micro-poder. Assim, mais do que informação gerada, questiono os efeitos que estas informações poderiam causar nos membros da equipe multidisciplinar do Serviço de Emergência. Da mesma forma, concordo com Foucault (2001) quando refere-se a um dos papéis da bio-política que é o de fazer do

poder-saber um agente de transformação da vida humana. Por outro lado, fica a indagação: como diminuir o número de fugas do Serviço de Emergência? As informações dadas exaltam um certo controle e podem ser fonte de angústia ao perceber-se certa impotência nas ações que visam contribuir para a sua diminuição. Por outro lado, como criar mecanismos de controle e contenção de fugas sem tornar pacientes em sujeitos prisioneiros da instituição hospitalar?

Na continuação das discussões intra-grupo, a organização do serviço e o processo de trabalho realizados por médicos e equipe de enfermagem foram muitas vezes citados associando o problema com questões referentes ao seu local de origem. Isto é, o trabalho realizado na Sala de Procedimentos de Adultos (SPA) tornou-se o centro das reflexões de membros da equipe multidisciplinar:

Ali é a maior confusão [...] tu não tens controle das coisas [...].
(Participante 4).

No grupo, ficou evidente a necessidade de separação dos pacientes: pacientes graves, pacientes que precisam internar e outros que estão aguardando resultados de exames e outros não graves. Na continuação das discussões sobre o processo de trabalho da equipe multidisciplinar, uma das participantes afirmou:

Tem que separar o joio do trigo (Participante 2).

A necessidade de classificação ou rotulação dos pacientes e, conseqüentemente, de seus corpos remete a idéias de que:

A mecânica do poder que cuidadosamente persegue esse despropósito só pretende suprimi-lo atribuindo-lhe uma realidade analítica, visível e permanente: encrava-o nos corpos, introdu-lo nas condutas, torna-o princípio de classificação e de inteligibilidade e o constitui em razão de ser e ordem natural da desordem. (FOUCAULT, 2001, p. 44).

Classificar e rotular pacientes pode ser uma forma de sinalizar como a equipe multidisciplinar tenta vigiar ou controlar. Porém, mais do que isto, talvez seja uma forma de objetivação. Corpos disciplinados ou indisciplinados tornam-se semelhantes aos corpos de carcereiros ou de aprisionados. Mais do que isso, necessidade tácita de identificação que busca, além de uma certa normatização, o saber para melhor controle. Assim,

Um saber sobre os indivíduos que nasce da observação dos indivíduos, da sua classificação, do registro e da análise dos seus comportamentos, da sua comparação, etc. Vemos assim nascer, ao lado desse saber tecnológico, próprio a todas as instituições de seqüestro, um saber de observação, um saber de certa forma clínico [...] É assim que os indivíduos sobre os quais se exerce o poder ou são aquilo a partir de que se vai extrair o saber que eles próprios formaram e que será retranscrito e acumulado segundo novas formas, ou são objetos de um saber que permitirá também novas formas de controle (FOUCAULT, 1999b, p. 121-122).

A falta de uniformização das condutas médicas também foi levantado como possível fator gerador da fuga de pacientes. Para uma das participantes:

Um dos problemas de quem chega à noite para trabalhar [...] são as promessas que foram feitas de dia [...]. (Participante 1).

Uma outra participante, partindo desta constatação, sugeriu a criação de protocolos internos de atendimento aos pacientes da Emergência. Tanto médicas como

enfermeiras concordaram que o problema provoca a necessidade de se rever questões pertinentes à organização do trabalho e ao processo de trabalho. Neste aspecto, principalmente, condutas mais uniformizadas e uma melhor separação dos pacientes são tidos como mudanças que devem ser implantadas pelas novas chefias, reforçando uma maior coesão das ações da equipe multidisciplinar.

Ficou evidente que o grupo estava se referindo à desorganização do setor como reflexo de uma política de saúde pública equivocada que transfere para os hospitais uma maior demanda de atendimentos que poderiam ser realizados pela rede de postos de saúde. Ao mesmo tempo, houveram referências quanto a existência de prática cultural e institucionalizada pelas várias equipes médicas da instituição que transferem para a Emergência os pacientes com problemas que não são facilmente resolvidos no ambulatório. Assim, no olhar dos participantes do grupo, o Serviço de Emergência não se tornou somente porta de entrada para o sistema hospitalar, ele é “depositório” e “campo de concentração” para a equipe multidisciplinar:

Aqui no hospital é assim: qualquer problema [...] leva pra emergência!
 Ta mal? Leva pra emergência!
 A emergência é o depositório de toda essa questão [...]. Assim dessa tentativa de fugir dos problemas.(Participante 1).

Tornou-se necessário buscar o significado da palavra depositório. Constatei que esta palavra é inexistente. Por outro lado, o enunciado referido pela Participante 1 remete à idéia de depositário e, por associação, ao significado de depósito. Assim vê-se que depositário é:

s.m. (1507 PDias 39) 1 aquele que recebe e guarda um depósito 2 aquele a quem foi confiado um segredo ou confidência [...] □ ETIM lat. *depositarius*, *ii* 'o que recebe ou o que faz um depósito', der. de

depositum, supn. de *deponère*; ver *-por*; f.hist. 1507 *depositairo* □ PAR depositária (f.), depositárias (f.pl.)/ *depositaria*, *depositarias* (fl.depositar). (DEPOSITÁRIO, 2001a).

A Emergência não é o depósito dos pacientes que são transferidos ou admitidos. Os profissionais que lá trabalham sentem-se depositários frente a todas estas questões, reforçando a idéia do setor ser depósito da instituição ou do próprio sistema de saúde, podendo produzir ações ou reações que se associam com idéias de responsabilização, sobre-carga de trabalho, impotência, chegando a ter uma certa identificação com os pacientes que lá permanecem. Assim, buscando o significado da palavra depósito, lê-se:

s.m. (sXV cf. IVPM) **1** ato ou efeito de depositar(-se) **2** o conteúdo depositado; objeto, quantia etc. entregue a um depositante **3** local ou estado daquilo que está depositado, acumulado, protegido <os bens colocados em d. estão seguros> [...] **5** espaço, lugar, recipiente próprio para acumular ou guardar objetos; reservatório [...] □ ETIM lat. *depositum, i* 'o que se põe ou local em que se põe um objeto', neutro substv. do part.pas. *depositus, a, um*, do v. *deponère*; ver *-por*; f..hist. sXV *deposito*, sXV *deposyto* □ SIN/VAR ver sinonímia de *lia* □ PAR depósito(fl.depositar) □ noção de 'depósito' usar *antepos.* adeg-, bodeg-, tec(a/o)-; *pospos.* -técio; *suf.* -ário (DEPÓSITO, 2001a).

Um dos participantes assinala:

Quando a gente vê as pessoas mutiladas, sentadas, uns com máscara⁸ [...], se tem a sensação de ver a Emergência como um campo de concentração. (Participante 7).

Campo de concentração é “ato ou efeito de se reunirem várias pessoas ou coisas num ponto determinado” (CONCENTRAÇÃO, 2001a). Neste aspecto, chama

⁸ A expressão utilizada pelo participante 7 refere-se aos pacientes que necessitam utilizar máscaras do tipo cirúrgicas e descartáveis como forma de proteção individual (por exemplo: pacientes imunodeprimidos) ou como forma de serem evitadas a propagação de doenças infecto-contagiosas (por exemplo: pacientes com suspeita ou portadores de Tuberculose).

atenção no enunciado do Participante 7 a associação que fez com pessoas mutiladas e sentadas na Sala de Procedimentos de Adultos denotando a situação vivenciada por prisioneiros de guerra em campos de concentração. Acredito que tais declarações reforçam a representação contida na obra pictórica de Jose Perez intitulada *Emergency Room* (Figura 5).



Figura 5 - *Emergency Room* (PEREZ, 1998).

Nela, depois de passar uma noite com sua esposa e neto em um serviço de emergência, o artista representou suas percepções sobre a realidade vivenciada. Assim, a multidão que se concentrava em uma sala de emergência constitui-se de pessoas nuas sem privacidade, pessoas esfarrapadas, que aos olhos do artista foram tratadas como carvão sendo recolhidas por uma enfermeira tendo como meio uma pá. Nessa imagem, há a figura do operador de câmera que busca registrar o drama vivenciado a fim de que seja notícia.

Para Nalini (2001), a sociedade moderna também é conhecida como sociedade do espetáculo caracterizando-se “por uma divulgação nunca vista de fatos deprimentes”. Para o mesmo autor, o exercício da Medicina é campo fértil para a exploração desta morbidez. Para mim, por extensão, torna-se campo fértil de exploração envolvendo todas as profissões atuantes no Sistema de Saúde. Assim,

A mídia busca, no rol dos eventos sociais a exceção, a ocorrência extravagante, com forte fascínio e forte apelo emocional. Corre em busca da versão factual da atividade humana, com o duplo interesse pela denúncia e pela promoção de venda de notícia. Em regra, despreza as causas concorrentes mais expressivas, como por exemplo, no nosso caso, a má formação profissional, o ambiente adverso em que atua um médico, a demanda assustadora aos órgãos de assistência médica, os baixos e tenebrosos padrões da saúde pública e etc (NALINI, 2001).

Na parte inferior da obra pictórica mencionada (Figura 5), o pintor colocou a figura de um policial que tenta parar o fluxo de pacientes. Atualmente, hospitais públicos são sobrecarregados pela procura de atendimento. Para não ferir a Constituição e, conseqüentemente, os direitos dos cidadãos, os serviços de emergência mantêm suas portas abertas, oferecendo assistência hospitalar de qualidade duvidosa. Segundo o Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (2005), o problema está no contingente que vem de outras cidades do interior onde o número de leitos e especialistas é escasso, resultando no inchaço da capacidade hospitalar da capital e comprometendo a qualidade dos serviços, podendo até deixar cidadãos sem atendimento. A figura do vigilante em *Emergency Room* (PEREZ,1998) pode representar o esforço que os hospitais públicos fazem ao querer diminuir a demanda dos atendimentos, demonstrando a impotência com que se deparam os profissionais do

Serviço de Segurança ante o número de pessoas que procuram os serviços de emergência, levando-me a pensar que também podem ser formas de se ter uma certa ordem e organização em salas de espera, evitando o surgimento de confusão, agressões e outras desordens.

O quadro de Perez (Figura 5), em sua parte inferior esquerda, mostra, também, a chegada de uma ambulância ao serviço de emergência. Seria uma alusão do pintor ao que conhecemos como “ambulancioterapia”? De qualquer sorte, o registro do pintor em sua obra, pode assinalar que o problema vivenciado no contexto dos serviços de emergência pode ser considerado sem fronteiras, tornando-se um problema no mundo globalizado. Cabe ressaltar que há uma réplica desta obra na sala de lanche dos médicos e enfermeiras.

5.3 Medos e Inseguranças

Ao se discutir sobre a existência de um parecer da consultoria jurídica sobre fuga de pacientes da emergência, de uso interno no Hospital, ficou evidente, novamente, o medo e a insegurança que profissionais da área médica e de enfermagem têm de sofrerem algum processo de responsabilidade profissional. Uma das participantes afirmou:

Queria saber qual o parecer jurídico [...]. Até onde vai a responsabilidade dos funcionários da emergência em relação a fuga? A responsabilidade da instituição ? E, vou mais longe, a responsabilidade do poder público [...] porque a emergência tá lotada.[...]. É uma emergência SUS [...]. (Participante 1).

Em algumas discussões ficou evidente a confusão que é feita entre alta a pedido do paciente e fuga de pacientes. Cabe ressaltar que não é comum a alta a pedido no Serviço de Emergência.

Outras discussões mostraram o medo e inseguranças que enfermeiras tinham quando davam o cartão de autorização de saída para os pacientes na Sala de Procedimentos de Adultos. Neste aspecto, é importante registrar que o cartão para autorização de saída de pacientes foi extinto no segundo semestre de 2004.

Em material disponibilizado pelo Superior Tribunal de Justiça (2004) sobre julgamentos realizados, com matéria desta ordem, encontrei referências à fuga de paciente em hospital psiquiátrico. Ressalto que a matéria julgada não estava diretamente relacionada à fuga de hospital geral, mas tratava-se de fuga em hospital psiquiátrico tendo como desfecho o suicídio do paciente com surto psicótico. Trata-se do que é chamado em linguagem jurídica de *culpa in vigilando* caracterizada como falta de diligência, atenção, fiscalização ou qualquer outro ato do agente, no cumprimento do seu dever e, de cujo ato, decorre prejuízo para outrem. No processo que foi requerida a indenização (SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, 2004), o voto de um dos juízes evoluiu para o entendimento de haver responsabilidade do Estado por omissão no serviço. Segundo informações do processo (SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, 2004), o paciente chegou a ser interceptado por enfermeiros, porém o mesmo escalou o muro do hospital se suicidando logo após. Neste julgamento, “a fuga do paciente é, sem dúvida, omissão do dever de vigilância do Estado, ainda mais por ter ficado comprovada a internação por surto psicótico” (SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, 2004).

No parecer do Conselho Federal de Medicina - CFM, aprovado em 12/06/97, encontrei referências à evasão de pacientes internados em estabelecimentos de saúde mental. Segundo esse parecer (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997), as responsabilidades serão avaliadas levando em consideração o estado clínico do paciente, as condições oferecidas pelo estabelecimento para o seu tratamento e as circunstâncias em que ocorreu a fuga. O parecer dado à Consulta número 23.606/97 (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO, 1997) indicou que a instituição hospitalar pode ser responsabilizada do ponto de vista jurídico pela fuga do paciente, através de uma ação de responsabilidade, face ao dever de vigilância contraído no ato de hospedar, independente do seu caráter gratuito ou oneroso.

O medo da culpabilização ou responsabilização profissional ficou evidente no depoimento de uma das participantes:

Na verdade, para os juízes durante o julgamento tem de haver uma pessoa para responsabilizar[...]. Como já aconteceu [...]. Ele vai responsabilizar aquele que tem maior responsabilidade [...]. Que é o médico de plantão. Até os outros funcionários podem ser responsabilizados [...]. Essa é a nossa grande dificuldade [...]. É complicado [...]. Agora, queria que um advogado do hospital ou de fora nos desse um parecer [...]. Até é ideal que seja alguém de fora porque não teria uma visão viciada que favorecesse muito o hospital [...]. Entende? Alguém de fora que tivesse conhecimento sobre isso, que pudesse nos orientar [...]. Porque todo mundo fica preocupado. Além de ficar preocupado com o paciente, fica preocupado como profissional porque pode ser demitido por uma situação. Tu pode ser responsabilizado pelo teu conselho profissional [...]. Claro que sim! E a gente não tem um parecer de alguém de fora que não tenha vínculos [...]. (Participante 1).

O medo de processos ético-disciplinares que os participantes do grupo, principalmente médicas, se referiram é real. Os conselhos profissionais estão sendo cada vez mais acionados. Os dados apontados por Nalini (2001) no XII Encontro dos

Conselhos Regionais de Medicina das Regiões Sul e Sudeste são ilustrativos. Segundo o palestrante,

Em 1998, foram 129 os processos disciplinares instaurados; em 1999, 207; em 2000, 285 e até julho deste ano [2001] 323. [...]. E a pena máxima, a cassação, foi aplicada a quatro médicos em 1998, a seis médicos em 1999; seis, em 2000; e sete, até julho de 2001 (NALINI, 2001).

Mais do que isto, o medo de punição também se evidenciou no grupo. O risco de perder o emprego e o registro profissional assustam e amedrontam também as enfermeiras. Tais depoimentos levam-me a concordar com o pensamento de Foucault (1999b), afirmando que além dos poderes econômicos e políticos, existe um poder judiciário nas relações que se estabelecem intra-instituições. Para o autor:

Nestas instituições não apenas se dão ordens, se tomam decisões, não somente se garantem funções como a produção, a aprendizagem, etc., mas também se tem o direito de punir e recompensar, se tem o poder de fazer comparecer diante de instâncias de julgamento. Este micro-poder que funciona no interior destas instituições é ao mesmo tempo um poder judiciário (FOUCAULT, 1999b, p. 120).

Neste contexto, penso que a equipe multidisciplinar é passível de um triplo julgamento: o social, o jurídico e o institucional. O medo vivenciado por estes profissionais pode ser justificado pela presença de uma mídia que busca o sensacionalismo, mas também pelo risco de se tornarem réus em processos profissionais ou judiciais.

As práticas de comunicação e registro das fugas e a preocupação com questões jurídicas reforçam a existência de meios de integração entre as diversas instituições que têm por função normalizar ou disciplinar. Assim, é visível a aproximação do hospital com as leis, tornando possível todo um aparato tecnológico de

poder-saber sobre os corpos. Neste caso específico, sobre os corpos dos pacientes que fogem e sobre as práticas profissionais que se executam,

[...] a instituição judiciária se integra cada vez mais num contínuo de aparelhos (médicos, administrativos etc.) cujas funções são sobretudo reguladoras. Uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida. (FOUCAULT, 2001, p. 135).

O contexto dos hospitais gerais e de seus serviços de emergência pode ser diferente. No entanto, surge a necessidade de se reverem práticas institucionais. Talvez, mais do que isso, é necessário repensar as relações que se impõem no sistema de saúde. Não há dúvida de que os casos de fuga devam ser, sempre, avaliados criteriosamente.

6 CONSIDERAÇÕES...

Nas considerações que faço, depois de proceder à análise das informações, retomo a metodologia de pesquisa empregada no trabalho de campo com o grupo focal, a análise do conteúdo, tendo como referencial teórico os estudos foucaultianos, e os resultados obtidos. Desta forma, refiro-me a considerações como não finais, tendo em vista seu caráter temporário e possibilidades de interpretação daqueles que irão ler este trabalho.

No estudo proposto, busquei conhecer o olhar que é lançado pela equipe multidisciplinar a partir do discurso: Fuga de pacientes do Hospital e que deriva de subjetivações. Subjetivações, segundo os estudos foucaultianos, são formas de ação ou reação que os sujeitos produzem e reproduzem. São formas pelas quais percebemos, agimos ou reagimos, reforçando ou resistindo, perante os discursos (tidos como oficiais) que circulam em nossa sociedade. No contexto de saúde, estamos sob a tutela de discursos hegemônicos que ainda sustentam o modelo clínico-biologicista/hospitalocêntrico, criando normas e rotinas institucionais que colocam os sujeitos doentes e não doentes em condição de sujeitos dependentes, sem autonomia ou sem direito de escolha. Um modelo de saúde que “empurra” os sujeitos para dentro das instituições hospitalares não importando as condições de atendimento.

Na metodologia, para coleta de dados no grupo focal, optei pela construção de um grupo de discussão não estruturado com técnica de coordenação não diretiva. Esta opção gerou em mim (coordenador do grupo) e na observadora participante, algumas vezes, a necessidade de se retomarem questões associadas à dinâmica dos

encontros e às discussões neles produzidas. Concomitantemente, uma certa disciplina se fez necessário para que tanto as posições de coordenador ou observadora participante não interferissem na dinâmica das discussões. Saliento que, como dinâmica não estruturada, coube aos participantes do grupo iniciar as discussões sobre o tema proposto. Da mesma forma, a continuidade das discussões intra-grupo, através dos encontros que se sucederam, era da alçada dos participantes. Enquanto coordenador, eu apenas retomava a síntese das discussões dos encontros anteriores. Neste aspecto, é interessante registrar que não houve dificuldades, tanto no início como na seqüência das atividades propostas. Havia interesse explícito em discutir o tema e mobilização de todos para efetivar os encontros. Apesar dos acordos que se fez quanto ao horário de início e término das reuniões do grupo, começava-se com atraso e terminava-se além do horário pré-estabelecido.

As discussões que se sucederam comprovaram a necessidade que os profissionais têm de discutir e refletir sobre temas associados ao seu dia-a-dia de trabalho.

Todos os participantes tiveram voz ativa durante o transcorrer dos trabalhos intra-grupo. Contudo, ficou evidente que membros de categorias profissionais cujo o tema está vinculado diretamente à sua prática profissional fizeram mais uso da palavra nas discussões. Assim, enfermeiras e médicas, algumas vezes, monopolizaram a discussão. No entanto, esta monopolização não interferiu e tão pouco freou a participação dos outros membros do grupo.

Aprendi que para a organização e implementação desta modalidade de coleta de dados é necessária uma constante comunicação entre os membros, oportunizando a

sua efetividade. Ressalto que a comunicação foi fundamental na relação estabelecida entre coordenador do grupo e observadora participante.

Considerando a coleta de dados como não estruturada, muitos foram os momentos em que as discussões intra-grupo pareciam se afastar dos objetivos propostos. No entanto, oportunizaram reflexão sobre práticas, organização do serviço e contexto do sistema de saúde, aspectos também relacionados à questão de estudo. Assim, foi importante exercitar associações entre o micro e o macro contexto.

Fuga ou evitação podem ser consideradas como novas formas de poder. No entanto, acredito que outro significado tenha sido omitido. Isto é, até que ponto não podemos entender a fuga como forma de desistência dos pacientes/clientes ante a assistência prestada nos serviços de emergência ou instituições hospitalares? Que nós ainda podem ser desatados?

A ambivalência com que os membros da equipe multidisciplinar tratam o problema ficou caracterizada, sugerindo que, para além dos sentimentos de ambivalência, ocorrem identificações dos membros da equipe com o drama vivenciado pelos pacientes durante o seu tempo de permanência. Identificação que, talvez, possa reforçar certa idéia de banalização das fugas. No entanto, esta banalização não impede que hajam práticas de cuidado voltadas a impedir a fuga de pacientes confusos, desorientados ou senis. É bem verdade que se tratam de práticas que extrapolam a vigilância e a observação. Neste lugar, não há o panóptico. Os profissionais, especialmente membros da equipe de enfermagem e de segurança, são os vigilantes. Quando o espaço se torna superlotado, integrantes da equipe de enfermagem delegam a vigilância a outros pacientes oferecendo-lhes alimentação a mais.

Os casos de alta a pedido pouco foram citados, apesar de terem surgido nos debates em determinado momento. Contudo, ficou evidenciada certa confusão, em detrimento das responsabilidades profissionais. Com relação a isto, a equipe sabe como agir frente aos casos de pacientes que demonstram, de uma forma ou de outra, que vão fugir. Em suas práticas discursivas, é percebida a similaridade que ocorre entre práticas de cuidado e práticas carcerárias como evidenciado no ato de colocar um adesivo informando sobre o possível risco de fuga. Contudo, considerando que a maior parte dos pacientes que fogem apresentam condições físicas e psíquicas adequadas (como verbalizado pelos membros da equipe) , é necessário questionar sobre a ausência de rotina administrativa que propicie a alta a pedido.

Em alguns momentos foi notória a identificação de membros da equipe com a situação vivenciada pelos pacientes. Tal fato sinalizou que, além de suas posições de sujeito, enquanto profissionais da instituição, tornam-se compreensivos aceitando a fuga dos pacientes. No contexto atual, estas ações ou reações são o indicativos de aspectos paradoxais que envolvem a situação.

Reflexões sobre a fuga suscitaram discussões sobre a possibilidade de riscos à saúde dos pacientes e, em decorrência, dos riscos de responsabilização profissional. Neste aspecto, não importa ao grupo se medidas empregadas para evitar a fuga são éticas ou “elegantes”. Desta forma, como estratégia de controle, outros pacientes são solicitados a auxiliar na vigilância dos pacientes que apresentam potencial risco de fuga.

A área física do Serviço de Emergência, que pode ser visualizada na planta baixa, indica que não há local adequado para práticas que se apóiem em observação ou vigilância. Apesar das reformas da área física, recentemente implantadas, com a

criação do “anexo” na SPA, destinado aos pacientes que não podem permanecer em pé por muito tempo, tem a função de acomodar melhorando as condições de atendimento. É importante considerar os esforços que a instituição hospitalar faz nesse sentido. No entanto, os pacientes que fogem não são os que necessitam de maca, cama ou cadeira de rodas. Considerando que as ações de assistência e cuidados prestados aos pacientes são dependentes de observação e controle, é aconselhável que futuras reformas dêem ênfase à maquinaria panóptica. Por outro lado, é importante considerar que os pacientes não são reféns da instituição hospitalar ou de qualquer outro tipo de relação. Concomitantemente, é aconselhável rever aspectos associados com a dinâmica e organização do trabalho, considerando que o tempo de permanência dos pacientes no setor pode ser fator gerador de fugas.

Em um dos encontros, os dados do serviço de segurança desta instituição hospitalar, para controle dos casos de fuga, foram apresentados ao grupo. Nesta ocasião, constatei que parte dos profissionais da equipe multidisciplinar desconhecem que a ocorrência destes casos na Emergência são percebidos como casos de evasão. No entanto, por sugestão da consultoria jurídica da instituição, as enfermeiras devem registrar no boletim de atendimento do paciente a ocorrência do fato para posterior registro no setor de segurança. Desta forma, é notória a preocupação institucional com a possibilidade de instauração de processos de responsabilização. Concomitantemente, profissionais da equipe reforçam o discurso da responsabilização profissional. No entanto, as ações se apresentam com um caráter defensivo e não resolutivo. Assim, independente do controle do número de fugas ou de algum parecer da consultoria jurídica da instituição, faz-se necessária uma maior discussão entre os vários profissionais da Emergência sobre o assunto em busca de alternativas que possam ir

ao encontro das necessidades da clientela atendida. Talvez, uma maior aproximação entre os vários setores envolvidos contribuísse para o desenvolvimento de ações que pudessem diminuir o problema.

A desorganização dos serviços de emergência foi considerada pela equipe multidisciplinar como reflexo da política de saúde instaurada no país. Ao mesmo tempo, referências a práticas culturais e institucionais de transferência de pacientes do ambulatório para o setor foram vistas como ineficazes. Nestas circunstâncias, o Serviço de Emergência foi considerado como depósito ou “campo de concentração”. Para tanto, é preciso considerar novas formas de acompanhamento domiciliar ou ambulatorial. Talvez, mais do que isso, é necessário rever a vocação social da instituição hospitalar e das profissões que abriga.

O drama vivenciado por pacientes nos serviços de emergência foi registrado pelo artista plástico José Perez (1993). Contudo, considerar este problema como marca da modernidade não é suficiente. Considerar a fuga como nova forma de poder também não. Neste contexto, as mídias e as artes são imprescindíveis para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de um sistema de saúde realmente democrático. Para tanto, as informações que são produzidas devem ser feitas com responsabilidade. A denúncia pela denúncia não produz transformações.

Medo e inseguranças foram, muitas vezes, referidos pelos vários membros da equipe multidisciplinar. O medo de perder o emprego, em decorrência da responsabilização profissional e culpabilização institucional, perpassou os debates no grupo. A possibilidade de instauração de processos jurídicos em âmbito dos conselhos profissionais é real. Na jurisprudência não existem casos cuja origem sejam os hospitais gerais e seus serviços de emergência. No entanto, não há como considerar

que seja exagerado pensar em tais possibilidades. Reforço que, neste contexto, a equipe de enfermagem, médicos e serviço de segurança são passíveis de um triplo julgamento: o social, o jurídico e o institucional. Não há como evitar que meios de integração entre as instituições que têm por função normalizar ou disciplinar fiquem de fora de um discurso que valoriza a vida. Desta forma, não há como evitar que os corpos sejam capturados de uma forma ou de outra pelo modelo hospitalocêntrico. Assim, considero que estamos longe de discutir o direito de ir e vir dentro das instituições hospitalares.

É possível considerar que a objetivação do problema fuga de pacientes do hospital produza subjetivações de várias ordens, construindo mais do que práticas profissionais. Há de se considerar um certo reforço na produção de profissionais inseguros, medrosos, impotentes, sofredores e, conseqüentemente, estressados. Ao mesmo tempo, profissionais disciplinados, vigilantes e controladores.

A realidade vivenciada nos serviços de emergência é sem dúvida alguma adversa e perversa, refletindo para a equipe multidisciplinar o contexto do sistema de saúde.

Alternativas são possíveis. Uma delas, para o pesquisador, foi apreender como a equipe multidisciplinar concebe e transita ante o problema discursivamente objetivado como fuga de pacientes do hospital. Por outro lado, este pode ser um caminho de mão dupla. Com certeza, outras respostas, outras compreensões teríamos com o relato daqueles que fogem. E para tal, aos olhos do pesquisador, por mais silenciosa que seja a fuga, sem dizer muito, ela o diz...

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, I. L. **Foucault e a crítica do sujeito**. Curitiba: UFPR, 2001.

BAUMAN, Z. A busca da ordem. *In*:_____. **Modernidade e ambivalência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999. p. 9 – 26.

_____. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BITTAR, O. J. N. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde – parte 2. **Revista de Administração em Saúde**. Associação Paulista de Medicina, São Paulo, vol. 6. n. 22 – Jan-Mar, 2004. p. 15 – 18.

BOZOVIC, M. **The panopticon writings**. London: Verso, 1995, p. 29-95. Disponível em:
<http://en.wikipedia.org/wiki/Panopticon>. Acesso em: 30 set. 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos**: Resolução No. 196, de 10 de outubro de 1996. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS**. Brasília, DF: IEC, 1994. (Textos Técnicos para Conselheiros de Saúde).

CAMPOS, G. W . D. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: HUCITEC, 2000.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 285-293, jun. 1996.

CASTELAR, R. M. O hospital no Brasil. *In*: CASTELAR, R.M.; MOEDELET, P.; GRABOIS, V. (Org.). **Gestão hospitalar**: um desafio para o hospital brasileiro. Rennes: Éditions ENSP, 1995. Cap. 2, p.38-49.

COELHO, L. M. A representação social da homossexualidade feminina nos ginecologistas do ponto de vista das mulheres lésbicas e bissexuais. **Revista Tesseract**, [São Paulo], 4 ed., maio 2001. Disponível em: <http://tesseract.sites.uol.com.br/textoleilacoelho.htm>. Acesso em : 22 maio 2004.

CONCENTRAÇÃO. *In*: INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001a. CD-ROM. 1.0.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Decreto no. 94.406/87**. Disponível em : <http://www.portalcofen.com.br/bvirtual/imagemframe.htm>. Acesso em: 25 jun. 2004.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Processo-Consulta CFM no. 2.634/96 – PC/CFM/No.25/97**. Disponível em: <http://www.cfm.org.br/PareceresInt/1997/25-1997.htm>. Acesso em: 12 jul. 2002.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Legislação**. Porto Alegre: COREN-RS, 1999.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. **Consulta no. 23.606/97**. Disponível em: http://www.cremesp.com.br/legislação/pareceres/parcrm/23606_1997.htm. Acesso em: 11 set. 2005.

DALL'AGNOL, C. M. **Avaliação de desempenho na enfermagem e o ser (a)crítico**. 1999. 186 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

_____.; MARTINI, A. C. Reuniões de trabalho: mais que uma ferramenta administrativa, um processo educativo. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n.1, p. 89-96, jan. 2003.

_____.; CIAMPONE, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.20, n. 1, p. 5-25, jan. 1999.

DEPOSITÁRIO. *In*: INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001a. CD-ROM. 1.0.

DEPÓSITO. *In*: INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001a. CD-ROM. 1.0.

DÍAZ, E. **Michel Foucault**: los modos de subjetivacion. Buenos Aires: Almagesto, 1993.

DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. **Michel Foucault**: uma trajetória filosófica : para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

EIZIRIK, M. F. **Michel Foucault**: um pensador do presente. Ijuí: Unijuí, 2002.

FERNANDES, F. S. **Autocuidado de trabalhadores de uma cooperativa de separação de lixo reciclável**. 2004. 34 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) apresentado à disciplina de Estágio Curricular – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.

FOUCAULT, M. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. Ciência e saber. *In*: _____. **Arqueologia do saber**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 201-222.

_____. Uma consciência política. *In*: _____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998b. p. 23-40.

_____. A cultura de si. *In*: _____. **História da sexualidade, 3** : o cuidado de si. 6. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999a. p. 43-73.

_____. **História da sexualidade, 1** : a vontade de saber. 14. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

_____. Espaços e classes. *In*: _____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998a. p. 1-21.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. *In:* _____. **Microfísica do poder**. 18. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003. p. 90-111.

_____. **A Ordem do Discurso**. 8. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

_____. **Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

_____. Sobre a geografia. *In:* _____. **Microfísica do poder**. 18. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003. p. 153-165.

_____. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau, 1999b.

_____. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

FRANCISCONI, C. F.; GOLDIM, J. R. **Termo de Consentimento Informado para Pesquisa** - auxílio para a sua estruturação. Texto atualizado em 14/06/2003. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/consespq.htm>. Acesso em: 08 out. 2004.

FUGA. *In:* INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001a. CD-ROM. 1.0.

FUGA. *In:* MICHAELIS Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. São Paulo: UOL – Cia. Melhoramentos de São Paulo, 2001b. CD-ROM. Versão MS-DOS.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas S.A., 1999.

GUILAM, M. C. R. O conceito de risco: sua utilização pela epidemiologia, engenharia e ciências sociais. **Esterisco – Estudo sobre tecnobiociências e risco na sociedade contemporânea**. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/projetos/esterisco/maryfim1.htm>. Acesso em: 09 out. 2005.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE DE CAMPINAS. **Os números do Serviço de Segurança do HC**. Disponível em: http://www.hc.unicamp.br/boletim_hc_informa/numero9/materia13.htm. Acesso em: 11 jul. 2002.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Relatório anual 2002** : o conhecimento a serviço da vida. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

KANE, J. Kilmainham gaol. The panoptic transition. *In*: **21Cmagazine**, 2003. Disponível em: <http://www.21cmagazine.com/issue2/transition.html>. Acesso em: 15 out. 2005.

LOPES, C. S.; COUTINHO, E. S. F. Transtornos mentais como fatores de risco para o desenvolvimento de abuso/dependência de cocaína: estudo caso-controle.: **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.33, n.5. out.1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101999000500007&ln:Acesso em: 23 maio 2004.

LUDWIG, M. L. M. **O contexto de um serviço de emergência**: com a palavra, o usuário. 2000. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

MINAYO, M. C. S. (org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 21.ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002. p. 74-78.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

NALINI, J. R. Responsabilidade ético-disciplinar do médico: suspensão e cassação do exercício profissional. **XII Encontro dos Conselhos Regionais de Medicina das Regiões Sul e Sudeste**. São Paulo, 2001. Disponível em: http://www.cremesp.com.br/encontro_regional/responsabilidade_etico_disciplinar.htm. Acesso em: 09 out. 2005.

NICZ, L. F.; KARMAN, J-M. A gestão da informação e da qualidade. *In*: CASTELAR, R.M.; MOEDELET, P.; GRABOIS, V. (Org.). **Gestão hospitalar**: um desafio para o hospital brasileiro. Rennes: Éditions ENSP, 1995. p. 219-228.

OLIVEIRA, D. L. L. C. de. **Brazilian adolescent women talk about HIV/Aids risk**: reconceptualizing risky sex – what implications for health promotion? 2001. 237 f. 2001. Thesis submitted for degree of Doctor of Philosophy (Ph.D.) - Institute of Education, University of London, London, 2001.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v. 120, n.6, p.472-481, 1996.

APÊNDICE – Consentimento Livre e Informado

CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO¹ **(Participação no Grupo Focal)**

Projeto de Pesquisa: Fuga de pacientes do hospital: subjetivações em uma equipe multidisciplinar.

Pesquisador: Mestrando Sílvio Antônio Vieira²

Pesquisadora Responsável: Prof. Dra. Clarice Maria Dall’Agnol³

Ao Participante:

Contando com sua colaboração em participar da pesquisa acima nominada, dirijo-me, no intuito de obter seu consentimento como participante nas atividades de Grupos Focais.

O objetivo a que me proponho, neste estudo, é conhecer as subjetivações produzidas na equipe multidisciplinar do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre frente ao problema: Fuga de pacientes do hospital. A partir das reflexões que forem suscitadas e de um aprofundamento progressivo sobre questões emergentes, os benefícios são visualizados no sentido de contribuir para a prática assistencial e organização deste ambiente de trabalho.

Para trabalho de campo, propõem-se reuniões grupais entre os participantes, sob a minha coordenação, para que se possa dialogar partindo de temas disparadores para o debate acerca da fuga de pacientes do hospital. As sessões serão gravadas em áudio para viabilizar uma retomada fidedigna quanto aos eixos de discussões, cujas fitas serão inutilizadas após o material transcrito e este ficará sob minha guarda por cinco anos. Os diálogos que forem selecionados para compor o material publicável retornarão ao grupo para validação.

¹ O teor deste documento foi inspirado à luz das Normas de Pesquisa em Saúde, Resolução CNS 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, Diretrizes Internacionais do Council for International Organizations of Medical Sciences – CIOMS (1993) e Diretrizes Consensuais Tripartites para a Boa Prática Clínica (1997) mencionadas por FRANCISCONI, C. F; GOLDIM, J.R (2003) disponíveis no link: www.bioetica.ufrgs.br/consespq.htm.

² E-mail: ssavieira@aol.com, Fones (51) 3311-7187, 9259-3433

³ E-mail: Clarice@adufgrs.ufrgs.br, Fones (51) 3316-5424, 9999-1679

Esclareço que esta iniciativa faz parte da minha formação acadêmica no Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Assim, é totalmente isenta de vinculações hierárquicas e administrativas ou de influências que possam interferir no seu vínculo empregatício com o hospital. Afasto, portanto, quaisquer pressuposições de natureza coercitiva em decorrência de sua participação na pesquisa, bem como por ocasião do relatório acadêmico da dissertação de mestrado.

Enquanto coordenador das sessões, ratifico o caráter confidencial das questões colocadas em grupo e o meu compromisso de preservar o seu anonimato quanto às informações concedidas no transcorrer das atividades e, por ocasião da análise das informações que constará no relatório da dissertação.

Para esclarecimentos adicionais, constam as formas de contato.

Data:

Sílvio Antônio Vieira

De acordo,


Nome do participante e assinatura

Obs.: Documento em duas vias (Uma destinada ao participante e outra ao pesquisador)


ANEXO A – Boletim de atendimento no Serviço de Emergência

<input type="checkbox"/> EMERGÊNCIA		<input type="checkbox"/> AMBULATÓRIO		GRADE:	NR. ATENDIMENTO:	
DATA CHEGADA:	HORA CHEGADA:	TURNO:	SALA:	ZONA:		
NOME PACIENTE:			NR. PRONTUÁRIO:			
ENDEREÇO:						
B A I R R O :			CEP:			
C I D A D E :			U.F.:			
IDADE:	A	M	SEXO:	COR:	ORIGEM:	ESPECIALIDADE:
MOTIVO CONSULTA: _____						
SINAIS VITAIS: PA _____ P _____ FR _____ TEMP _____ ENFERMAGEM _____						
DATA ÚLTIMA CONSULTA:			DATA ÚLTIMA INTERNAÇÃO:			
ANAMNESE / EXAME FÍSICO / EVOLUÇÃO / EXAMES OU PROCEDIMENTOS SOLICITADOS						

SE NECESSÁRIO, ANEXAR FOLHA DE EVOLUÇÃO						
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA / DIAGNÓSTICO				CÓDIGO CID		
_____				_____		
_____				_____		
_____				_____		
TERAPIA REALIZADA / PROPOSTA _____						

DESTINO _____						
DATA ATENDIMENTO:		HORA ATENDIMENTO:		RA: _____	DESTINO: _____	PORTE: _____
			PROFISSIONAL (ASSIN. E CARIMBO)			
 Hospital de Clínicas de Porto Alegre		BOLETIM DE ATENDIMENTO				

ANEXO B – Cartão de autorização para saída de pacientes

 HOSPITAL DE CLÍNICAS	GRUPO DE ENFERMAGEM SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA UNIDADE DE EMERGÊNCIA
Autorizo o(a) paciente _____ _____ a dirigir-se ao saguão. O(a) mesmo(a) não está de alta hospitalar.	
Em ___/___/___ Hora: ___:___	
_____ Enfermeiro(a) responsável.	

ANEXO C – Planta-baixa do Serviço de Emergência

