

PACIENTES ATIVOS? DIALOGANDO SOBRE UM CASO EXEMPLAR EM
SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

Manoel Batista dos Santos Junior

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA AO CORPO DOCENTE DA COORDENAÇÃO DOS
PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENGENHARIA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO COMO PARTE DOS REQUISITOS
NECESSÁRIOS PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM CIÊNCIAS EM
ENGENHARIA DE PRODUÇÃO.

Aprovada por:

Prof. Roberto dos Santos Bartholo Jr., D. Sc.

Prof. Marcos Pereira Estellita Lins, D. Sc.

Prof. Carlos Alberto Nunes Cosenza, D. Sc.

Prof.^a Elizabeth Tunes, D. Sc.

RIO DE JANEIRO, RJ - BRASIL

SETEMBRO DE 2008

SANTOS JUNIOR, MANOEL BATISTA DOS

Pacientes Ativos? Dialogando Sobre um Caso Exemplar em Serviço Público de Saúde. [Rio de Janeiro] 2008

XI, 120 p. 29,7 cm. (COPPE/UFRJ, M.Sc., Engenharia de Produção, 2008)

Dissertação - Universidade Federal do Rio de Janeiro, COPPE

1. Saúde Pública
2. Hospital de Reabilitação

I. COPPE/UFRJ II. Título (série)

Ao meu Tio Dirceu, *in memoriam*.

Nosso chofer,
que dividiu comigo e minha mãe o frio,
o calor, a fome, o cansaço
e principalmente as longas e intermináveis horas
de espera para cada consulta, enquanto nos foi
possível romper a distância que separava nossa
cidade e a de Bauru de carro,
às vezes com nossa Brasília,
ou em um dos seus tantos DKW's.

À minha mãe.

Tradutora incondicional do significado
que essa palavra encerra em si.

Há homens que lutam um dia e são bons.
Há outros que lutam um ano e são melhores.
Há aqueles que lutam muitos anos e são muito bons.
Porém, há aqueles que lutam a vida toda.
Esses são os imprescindíveis.

Bertolt Brecht

Ao Prof. Dr. José Alberto de Souza Freitas, o Tio Gastão.

PRÓLOGO

A mulher de lábio leporino não conseguia dormir. Com os olhos erguidos para as estrelas, pensava no que ia acontecer. Não queria adormecer, estava disposta a velar a noite inteira.

Deitada num monte de ramos e palha ajuntados numa vala fora da Porta de Monturo ouvia em torno de si os enfermos gemendo e agitando-se no sono, e o tilintar da sineta do leproso, que a dor forçava, às vezes, levantar-se. O mau cheiro dos vastos amontoados de lixo enchia todo o vale e dificultava a respiração. Ela, porém, estava tão acostumada que não sentia. Aliás, todos que ali viviam não sentiam mais o mau cheiro.

Amanhã ao nascer do sol... Amanhã ao nascer do sol...

Que pensamento maravilhoso: dentro em breve os doentes seriam curados e os famintos receberiam alimentos! Mal se podia imaginá-lo. Como seria? O céu se abriria e os anjos desceriam para alimentar toda a gente, pelo menos todos os pobres. Os ricos, provavelmente, continuariam a comer em suas próprias casas, mas todos os pobres, todos os que sofriam realmente fome, seriam alimentados pelos anjos. Aqui, junto à Porta do Monturo, toalhas seriam estendidas pelo campo, brancas toalhas de linho, cobertas das mais variadas iguarias e todos se estenderiam no solo para comer. Nem era tão difícil imaginá-lo; bastava pensar que tudo seria completamente diverso do que era agora. Tudo mudaria, nada seria mais como o que estava habituado a ver todos os dias.

Talvez ela mesma tivesse então outras vestes, quem sabe? Brancas, talvez. Ou uma túnica azul? Tudo iria transformar-se, pois o filho de Deus, já teria ressurgido e a alvorada de uma nova era estaria raiando.

Era tudo isso que ela pensava, ali deitada, pensava em como o mundo ia ser depois.

Amanhã... Amanhã ao nascer do sol. Era tão bom sabê-lo...

Ouviu, já mais perto, o conhecido tilintar das sinetas do leproso, que tinha o hábito de subir até ali à noite; as pessoas atingidas por esse mal viviam confinadas no fundo do vale e não tinham o direito de transpor sua barreira; mas, na escuridão, ele se atrevia a fazê-lo. Era como se o infeliz procurasse a proximidade dos seres humanos, e ele mesmo, aliás, já o dissera uma vez. Ela o viu avançando cautelosamente entre pessoas adormecidas, sob a luz das estrelas.

O reino da morte... Como seria, afinal? Diziam que agora o Mestre percorria o reino da morte... Qual seria o aspecto desse lugar? Não, isso ela não podia imaginar...

O velho cego gemia no sono. Um pouco mais longe, o jovem macilento arquejava, como sempre. Bem perto dele estava deitada a mulher galiléia que sofria de convulsões por ter entrado nela o espírito de outro. Os arredores pululavam de seres semelhantes, que buscavam na fonte a cura para seus males, e de pobres miseráveis que viviam dos detritos encontrados no monturo. No dia seguinte, porém, ninguém mais iria escarafunchar por ali. Eles contorciam-se no sono, mas já não era necessário ter compaixão deles.

Talvez a água fosse purificada pelo sopro de um anjo. E os doentes que nela entrassem seriam realmente curados, até mesmo os leprosos. Ser-lhes-ia permitido descer até a fonte? Até isso seria permitido? Não se podia mesmo saber ao certo o que iria acontecer... Não, afinal de contas, não se sabia muita coisa...

Talvez nada ocorresse com a fonte e nem se pensaria nela. Quem sabe se legiões de anjos, adejando sobre o vale do Guében-Hinnom, sobre toda a terra, não varreriam com suas asas as doenças, as tristezas e as desgraças?

Deitada na palha, a mulher imaginava que talvez tudo fosse acontecer assim.

Depois pensou no dia em que tinha encontrado o filho de Deus, e na bondade que ele havia demonstrado. Jamais alguém tinha sido tão bondoso para com ela. Podia muito bem ter-lhe suplicado que a curasse de sua deformidade, mas não o fizera, de propósito. Teria sido fácil para ele, porém ela não quisera pedir. Ele ajudava os que realmente necessitavam de ajuda, realizava obras grandiosas. Não o quisera importunar por tão pouco.

Não era estranho, muito estranho, o que ele dissera ao aproximar-se, vendo-a ajoelhada na poeira do caminho?

- Também imploras milagres de mim? - perguntara ele.

- Não, senhor. Contento-me em te ver passar.

Então, fitando-a, muito meigo e ao mesmo tempo triste, ele a afagara na face e tocara-lhe a boca, sem que alguma modificação se operasse. Depois dissera:

- Tu darás testemunho de mim.

Que palavras extraordinárias! Que queria ele dizer? Darás testemunho de mim? Ela? Era incompreensível. Como o poderia fazer?

Ele não tivera dificuldade em entender o que ela dizia; como a todos os outros, entendera-a imediatamente. Mas nada havia de surpreendente nisso, pois era o filho de Deus.

Extraído de “Barrabás” de Par Lagerkvist - 1963

AGRADECIMENTOS

A Deus.

Aos meus irmãos Wanderley e Eliana.

Aos meus sobrinhos Giuliano, Larissa e Tatiana.

Ao meu pai, *in memoriam*.

A Miguel Fontes Pinheiro, uma soma de amigo e irmão, e a sua família, que tanto me acolheram.

Aos meus diletos amigos pela paciência de sempre: Pinga, Heloísa e Gabriel, Wilson, Stael e Vítor, Teco, Gina e Henrique, Leandro, Hélia, Pedro e Vivi, Eids, Cláudia, Isabela e Mariana, Lordello, Valéria, Pedro e Clarice, Jorge, Renata, João e Paulo, Bel e Isabela, Walter, Caia e Maurício.

Ao professor Bartholo.

À Elizabeth Tunes.

Aos amigos do LTDS: Andréa, Arminda, Cristina, Flávia, Ivan, Jose, Renato, Robson, Rita, Sérgio, Teresa e Vânia.

Aos colegas de turma do mestrado, especialmente, Carlos, Fábio, Glauco, Leandro e Nelson.

Aos pacientes do Centrinho, que me concederam as entrevistas abrindo as portas de suas casas e de seus corações.

Resumo da Dissertação apresentada à COPPE/UFRJ como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Ciências (M.Sc.).

PACIENTES ATIVOS? DIALOGANDO SOBRE UM CASO EXEMPLAR EM
SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

Manoel Batista dos Santos Junior

Setembro/2008

Orientadores: Roberto dos Santos Bartholo Jr.

Marcos Pereira Estellita Lins

Programa: Engenharia de Produção

Este trabalho de dissertação inicia-se com a apresentação de um panorama da saúde pública no Brasil desde seu descobrimento até os dias atuais no tocante ao modo como as doenças de massa afetaram a população brasileira.

Em seguida, são feitas conceituações sobre saúde, doença, fissura labiopalatal e de aspectos de uma humanização da assistência hospitalar na rede pública de atendimento à saúde.

Está inserida, também, uma detalhada apresentação da estrutura funcional do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da cidade de Bauru, interior paulista, cuja referência de atendimento e resultados obtidos são reconhecidos internacionalmente.

Por último, e objetivo deste trabalho, entrevistas feitas com pacientes do hospital em que avaliam a qualidade dos serviços prestados e que auferem ao hospital caráter de excelência no atendimento a portadores de fissuras labiopalatais e anomalias craniofaciais.

Abstract of Dissertation presented to COPPE/UFRJ as a partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science (M.Sc.).

ACTIVE PATIENTS? DISCUSSING AN EXEMPLARY CASE IN PUBLIC
HEALTH SERVICE.

Manoel Batista dos Santos Junior

September/2008

Advisors: Roberto dos Santos Bartholo Jr

Marcos Pereira Estellita Lins

Department: Industrial Engineering

This dissertation initiates with the presentation of a panorama of the public health in Brazil since its discovery until the current days in regards to the way mass illnesses have affected the Brazilian population. After that, conceptualizations on health, illness, lip-palate fissures and of aspects of the humanization in hospital assistance of the public net of health attendance are made.

There is also inserted, one detailed presentation of the functional structure of the Hospital of Rehabilitation of Craniofacial Anomalies of the city of Bauru, in the interior of São Paulo, whose reference of attendance and results are recognized internationally.

Finally the objective of this work are interviews made with patients of the hospital where they evaluate the quality of the given services to the carriers of lip-palatal fissures and craniofacial anomalies give to the hospital a character of excellency in attendance.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1: UM PANORAMA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	3
CAPÍTULO 2: SAÚDE, DOENÇA, FISSURA LABIOPALATAL E ASPECTOS DE UMA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	21
2.1 - Saúde x Doença	21
2.2 - Fissura Labiopalatal	28
2.3 - Aspectos de uma Humanização da Assistência Hospitalar	36
CAPÍTULO 3: O HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS – UMA REFERÊNCIA INTERNACIONAL	45
3.1 - Histórico	45
3.1.1 - A Área Física e o Centrinho em Números	47
3.2 - O Social no Centrinho	49
3.3 - As Parcerias	51
3.4 - Os Intercâmbios	54
3.5 - A Cooperação Educacional	55
3.6 - O Projeto Flórida	56
3.7 - A Unidade de Ensino e Pesquisa - UEP	56
3.8 - Os Pacientes	57
3.9 - As Atividades Médicas no Centrinho	59
3.10 - Odontologia	60
3.11 - Enfermagem	61
3.12 - Fonoaudiologia	63
3.13 - Serviço Complementar de Diagnóstico e Tratamento	64
3.14 - Fisioterapia	65
3.15 - Nutrição	65
3.16 - Psicologia	65
3.17 - Uma Visão Pessoal	65
3.17.1 - Como paciente	65
3.17.2 - Da gestão do hospital	66
3.17.3 - Uma interpretação do atendimento no hospital à luz de Martin Buber	69
CAPÍTULO 4: ENTREVISTAS COM OS PORTADORES DE FISSURAS LABIOPALATAIS	76

4.1 - Metodologia	76
4.2 - Resultados	79
CONCLUSÃO	104
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111

INTRODUÇÃO

O governo brasileiro acaba de perder o último *round* em relação à continuidade da CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira). Independente das controvérsias geradas, dos longos oito meses perdidos, em que os políticos articulavam alianças para aprová-la diante do decepcionante governo do Presidente Luís Inácio Lula da Silva, e de sua eficiência, a saúde no Brasil está, ou sempre esteve, doente.

Provas destes descasos são diariamente propaladas na mídia. Doenças até então erradicadas, ou controladas, retornam de maneira a mostrar a fragilidade do atual sistema de saúde do país. Os já inseridos casos de dengue na sociedade brasileira, de maneira cotidiana, e os recentíssimos casos de febre amarela na região central do país atestam o estado preocupante das condições sanitárias encontrado.

Nesse mar de mazelas da saúde pública no Brasil surge, no final dos anos 60, na cidade de Bauru - localizada no interior de São Paulo - um hospital com uma intrigante forma de administração, talvez igual às outras, mas com resultados discrepantes aos encontrados em outros, cujos sistemas de gestão são colocados à prova pela população, encontrando, em seus resultados de serviços prestados, a unanimidade por quem dele se utiliza.

Sua popularidade se alastrou e hoje serve de referência para outros que se ocupam a prestar o mesmo tipo de atendimento a portadores de anomalias congênitas de formação, ainda na fase de gestação do feto, da face humana, principalmente no lábio superior e palato.

Surge, então, uma capacitação que permite que seu sistema de trabalho seja sugerido e legitimado, permitindo certificar outros hospitais cujas essências estão ligadas ao mesmo tipo de atendimento.

Para tal, e para se adentrar no universo do hospital, várias são as nuances necessárias para se entendê-lo. Sendo assim, fazem-se necessárias conceituações sobre o que é saúde e doença. Ainda, pelo fato do hospital não tratar de doenças de origens viróticas, bacterianas, ou aquelas que compreendem aspectos neurológicos ou psicológicos, também são necessários esclarecimentos de como a literatura apresenta as definições de fissura labiopalatal. Temas tão presentes no cotidiano do hospital e que auxiliam no entendimento deste trabalho. Também está envolvida a apresentação de aspectos que levem a uma humanização da assistência hospitalar da rede pública,

necessária e certificadora da busca pelo atendimento com um mínimo de qualidade, que deve envolver gestores, profissionais especializados e pacientes.

Este trabalho fica situado no espaço entre o sistema de saúde pública de resultados nitidamente insatisfatórios e aqueles em que ilhas de eficiência são oriundas de administrações seguras e firmes, com o intuito de priorizar um atendimento de excelência.

Para visualizar o real estado da saúde pública no Brasil, um panorama de sua história é apresentado no capítulo 1 mostrando o defeituoso caminho pelo qual a saúde percorreu, e vem percorrendo, desde o descobrimento do País até os dias atuais, onde doenças erradicadas surgem novamente como resposta ao descaso das autoridades por anos de indiferença frente à importância de seu controle.

O capítulo 2 traz conceituações de saúde, doença e fissura labiopalatal, além da apresentação de aspectos que levam a uma humanização do atendimento hospitalar da rede pública de saúde. Isto é feito para permitir um entendimento e um embasamento quando da leitura do capítulo seguinte, referente ao universo do hospital como um todo.

O Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, denominado apenas como “Centrinho” por quem o conhece e frequenta, é apresentado no Capítulo 3, desde sua estrutura funcional à organizacional. Apresenta dados como números de cirurgias/mês, área construída, procedimentos laboratoriais, entre outros.

Cada seção é apresentada permitindo uma percepção bastante abrangente e deflagradora de sua importância junto à classe médica e, em especial, aos portadores das anomalias tratada por seu corpo clínico.

Por fim, o objetivo deste trabalho: apresentar uma pesquisa feita junto aos pacientes portadores de fissura labiopalatal e que são pacientes do Centrinho - condição primordial para tal - buscando evidenciar os fatores que levam o hospital a ser referência no tratamento dos portadores de anomalias craniofaciais.

As entrevistas obedeceram à metodologia proposta nos trabalhos de Lakatos, Becker, Boni e Quaresma.

Por meio das entrevistas foi feita uma avaliação da qualidade de atendimento do hospital pela visão do paciente seguindo três pilares básicos: os recursos materiais, a qualidade dos serviços profissionais e técnicos oferecidos e as relações interpessoais presentes, sendo as duas últimas embasadas na teoria relacional de Martin Buber.

CAPÍTULO 1 – UM PANORAMA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

“Aqui tudo parece que ainda é construção
e já é ruína...
... nada continua”.

Fora da Ordem – Caetano Veloso

Este trabalho visa apresentar um caso de um hospital público que funciona, mesmo num país como o Brasil, onde a saúde pública sempre foi tratada com descaso pelos políticos e gerenciadores dos sistemas de saúde da população, contribuindo para que o seu desenvolvimento torne-se a cada dia mais emperrado. Há muito tempo que se alia o desenvolvimento sócio-econômico de um país ao estado de saúde apresentado pela sua população. Todos aqueles que voltaram sua atenção ao processo de obtenção de melhorias da saúde de sua população foram bem sucedidos.

Mas para apresentar este estudo de caso em que a vontade do “fazer acontecer” pelos administradores impera de maneira a envolver todos os inseridos naquele ambiente, mostrando resultados que ultrapassam fronteiras, se faz necessária a descrição de um panorama da saúde pública no Brasil, permitindo um embasamento que auxiliará na compreensão dos caminhos por ela percorridos, desde o descobrimento até os dias atuais. Sendo assim, mostrar que a possibilidade de se atingir uma meta em que o usuário do sistema de saúde seja privilegiado, é possível.

A saúde pública, como nunca deveria ser, sempre esteve atrelada a um poder político distorcido que sempre se esquivou, ou quando manteve suas rédeas, tomou para si os rumos que desejava para a nação; afinal, a distribuição de óculos, dentaduras e ambulâncias garantiriam o pleito eleitoral.

O histórico da saúde pública começa, evidentemente, com a chegada do colonizador europeu às terras brasileiras. Naquele momento, elas se apresentavam livres de epidemias, e o colonizador trazendo junto de si doenças contagiosas, estranhas aos índios imunes, vinha a dizimá-los.

Os colonos, que por força de lei aqui permaneciam, também vieram a sofrer com a adaptação. Muitos faleciam, mas os desejos da Coroa Portuguesa, acima dos interesses individuais dos cidadãos, fizeram com que fossem criados cargos de saúde para as colônias sob seu domínio. Já neste tempo os governantes iniciam sua fase de descaso com a saúde, pois nenhum dos empossados foi denominado para o Brasil. Não era para

menos: o vasto território, a pobreza, a miséria e o desconhecido criavam ainda mais dificuldades.

A população buscava suas curas junto aos curandeiros negros, índios, padres da Companhia de Jesus e às ervas encontradas livremente nas matas. Enquanto isso, os interesses da Coroa estavam voltados à obtenção de riquezas a todo custo.

Não tardou para que o primeiro surto de varíola acometesse a população. Há indícios de que foi trazida pelos escravos africanos e que se alastrou pelo território, pois encontrou facilidades para se expandir. Ignorados pelos médicos e curandeiros, os doentes eram afastados do convívio das pessoas sãs e eram levados a morrer sozinhos, sem auxílio, nas matas próximas às vilas e povoados.

De maneira semelhante, a sífilis ampliou o quadro de moléstias que por aqui apareceram. As teorias do surgimento da sífilis davam como sendo endêmica das Américas, mais precisamente das Antilhas, e de ter sido levada à Europa por Cristóvão Colombo; porém, ela não era conhecida no Brasil antes mesmo do descobrimento. Prova maior é que as crônicas do século XVI não encontram casos de sífilis entre a população indígena. O Brasil chegou a ser um dos líderes em números de casos da doença. Somente em 1921 o número de casos diminuiu com a campanha de vacinação iniciada em 1920. Hoje, entre 900 mil e 1 milhão de casos novos de sífilis são diagnosticados no Brasil anualmente, segundo o Ministério da Saúde, e depois da Aids, é a doença que mais preocupações têm trazido à classe médica.

Em 1808 a família real chega à colônia determinando mudanças administrativas, especialmente no âmbito da saúde, pois as notícias que chegavam a Portugal não eram abonadoras em relação à cidade escolhida para morar.

As mudanças foram significativas e, em 1813 e 1815, eram fundadas as universidades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, respectivamente, e criadas as Academia de Medicina e a Junta de Higiene Pública. Talvez o primeiro passo governamental visando realmente à saúde desde o descobrimento. Porém, iniciativas utilitaristas, determinadas a favorecer interesses de uma minoria.

Ainda assim, tais medidas não foram suficientes, e logo epidemias de febre amarela e cólera foram reveladas, pois os critérios médicos eram disparatados, sem reconhecimento das origens de suas causas. Somente com ações eficazes, em 1942, a febre amarela foi erradicada nas cidades, mas surtos da doença foram diagnosticados nos anos de 1993, 1994, 1998 e 2000, num total de 168 casos espalhados pelo país. Entre 1999 e 2001, cerca de 60 milhões de pessoas foram vacinadas, inclusive as

residentes em regiões de difícil acesso. Provavelmente pela inconstância do plano de vacinação, novos casos foram detectados no Centro-Oeste do país no ano de 2008.

A falta de saneamento básico fez com que a cólera se reintroduzisse no Brasil em 1991. Em 1993, cerca de 60.400 casos foram registrados. Com um controle eficaz do sistema de saúde, a incidência recuou, evitando conseqüências irreparáveis. No ano 2000 foram registrados 734 casos e, em 2001, apenas 7, mostrando que a doença está controlada e com uma tendência à eliminação, desde que se seja mantida a atenção em seu controle.

Em 1828 foi criada a Inspetoria de Saúde dos Portos, para que as embarcações suspeitas de trazerem pessoas contaminadas ficassem retidas de quarentena numa ilha da Baía de Guanabara. Solução inovadora e profética numa época de desconhecimento das estruturas de alastramento das epidemias, combatidas em 1796 pela vacina criada pelo médico inglês Edward Jenner.

Infelizmente, o conceito dos miasmas - definidos como ares que vinham do mar, traziam epidemias e se alojavam sobre as cidades - começou a ser difundido entre a população. Como sempre, os ricos se afastavam, esperando as coisas melhorarem, restando aos pobres o dilema de compactuar com tal insanidade. Absurdos como tiros de canhão eram dados pelas milícias, para que os afastassem de sobre a cidade, para que os habitantes não tivessem temor e pudessem respirar aliviados.

Não é de se duvidar que hospitais e santas casas passassem a ser olhados como locais a serem temidos neste tempo, pois passaram a hospedar todos os tipos de enfermidades, e não raro a divisão de leitos.

Assim, o período imperial termina, sem que soluções fossem encontradas, e ao findar o Segundo Reinado, o país mantinha uma das melhores colocações do *ranking* mundial no quesito insalubridade.

Entre os anos de 1889-1930, período denominado como República Velha, o país foi governado pelas oligarquias que detinham o poder e apresentava economia voltada ao cultivo do café.

Com os lucros da nova cultura, a industrialização começou a vingar, permitindo o aumento do comércio e expansão das cidades, e fazendo com que levas de imigrantes se deslocassem no sentido norte-sul. Logo, os portos, canais imediatos de escoamento da produção, passaram a ser motivos de preocupação dos governantes. Novamente o foco dirigia-se aos lucros, nunca à população.

As oligarquias, prevendo problemas de ordem sanitária e demonstrando uma visão da importância da higienização do ambiente, passam a se deter ao ambiente físico e social da região dos portos - principalmente o de Santos - áreas consideradas de grande importância para a empreitada. Nascem, então, os primeiros laboratórios de pesquisas médico-epidemiológicas da história brasileira. Mas todo esse empenho visava às cidades. O meio rural fora posto a um segundo plano, tendo importância apenas quando apresentava problemas sanitários ou de epidemias, que pudessem pôr em risco a produção.

Com a iminente industrialização do país, o controle das enfermidades passa a fazer parte dos assuntos de governo, que passa a fiscalizar estabelecimentos como moradias, fábricas, hospitais, cemitérios, ou seja, locais onde a intervenção imediata, no caso de epidemias, tivesse que ser efetivada. A partir daí, todos os casos de doenças infecto-contagiosas passam a ser notificados. Para evitar que a estratégia não obtivesse os resultados desejados, foram criados, ainda em 1892, os institutos Butantã, Biológico e Adolfo Lutz.

Um acontecimento de importância e de extrema relevância para a saúde pública ocorreu em 1902: um novo surto de febre amarela surgiu para comprovar a eficiência dos serviços prestados pelas instituições recém-inauguradas. Emílio Ribas e Adolfo Lutz passaram, então, a afirmar a presença de um micróbio transmitido por um mosquito o causador da moléstia. Para comprovar a teoria passaram a servir de cobaia, junto a mais quatro voluntários, de uma experiência extraordinária: deixaram se picar por um mosquito contaminado. Pouco tempo depois, os seis apresentavam sintomas da doença. Pioneiros na empreitada, acabaram comprovando a teoria moderna do agente disseminador da febre amarela.

Em 1899 é criado o Instituto Soroterápico de Manguinhos, no Rio de Janeiro, hoje conhecido como Instituto Oswaldo Cruz. Sua importância para a saúde pública brasileira é tamanha que, até os dias atuais, continua sendo uma referência internacional na produção de vacinas.

No entanto, a população rural padecia de enfermidades. Sua área somente era importante para o cultivo do café.

Com as doenças passando a ser notificadas, inicia-se então a contagem de enfermos no país. As discrepâncias cidade-campo eram enormes. Vítimas de parasitas intestinais, chagásicos, maláricos, tuberculosos, alcoólicos e subnutridos eram facilmente encontrados e, às vezes, portadores de mais de uma mazela.

O aumento da industrialização, do fluxo imigratório, da população e da pobreza fez com que renascessem nas cidades as doenças que estavam controladas ou erradicadas.

Salvo a Amazônia, que já proporcionava lucros ao Estado e teve uma atenção maior do governo, auxiliado por Oswaldo Cruz, praticamente nada foi proporcionado às populações rurais. Além da Amazônia, os portos do Rio de Janeiro, de Santos, do Recife, de Salvador e de Belém sofreram reformulações cujos interesses econômicos suscitavam uma maior preocupação.

Diante da ameaça de novas epidemias, o Rio de Janeiro passa a ser reformulado pelo presidente Rodrigues Alves, pelo prefeito Pereira Passos e por Oswaldo Cruz, que, juntos, reformularam a cidade, garantindo um trabalho de higienização. A população que fora desabrigada passa a habitar os morros, única alternativa para se estar próximo ao centro e não perder seu vínculo com ele. Daí, nasceram as favelas que até hoje se perpetuam nos mesmos locais, mantendo as mazelas e permitindo a criação de outras, mais contemporâneas, como o narcotráfico. Assim, o Rio de Janeiro prosperou e, com arquitetura importada, apresentava-se como uma cidade europeia em plena América do Sul.

Logo, São Paulo sofreu os mesmos processos e, num quadro geral, os índices de mortalidade e morbidade apresentaram decréscimos significativos, embora não atingissem a população em sua maioria.

Em 1918 a gripe espanhola se alastrou e atingiu também o Brasil. Como de costume, aos ricos restava escapar, aos pobres o enfrentamento. A estimativa é que mais de quinhentas mil pessoas foram acometidas pela epidemia. Nem o próprio presidente Rodrigues Alves se salvou.

Iniciou-se no Brasil uma fase de descontentamento da população e seu primeiro reflexo deu-se com a Revolta da Vacina. O povo, oprimido, sem voz nas medidas de governo e desconhecedor da composição e material utilizados para a vacinação maciça, comandada por Oswaldo Cruz, entra em choque com as forças policiais. Até mesmo uma liga contra a vacinação obrigatória foi formada. Estava armado o conflito. Porém, a população, após abrir frentes de uma batalha civil, saiu perdedora, mas conseguiu que a lei da obrigatoriedade da vacinação fosse revogada.

A Revolta da Vacina foi definida como “o mais indomável movimento popular” ocorrido no Rio de Janeiro.

Em 1909, Carlos Chagas estudou insetos hematófagos no interior de Minas Gerais e conseguiu a descrição completa da doença: o agente causal, o vetor, o quadro clínico e sua evolução, que mais tarde seria adotada com seu nome. Em 1947 inicia-se o combate à doença com o inseticida HCH e seus resultados são animadores, junto ao combate da malária. Mas logo foi interrompido o processo de erradicação da primeira, pelo fato da segunda estar afetando de maneira mais contundente o projeto de desenvolvimento da nação, não estar concentrada em locais de maiores interesses e afetar uma população sem importância aos anseios econômicos reinantes, ou seja, no meio político, a matemática da erradicação das doenças não necessitava de sua exatidão.

Somente após a erradicação da malária nas regiões Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste, em 1975, é que os recursos desviaram-se para o controle e eliminação da doença de Chagas. É inimaginável o número de chagásicos que talvez não tivessem sido atendidos neste período. Pelos estudos realizados em 1980, o Brasil possuía em seu quadro quase 5 milhões de casos, numa população de 119 milhões de habitantes.

Com a ascensão ao poder, pela Revolução de 1930, Getúlio Vargas buscou tomar para si o controle da nação e impedir que reivindicações sociais fossem atendidas. As políticas sociais demagogas surgiram e, assim, passou a ser visto como o salvador da pátria pela sociedade.

A área sanitária passou a ser conduzida com a da educação, e surgiu o Ministério da Educação e da Saúde Pública em 1930. Uma sistematização da saúde pública foi iniciada, com o chefe do governo mantendo as rédeas de sua condução. A medida foi recebida de maneira diferente em cada lugar aonde chegava: nos locais pobres, era bem vinda, nos locais ricos e com serviços organizados, a medida tornou-se desnecessária.

As reformas conseguiram eliminar a continuidade dos projetos, centralizando, naquele momento, o atendimento a moléstias menos importantes.

A tuberculose, que ainda causava problemas à sociedade, acarretando um imenso número de mortes, as chamadas doenças da infância e o acompanhamento às mulheres grávidas, foram relegados ao segundo plano. Somente em 1927 foi iniciada a aplicação da vacina BCG contra a tuberculose, que se mantém entre a população até os dias atuais: em 1980 a incidência da doença mostrava de 80 a 85 mil novos casos notificados por ano.

Com Vargas se iniciam os processos em que burocratas passam a assumir o controle das decisões sobre saúde, impostas pelo governo e, geralmente, gestores de

áreas das quais nunca haviam tido o menor contato, fazendo esta situação permanecer até os dias atuais.

Porém, não se pode deixar se louvar as mudanças ocorridas no âmbito dos trabalhadores brasileiros, que passaram a ter maiores garantias, como assistência médica, indenização por doenças ou acidentes de trabalho. Em casos de doenças ou acidentes, os trabalhadores eram orientados a procurar os locais de atendimento à saúde. A escolha era livre, podendo ser pagas ou gratuitas, conforme a posse do doente ou acidentado. A Lei Elói Chaves permitiu as primeiras benesses aos trabalhadores, tornando-se o início da previdência social.

A assistência à saúde centralizada fez com que os serviços não fossem adequados, dificultando a cura de muitas doenças dos trabalhadores. Os que não possuíam carteira assinada padeciam em hospitais e santas casas à procura de auxílio.

Mais tarde, além dos benefícios já conseguidos, outros como licença-maternidade, jornada de trabalho de 8 horas, salário-mínimo, horas-extras pagas, férias remuneradas etc. foram criados, demonstrando uma preocupação em torno da saúde do trabalhador jamais vista no Brasil. Claro que os governistas não queriam trazer para si a condolência dos trabalhadores, embora, de fato, isso tivesse acontecido. Mas já reconheciam que trabalhador com saúde significaria lucros.

A disseminação de hábitos higiênicos foi uma tentativa de se diminuir a incidência de doenças infecto-contagiosas. Para tal, eram utilizados cartazes e panfletos, elaborados pelo Ministério da Educação e Saúde e pelos governos estaduais, de forma a atrair a atenção da população. Tal medida não surtiu efeito, pois a população detinha altos índices de analfabetismo. A solução encontrada foi, então, o rádio, bastante difundido à época e de longo alcance.

Tudo parecia estar caminhando para melhorias, porém, em 1942 Getúlio Vargas viu-se pressionado pelos Estados Unidos a juntar-se aos Aliados na Segunda Guerra Mundial, e isso fez com que o modelo norte-americano de saúde passasse a ser o modelo a ser seguido. Modelo este que, para os dias atuais, definitivamente não é o mais aconselhável.

Se por um lado, as medidas sanitárias importadas do modelo americano surtiram efeitos quanto às epidemias nos centros urbanos, por outro, o Brasil sofreu uma derrocada quanto às doenças de massa. Doenças como a esquistossomose, as sexualmente transmissíveis, como hepatite, a gonorréia, a sífilis, a hanseníase, esta, ainda não erradicada das regiões onde o desenvolvimento econômico ainda não se

encontra estruturado e a tuberculose, ressurgiram. Mesmo com todo o empenho empregado, o Brasil continuava como um dos países mais doentes do continente, mantendo em seu quadro doenças que há décadas já haviam sido erradicadas dos Estados Unidos, o que se mantém até os dias atuais.

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, a deposição de Vargas e a instituição de uma nova Constituição, as promessas de melhorias das condições de saúde continuavam. A década de 50 ficou marcada como a fase do desenvolvimento nacional, tendo como alavancador o presidente Juscelino Kubitschek. Mas antes, o presidente Eurico Gaspar Dutra, em 1946, procurou organizar os serviços públicos, mas não conseguiu. A burocracia ainda perdurava na política brasileira. Nem o plano Salte (sigla para saúde, alimentos, transporte e energia), que visava melhorias em várias categorias, inclusive a da saúde, teve seu efeito desejado.

É desta época o primeiro levantamento nacional para se detectar a prevalência da esquistossomose no Brasil com resultados desabonadores, pois atingia 2,6 milhões de brasileiros em idade escolar, o que significou uma prevalência de 10,1% de casos registrados na amostra. Entre 1976 e 1981 uma nova pesquisa indicou que o índice havia caído para 3,75%. Ainda, pelos dados de 1997, estimam-se que 2,5 milhões de pessoas estejam contaminadas pela doença e 25 milhões expostas ao risco de contraí-la.

Em 1953, no segundo período de seu governo, Getúlio Vargas criou o Ministério da Saúde, que demorou sete anos para ser concluído. Mas esse fato não alterou o estado da saúde do povo brasileiro. Faltavam todos os recursos para que o projeto do novo ministério se desenvolvesse: dinheiro, funcionários especializados, equipamentos e postos de atendimento. O recém-criado Ministério da Saúde existia só no papel e suas tentativas de melhoria da saúde impediam o desenvolvimento do precário programa vigente, com leis sobrepondo umas às outras. Praticamente toda a receita era destinada ao pagamento de funcionários, restando quase nada para campanhas e programas sanitários, e menos ainda à assistência aos enfermos.

A varíola ressurge novamente. As conseqüências do desinteresse, e poder de decisão por conta dos governos, só não foram piores porque o país foi afetado por uma forma branda da doença. O país já havia sido atingido por um tipo de varíola de extrema gravidade e fácil diagnóstico. Em 1960 o Brasil era o único país das Américas em que a varíola ainda era endêmica. Logo, em 1962 iniciou-se uma vacinação, mas a população não teve acesso ao seu benefício: apenas 24 milhões de doses foram aplicadas em

aproximadamente 80 milhões de cidadãos. Em 1966, a aplicação de uma campanha séria, possibilitou que em 1971 a varíola já estivesse erradicada.

Inicialmente, o Ministério encarregou-se de combater as moléstias que afetavam a população rural, como a doença de Chagas, a malária, o tracoma e a esquistossomose.

Com todas as dificuldades enfrentadas, ainda assim, entre 1958 e 1965 foram criadas três campanhas nacionais de combate à malária, que conseguiu diminuir o número de casos, embora o governo em sua propaganda política desse a malária como quase extinta. Percebendo que o quadro dos infectados pela malária não descia a níveis toleráveis, a Organização Pan-Americana de Saúde começou a participar das ações de combate à epidemia no Brasil.

Não demorou para que a prática do clientelismo se estabelecesse entre os políticos. Projetos eram esquecidos ou interrompidos e as mudanças nos ministérios começavam. Em vinte anos, o Ministério da Saúde foi conduzido por 19 ministros, acarretando a piora nas condições de saúde e imprimindo a troca de cadeiras ministeriais como uma constante neste país.

Embora a diminuição dos casos registrados de doenças infecto-contagiosas e parasitárias começasse a ser percebida, mantinha o Brasil na sofrível tarefa de ser uma das nações mais doentes do mundo. A expectativa de vida do brasileiro urbano era semelhante a do europeu do século XIX, e do sertanejo nordestino a do europeu da Idade Média.

O sistema previdenciário, neste momento, entrou em colapso. Os aumentos do número de aposentados por tempo de serviço, e de seus dependentes, fizeram com que a piora nos serviços de saúde fosse evidente: consultas médicas rápidas, indisponibilidade de leitos e de material, e mortes sem atendimento.

Assim, não tardou para que se comercializasse a saúde. O setor de medicina privada, conhecendo as dificuldades por que passavam tanto o governo quanto o povo, começou a interferir nesta política, oferecendo seus serviços à população, aos institutos de aposentadorias e pensões e ao governo. Um novo filão clientelista surgiria com privilégios aos grupos privados e a deputados que, se não eram, tornaram-se sócios de hospitais e clínicas, angariando novas formas de obtenção financeira. A saúde pública passou a ficar tão desacreditada e os planos de saúde se integraram de tal forma ao brasileiro que permanece como uma espécie de salvo-conduto essencial ao seu cotidiano.

Tentando melhorar a qualidade de atendimento o governo estipulou, tanto para o governo quanto para os trabalhadores, um valor de 8% de contribuição previdenciária. Mas nem assim as garantias de serviços dignos de assistência médica surtiram efeitos.

O movimento desenvolvimentista da década de 50 e 60 não percebeu uma constatação: o nível de mortalidade infantil estava elevadíssimo, principalmente nas capitais que receberam doses de imigrantes residentes em locais de pouca, ou nenhuma infra-estrutura sanitária de esgoto, coleta de lixo caseiro e de água encanada. O Brasil apresentava taxas inferiores às da Índia, El Salvador e Peru, países esses que não estavam engajados aos princípios da chegada ao primeiro mundo a qualquer custo. Os índices alarmantes fizeram o Ministério da Saúde tomar uma posição e, em 1956, um programa de assistência às crianças foi posto em prática. Nele, os serviços de higiene infantil, postos de saúde voltados às crianças, vacinação, tratamento dos doentes e assistência às mães eram as prioridades. Claro que nem mesmo as crianças ficariam livres do clientelismo que assolava o governo. As providências tomadas para a diminuição da falta de saneamento básico esbarravam nos interesses governamentais impedindo sua continuidade.

Os princípios das atividades de saúde começaram a ser revistos e deixados de ser entendidos como meros agentes de cura de doenças da população. Não se admitia mais uma medicina desintegrada dos interesses sociais e, sim, uma prática social que auxiliasse na busca do bem coletivo de toda a nação. Os fatos fizeram com que a classe médica, junto aos movimentos populares, levasse a questão ao topo das reivindicações. Esses interesses comuns colocaram o presidente João Goulart num impasse entre atender aos interesses do povo e dos latifundiários e industriais, que lucravam com a miséria estabelecida, quando ainda tentava pôr em prática as Reformas de Base que visavam alterações institucionais para remodelar os setores administrativo, tributário, bancário e educacional, a reforma agrária e o combate à pobreza urbana. Estava aberta a brecha para um novo período ditatorial no país.

Com o golpe de 1964, as estruturas de formação e estabilização democráticas da nação ruíram. O regime intensificou o caráter centralizador e a administração do país passou para as mãos dos militares. É do período entre 1968 e 1974 o “milagre econômico” que fez o Brasil passar a ostentar a oitava colocação como potência econômica mundial, uma verdadeira falácia anos depois.

Mudanças atingiram o Ministério da Saúde, que teve seu orçamento reduzido, pois a prioridade eram os ministérios militares e os dos Transportes e Indústria e Comércio. Coube então ao Ministério da Saúde promover apenas os projetos e programas essenciais, passando as atribuições de vertente sanitária aos Ministérios da Agricultura e Educação. A mudança não trouxe benfeitorias à saúde coletiva do país.

O pouco dinheiro de que dispunha fez com que o Ministério da Saúde honrasse alguns compromissos com hospitais particulares e algumas campanhas de vacinação, eliminando os gastos com saneamento básico. Nem mesmo o compromisso de realizar os programas de melhoramento da saúde e de saneamento firmado junto ao II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) foi cumprido e as conseqüências foram desastrosas: surtos de malária e de meningite explodiram por todo o país. Totalmente impedidos pelos governantes de serem anunciados pelos órgãos de comunicação em massa. O quadro de vitimados pela doença aumentava e, finalmente, no inverno de 1974, não podendo mais ocultá-la, o governo tomou as medidas para combatê-la, e não querendo assumir a responsabilidade pela mazela, quis relativizar, informando não ser um problema brasileiro, mas sim mundial e, ainda, negar a relação entre a epidemia e as condições de vida da população.

A campanha de vacinação se estendeu até 1977, quando então a meningite foi controlada. O número de mortos registrados nunca foi revelado e está mantido em segredo até os dias atuais pelos detentores do poder.

Em 1966, o governo decidiu pôr fim às combatidas caixas e institutos de aposentadorias e pensões, criando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Uma maneira de centralizar o domínio sobre os órgãos previdenciários, que funcionavam desde 1930. O novo Instituto foi colocado nas mãos dos que viam o regime com simpatia, tendo o Ministério do Trabalho a função de coordená-lo. Com o Instituto fundado, uma nova forma de administrar a saúde também foi imposta: o INPS se encarregaria da porção individual de assistência, isto é, cuidaria dos doentes e enfermos, enquanto o Ministério da Saúde zelaria pelo bem coletivo no que demandasse promover e executar programas de higiene e saúde, ainda que os recursos para tal não estivessem em pauta nas decisões do governo. Coube ao Estado cuidar da assistência médica, da aposentadoria e das pensões dos trabalhadores e suas famílias. Concomitantemente, o número de serviços subordinados ao Estado elevou-se de 50% do total de consultas e hospitalizações em 1960 para 90% 15 anos depois. O avanço no

número de serviços comprometeu toda a estrutura de atendimento médico-hospitalar da rede previdenciária.

Um verdadeiro caos se instalou quando o Estado passou a procurar os serviços privados como complementares aos serviços de saúde.

A burocracia junto aos baixos valores repassados aos serviços de atendimento médico-hospitalares fez com que o INPS funcionasse de maneira irregular causando transtornos no atendimento à população. As reduções e atrasos do repasse de dinheiro do governo para hospitais e clínicas faziam com que esses estabelecimentos aumentassem o valor cobrado pelos seus serviços. Fraudes como guias falsas de internação, cirurgias e cesarianas desnecessárias tornaram-se comuns, a título de receber o que o governo lhes devia. A população não tinha a quem recorrer e suportava pacientemente horas em filas e falta de atendimento, quando muito, deficitário.

A situação só melhorou na década de 70 quando surgiu a medicina de grupo, caracterizada por estar associada à administração de empresas de médio e grande porte, que viam na manutenção da saúde do trabalhador as causas de seus lucros e passaram a fornecer um serviço próprio de atendimento médico a seus funcionários, sendo dispensadas de pagar a cota previdenciária ao governo. Este, por sua vez, para estimular a nova medida, passou a auxiliar, subsidiando a proposta.

O caos instalado na saúde devido às fraudes, o cada dia mais complicado sistema previdenciário, bem como sua instabilidade administrativa, fizeram com que o INPS começasse a se tornar um problema de grandes proporções. Naquele momento as dificuldades e deficiências do setor começavam a entrar em colapso. Assim, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) foi criado em 1974, incorporando o INPS, que por sua vez não respondia mais ao Ministério do Trabalho: outra medida tomada pelo governo, para tentar barrar a onda de subornos, corrupção, fraudes e aposentadorias fantasmas.

Em 1978 nascia o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que por meio de uma extensa rede de representações administrativas passou a centralizar ainda mais a condução das políticas sociais governamentais.

Não se pode dizer que as medidas não surtiram efeitos, fato comprovado pelo número de óbitos registrados: em 1960 para cada mil habitantes registrava-se 43,3 óbitos e em 1980, esse valor cai para 7,2. E também neste período a expectativa média de vida do brasileiro passa para aproximadamente 63 anos. Esses valores podiam

representar um avanço na saúde, mas quando se compara ao *ranking* dos países da América Latina, superávamos apenas o Haiti, a Bolívia e o Peru, em 1979.

Para piorar a situação, os anseios pela industrialização crescente trouxeram consigo um significativo aumento no número de acidentes de trabalho. Apenas em 1976 registrou-se 500 mil acidentados na construção civil, o que daria 1 a cada minuto, e não era diferente em outros setores. Tentando minimizar os efeitos causados pelos acidentes de trabalho, foi criado o pagamento por insalubridade, um valor adicional, em trabalhos onde o ambiente oferecesse riscos para o trabalhador – como se ter o corpo diariamente exposto ao calor de um alto-forno de uma siderúrgica pudesse ser compensado com dinheiro.

A única alternativa de tratamento por doenças adquiridas no trabalho, ou acidentes pessoais, era a Previdência Social, sem um cuidado no restabelecimento do paciente. Tratamentos longos exigiam altos custos e poderiam onerar o orçamento. Amputações não eram incomuns. De menor valor e menor tempo de tratamento, elas evitavam gastos com cirurgias e acompanhamentos. Condenava-se o acidentado a uma aposentadoria irrisória, ou à sobrevivência no mercado informal.

Quando a indústria começou a diversificar suas atividades, aumentou-se a diversidade das doenças e, além das amputações, o que se viu foi trabalhadores intoxicados, cegos e surdos, vindo a comprometer ainda mais o sistema de saúde no país.

As companhias de seguro não demoraram a aparecer e obter lucros compensadores, tanto que passaram não só a oferecer os planos de saúde com eficiência e rapidez, mas adquirir hospitais e clínicas. Algumas incorporaram faculdades inteiras de medicina.

Junto às companhias de seguro vieram as indústrias farmacêuticas internacionais, que com sua concorrência fizeram com que as empresas nacionais fossem à bancarrota. Inicia-se, então, a fase da medicalização da saúde no Brasil.

O país da falta de estrutura de governo na área médica foi bombardeado com infinitos tipos de drogas, muitas com vendas proibidas em outros países, geralmente das matrizes dessas indústrias. E, por muitas vezes, remédios sem efeito nenhum, os chamados placebos, usados para pesquisas de comparação de resultados, eram vendidos em detrimento dos legítimos.

A década de 1970 provocou mudanças na sociedade brasileira, que viu o regime militar definhando, a inflação aumentar e a população exigir eleição direta para presidente

da República. A economia encontrava-se em sua pior fase, e não seria diferente para a saúde.

As conseqüências para a população em relação à saúde foram logo sentidas: hospitais e clínicas em péssimo estado de manutenção e atendimento, falta de médicos e remédios, sucateamento de equipamentos, mortes. A estrutura de saneamento básico em breve estaria apresentando um lastimável quadro de deterioração: epidemias já controladas, ou banidas, reaparecem, como a cólera e a dengue. Aumentaram-se os números da tuberculose, tracoma e doença de Chagas, apontando o precário estado de controle da saúde em que se encontrava a população.

Com uma década como a de 1980, sem nenhum investimento de infra-estrutura, não seria difícil perceber que as mazelas nacionais retornassem à tona. Nas duas décadas anteriores elas haviam sido mascaradas, ou escondidas, pelo regime militar. A descontinuidade dos programas de combate às doenças, a corrupção e a ineficiência de atendimento à população, só poderiam desaguar num mar de obscuridade e desesperança sem fim.

Novas tentativas foram postas em prática para que a saúde pudesse oferecer um mínimo de padrão de atendimento à população e evitar que as epidemias ressurgidas se alastrassem. Novos projetos nasceram para reformar o sistema de tratamento da saúde individual e coletiva da população, combater a corrupção, as fraudes e o monopólio das empresas privadas de saúde. Nunca será possível saber a efetividade da medida em relação à corrupção e às fraudes, mas os empresários, detentores da viabilização da saúde, reagiram contra e iniciaram a formação de *lobbies* no Congresso Nacional e nas Assembléias Legislativas para defender seus interesses. Em 1986, o então presidente José Sarney adotou a política de ficar em cima do muro: o governo apoiou as propostas de reforma e manteve as empresas privadas como prestadoras de serviço.

A insatisfação popular acabou atingindo a classe médica do país, que começava a ser desacreditada pela população. Assim, organizaram-se na defesa da profissão e dos direitos dos pacientes, criando associações e centros de estudos de saúde com ideais democráticos, tornando-a descentralizada, universal e unificada, além de cobrarem do Estado um comprometimento com a saúde da população, estabelecendo-a como um direito do cidadão.

Com essa atitude, tomada por grupos de médicos e especialistas, o governo decidiu acatar na Constituição de 1988 as reivindicações, mesmo confrontando-as com os interesses dos lobistas do setor de saúde privado. Assim, a Constituição de 1988

trazia o dispositivo que criava o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) integralizando os serviços de atendimento à população, públicos e privados, categorizados por regiões e administrados localmente. Um controle maior dos serviços de atendimento particular foi colocado em prática. Outra medida foi a reversão no âmbito de atendimento público-privado: os serviços privados passaram a complementar o serviço público.

Nem assim a situação tornou-se menos difícil, pois o setor privado de saúde não aceitou o caráter de provedor secundário, e os recursos financeiros repassados eram desviados para outros setores municipais.

Estufado de intenção e propósito, mas capenga de solução, o SUDS tornou-se um natimorto, restando o consolo de ter integrado, mesmo que de maneira imperfeita, os serviços de saúde do Estado, mantendo longe as empresas de saúde de capital privado.

Com a unificação já estabelecida foi um passo criar o Sistema Único de Saúde (SUS) com o intuito de organizar, ou reorganizar, as ações do Ministério da Saúde, do INAMPS, que ainda respirava, e os serviços de saúde estaduais e municipais.

A década de 90 encontra o brasileiro num momento não muito diferente das décadas anteriores, no que diz respeito à saúde da população: não há estatísticas confiáveis, os índices de doenças infecto-contagiosas freqüentemente sofrem altas, os acidentes no trabalho ainda são uma constante, não há o espalhamento da assistência médico-hospitalar pelo imenso território, e, onde ela é concentrada, também não significa que haja melhorias. Em regiões pobres, onde a distribuição de renda é irregular, leva-se a concluir que exista um maior índice de mazelas. Mas não somente essas regiões, hoje, respondem por esses infortúnios. Regiões ricas do país, onde há bolsões de pobreza, também são afetadas pelos mesmos problemas das regiões menos assistidas. Habitar regiões ricas não garante a melhoria na qualidade de vida. Tais locais podem não sofrer das mazelas encontradas em regiões distantes dos centros urbanos, porém, a violência, o trânsito, a poluição colaboram para que os residentes destes locais tornem-se doentes.

Nem o compromisso firmado anos atrás com a Organização Mundial de Saúde, que pretendia estender assistência médico-hospitalar e prevenir doenças a todos os brasileiros, independente de classe social, nível de instrução, cor ou opção política, é cumprido.

O debilitado e precário sistema nacional de saúde, em colapso, viu nascer em 1995 outra tentativa de ser melhorado. Desta vez, um tributo denominado primeiramente de Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF), com uma alíquota de 0,25% sobre toda movimentação bancária, foi criado, passando a se chamar, posteriormente, Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). E desta vez com uma alíquota de 0,38 %. Calcula-se que 42 bilhões de reais tenha sido o valor arrecado no ano de 2007 para ser utilizado na saúde. Tramitava no Congresso sua manutenção até 2011, porém, foi extinto no início de 2008. Nestes 12 anos de impostos, se todo o valor arrecadado fosse destinado ao seu propósito, a saúde estaria em melhores patamares, que não os de agora. Mas enquanto este trabalho é elaborado, um novo imposto, chamado de Contribuição Social para a Saúde, está sendo votado no Congresso. Ou seja, o rico filão financeiro dos impostos, que patrocina campanhas eleitorais, não pode ser desprezado.

Vive-se, nos anos 2000, a era dos apagões. Primeiro, o elétrico, depois, o aéreo e, agora, o da saúde. Todos os dias, os jornais televisivos e impressos, apresentam matérias de cunho de denúncia. No dia 21 de setembro de 2007, o Jornal da Band, transmitido pela Rede Bandeirantes de Televisão, vinculou uma matéria em que o Hospital Souza Aguiar, no Rio de Janeiro, deixou de atender os pacientes porque seus médicos promoviam, em sua cobertura, um fraterno churrasco, ao mesmo tempo em que um adolescente de 14 anos falecia no pronto-socorro.

Algumas doenças perpassaram todo o período de instalação do Estado brasileiro. As épocas de suas ocorrências variaram ao longo dos anos. Algumas estão erradicadas, outras, ainda se mantêm afetando diretamente a população.

O sarampo tornou-se epidemia entre os anos de 1980 e 1984, quando 11.354 casos foram registrados. Em 1992, uma extensa campanha foi realizada, sendo bem sucedida, pois atingiu 48 milhões de crianças, totalizando 96% de alcance do público alvo. Mas, por vários motivos, e a descontinuidade do programa pode ter sido um deles, a campanha prevista em 1995, dentro dos moldes da de 1992, não foi bem sucedida e em 1997 os efeitos apareceram: uma nova epidemia surgiu e foram registrados 53.664 casos, com 61 mortes. A intensificação das campanhas retornou, e no ano 2000 nenhum caso de sarampo foi notificado.

A poliomielite se tornou motivo de preocupação no início do século XX, quando alguns casos foram registrados em São Paulo e no Rio de Janeiro. Na década de 1950, ela se espalhou pelo território, e em 1953 o Rio de Janeiro registrou a maior epidemia

até então. Somente em 1960 iniciou-se uma campanha de combate à doença, de maneira irregular, e os locais não contemplados padeciam com sua ausência. Entre 1971 e 1973, campanhas foram realizadas, mas em 1975 o Brasil ainda registrava altos índices de casos, apresentando 3.600 afetados. Os anos 80 foram decisivos no combate, e apresentaram 612 casos. Finalmente, em 1994 a poliomielite estava erradicada do país.

No fim do século XX surge uma nova doença, manifestando-se pelo mundo inteiro, de maneira descontrolada, e de grande impacto na sociedade: a síndrome da imunodeficiência adquirida, conhecida pela sigla AIDS. Desde o anúncio do primeiro caso, registrado no Brasil em 1980 a junho de 2005, foram notificados 371.827 casos. O Brasil detém um dos melhores programas de controle da doença, sendo reconhecido internacionalmente.

Também é detectado no país o aumento de duas doenças, chamadas de doenças da modernidade: as neoplasias e as cardiovasculares. A primeira está intimamente ligada ao envelhecimento da população, beneficiária da urbanização, dos avanços nos tratamentos de outras enfermidades, por novos fatores ambientais a que se viu exposta e desregradas atitudes de comportamento; e a segunda, além de atrair alguns dos aspectos da primeira, também agrega o fumo e o álcool, como exemplos, que passam a fazer parte do seu cotidiano. As cardiovasculares estão entre as primeiras a atingir a população, mesmo sem um número sistematizado de registros.

O aumento do número de casos da dengue está diretamente ligado à urbanização desenfreada e desorganizada das cidades, dos descuidos da vigilância epidemiológica e também da população. No ano de 1986 são deflagradas epidemias da doença, que até os dias atuais está acarretando transtornos. Sua reincidência fez com que a potencialidade do vírus fosse aumentada, originando a forma hemorrágica. Entre 1991 e 1992, foram registrados 462 casos de dengue hemorrágica no Rio de Janeiro, dentre eles, 8 mortes.

Dados de 2002 dão conta que cerca de 700 mil casos espalhados pelo país foram registrados, e constatado um aumento no número de mortes devido a uma nova espécie mais vulnerável às condições desenvolvidas para combatê-la.

Com o novo problema de saúde de ordem pública a população mobilizou-se em seu combate, auxiliada por campanhas governamentais, mas no ano de 2007 foram registrados 98 óbitos e no ano de 2008 esses valores sofreram um acréscimo impressionante. Segundo o Relatório da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil, foram notificados, até 28 de maio do corrente ano, 162.701 casos de dengue no estado, sendo que desses, 54% estavam circunscritos à capital. Deste total foram anotados 239

óbitos com 123 confirmados e outros 116 ainda em análise. E, dos casos confirmados, 42% foram de crianças com idade entre 0 a 15 anos.

Um recente estudo realizado pela Fundação Instituto de Administração, ligada à Universidade de São Paulo, mostrou que o Brasil mantém o mesmo patamar de investimentos de 15 anos atrás na área da saúde. Nele foram comparados os investimentos em 6 países da América Latina. O Brasil se sobressai em relação a todos, mas não chega à metade da média mundial e, quando comparada a relação entre o valor arrecadado e o valor investido, os gastos brasileiros equivalem à metade dos gastos registrados pelos vizinhos latino-americanos.

O estudo ainda trouxe outras avaliações, como a que indica que mesmo com o gasto *per capita* acima da média latino-americana, o Brasil apresenta os piores resultados do grupo de indicadores básicos, como a mortalidade infantil e a expectativa de vida (Saúde Business, 2008).

Fica difícil imaginar a melhoria da saúde pública a curto e médio prazo. Se há 15 anos o investimento é o mesmo pode-se concluir que não há investimento algum. O aumento da população, de sua longevidade e a necessidade de gastos com manutenção de equipamentos, prédios, pessoal etc. absorvem quase a totalidade da receita orçamentária destinada à saúde e o restante é insuficiente para apresentar resultados de uma melhoria significativa no atendimento à população. E assim, casos como os das epidemias de dengue, principalmente no Rio de Janeiro, ocorrem, comprovando não haver gastos relevantes na área de saúde pública. E nem mesmo a manutenção da estrutura existente é possível.

Para os políticos brasileiros a saúde deve ser vista como uma rica fonte financeira. Mal foi extinto o imposto de 0,38% sobre toda movimentação financeira e que seria revertido à saúde, o outro, que está neste momento sendo discutido em Brasília, terá uma alíquota de 0,1%, será permanente e deverá ter o mesmo destino do anterior, ou seja, as campanhas eleitorais. Porque, do anterior, se o valor arrecadado fosse realmente investido em saúde, hoje o Brasil certamente estaria menos doente.

CAPÍTULO 2 - SAÚDE, DOENÇA, FISSURA LABIOPALATAL E ASPECTOS DE UMA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

“Apenas sei de diversas harmonias bonitas possíveis sem juízo final”.

Fora da Ordem – Caetano Veloso

Este capítulo traz conceituações sobre saúde, doença e fissura labiopalatal, além de incitar a reflexão da possibilidade de se humanizar a assistência hospitalar no Brasil, baseada nos aspectos que se apresentam como direitos, poder, tecnologias etc. Em nenhum dos casos se pretende esgotar o assunto em função do vasto campo de interpretações a que estão sujeitos. Isto se faz necessário para se diferenciar cada um desses temas e buscar o entendimento do capítulo a seguir, pelo fato do objeto de estudo ser um hospital que não trata “doentes”. Geralmente definido como local onde se recolhem e tratam enfermos, esta não é a melhor definição para o objeto de estudo, justamente por não acolher pacientes que apresentem em seus quadros clínicos, portadores de moléstias infecto-contagiosas, de procedências virótica ou bacteriológica, ou distúrbios psíquicos de qualquer natureza.

A atual denominação, de Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, já elimina os possíveis entendimentos sobre o caráter de sua atuação junto à sociedade e o tipo de serviço oferecido.

2.1 – Saúde x Doença

A vida está permanentemente se relacionando com seu corpo pelos lados supostamente chamados de antagônicos: o da saúde e o da doença. Tais manifestações estão intimamente relacionadas ao ambiente em que se vive, procurando o melhor desempenho orgânico para acontecer.

No momento em que a vida perde o fim de ser normativa, ou seja, no momento em que perde a ânsia de dominação, é que a consciência humana conhece o estado da doença (SANTOS, 1997).

Para tanto, ESCODA & LIMA (1992) esclarecem que “o conceito de saúde e de doença tem que ser avaliado na perspectiva de seu caráter histórico social. Em outras palavras, a percepção e representação do que seja saúde ou doença também são

determinadas historicamente, vinculando-se às formas de como se organiza a sociedade e a inserção dos indivíduos em classes sociais”.

A história da saúde é também a história dos países e cidades, do trabalho, das guerras e das viagens (HERZLICH, 2004).

A história das representações de saúde e doença sempre foi “pautada pela inter-relação entre os corpos dos seres humanos e as coisas e os demais seres que o cercam. Elementos naturais e sobrenaturais habitam estas representações desde os tempos imemoriais, provocando os sentidos e impregnando a cultura e os espíritos, os valores e as crenças dos povos. Sentimentos de culpa, medos, superstições, mistérios, envolvendo o fogo, o ar, a terra, os astros, a organização da natureza, estão indissolúvelmente ligados às expressões da doença, à ocorrência de epidemias, à dor, ao sofrimento, às impressões de desgaste físico e mental, à visão da deterioração dos corpos e perspectiva de morte” (SEVALHO, 1993).

No início da história da saúde e da doença acreditava-se que a doença era caracterizada como um ser sobrenatural que penetrava o corpo de sua vítima e nada poderia ser feito para eliminá-lo. Não se pode dizer que essa concepção esteja totalmente descartada em pleno século XX. Lendas religiosas, maldições e até mesmo castigos divinos ainda nutrem mentes não iniciadas nos desígnios da ciência moderna. Não é incomum ouvir que determinada pessoa encontra-se doente por castigo de Deus. Até mesmo doenças contemporâneas primeiro sofrem o crivo divino antes mesmo de serem explicadas. Isto se confirma quando a Aids, antes mesmo de ser descrita cientificamente, foi tachada por muitos como uma peste divina, ainda mais quando o grupo preferencial atingido era o de homossexuais.

No Ocidente, Hipócrates e seus seguidores, com sua perspectiva humoral, começam a evidenciar a passagem do sobrenatural para o natural, no tocante às representações de saúde e doença, fazendo com que os gregos já se utilizassem de remédios para a cura das enfermidades. E ainda, como os chineses e hindus, acreditavam em certos sistemas de correspondência entre elementos do corpo e elementos fundamentais da natureza, como a água, a terra, o fogo e o ar, sendo o equilíbrio do sistema a condição de saúde, e que deveria ser perseguido por meio de cuidados com o corpo, hábitos alimentares e exercícios físicos, em uma convivência harmônica, e com o ambiente natural, onde o ser humano era visto como parte integrante (SEVALHO, 1993).

A Igreja Católica dominou o pensamento sobre a doença na Idade Média, atrasando, talvez, a evolução ao seu combate. Os hospitais eram tidos como locais onde os enfermos se resguardavam, ou morriam, e a caridade garantiria a purificação da alma do benfeitor. Fato é que, neste período, acentuadas manifestações fúnebres eram realizadas em cemitérios; as artes como a pintura e a poesia as contemplavam como forma de expiar a morte, uma vez que decididamente era o mal comum.

Com o advento do Século das Luzes o panorama de interpretação da saúde e da doença começa a se delinear de uma forma mais concisa. As artes e as ciências renascem e trazem junto consigo um outro contexto científico, rompendo com a união ser humano e natureza, fazendo dele, junto ao conhecimento da ciência, seu proprietário e explorador, deixando de ser um mero observador passivo. Pode-se dizer que a modernidade do pensamento do conceito saúde-doença nasce neste período, mesmo que nos séculos XVII e XVIII a diferenciação, bem como os limites de onde começava uma e terminava a outra, eram vagos, misturando crenças e magias com a química e a física reinantes.

Paracelso, no século XVI, acreditava que a vida era um processo químico, e que a doença, um desequilíbrio do corpo. Havia correntes que comparavam o corpo humano às máquinas, como por exemplo, a um relógio, sendo seu perfeito funcionamento atrelado à saúde e suas disparidades, à doença. Outras ainda que defendiam que o excesso ou a falta de estímulos de fatores externos ao corpo fariam com que a doença se instalasse. A teoria dos miasmas ainda pairava em conjunção às teorias do contágio por corpos estranhos, chegando até a ser confundida com estas e persistiriam até o final do século XIX.

No final do século XIX, mais precisamente na década de 1870-80, começou a se afirmar nas ciências humanas um paradigma indiciário, baseado justamente na semiótica, permitindo diagnosticar as doenças inacessíveis à observação direta, na base de sintomas superficiais, às vezes irrelevantes aos olhos do leigo (GINZBURG, 1989). Pode se constatar que esta percepção viria a mudar significativamente o modo de enxergar a doença: que ela não apenas se manifestava de uma maneira externa, pois assim ocorrendo, sua atuação junto ao corpo já estaria presente. Ainda, GINZBURG (1989) afirma que “a medicina hipocrática definiu seus métodos refletindo sobre a noção decisiva de sintoma (*semeion*). Apenas observando atentamente e registrando com extrema minúcia todos os sintomas - afirmavam os hipocráticos - é possível elaborar “histórias” precisas de cada doença: a doença é, em si, inatingível”.

TAMAYO (1988) *apud* SEVALHO (1993) afirma que “na metade do século XIX, pouco antes da afirmação da microbiologia, as teorias do contágio atingiram seu declínio”, que viria novamente a significar um atraso na concepção de doença, pelo menos naquelas oriundas dos microorganismos. As explicações de contágio não convenciam, e a crença na geração espontânea, que já deveria estar enterrada, ressurgiu. Somente na segunda metade deste século o microscópio foi aperfeiçoado junto às técnicas laboratoriais, que permitiram certificar definitivamente a teoria microbiana.

No início do século XX, a microbiologia assumia de vez o caráter certificador do contágio de doenças provenientes de microorganismos, contribuindo até aquele momento, para melhor se definir os conceitos de saúde e de doença; porém, seus limites ainda suscitam dúvidas: “o que vejo é que no domínio das mentalidades, onde as mudanças escorrem vagarosamente, na lentidão da História, mesmo a luta que alimentou o assentamento da microbiologia no século XIX, entre anticontagionistas, defensores dos miasmas enquanto agentes morbíficos, e contagionistas, perde a nitidez de seus contornos ao nível das representações de saúde e doença” (SEVALHO, 1993).

Ainda, segundo COSTA (2004), acerca do distintivo entre o normal e o patológico, é que o primeiro “não tem a rigidez de um determinativo para todos os indivíduos da mesma espécie e o incita à flexibilidade de uma norma que se transforma em sua relação com condições individuais, é claro que o limite entre o normal e o patológico torna-se impreciso. No entanto, isso não nos leva à continuidade de um normal e de um patológico, idênticos em essência, pois há uma relatividade quanto às variações quantitativas, e essa relatividade da saúde e da doença é bastante confusa para que se ignore onde termina saúde e onde começa doença”.

Dois interessantes conceitos para doença são encontrados no trabalho de WERNER (1997) em que cita as concepções mecanicista de Kraepelin e organicista de Kretschmer identificando-as como ontológicas:

“Na concepção ontológica, procura-se localizar o mal em alguma parte do corpo para assim, combater a doença. A concepção ontológica associada à visão mecanicista implica o estabelecimento de uma relação linear de causa e efeito, passível de ser quantificada, medida e prevista. Os fenômenos patológicos são vistos como variações **quantitativas**, para mais ou para menos, dos fenômenos fisiológicos normais: o patológico é designado a partir do normal, como excesso (**hiper**) ou diminuição (**hipo**)”.

E dinâmica:

“Na concepção dinâmica associada a uma visão funcionalista-organicista, a doença é representada como quebra do equilíbrio e da harmonia, numa perspectiva totalizante e não mais localizante. A doença, vista como perturbação do equilíbrio, não está em alguma parte ou peça da máquina humana, mas em todo o homem, sendo inteiramente dele. O patológico difere do normal não em termos quantitativos, mas **qualitativos**, e as circunstâncias são ocasiões, não causas da doença”.

Para se poder chegar a uma solução, no mínimo plausível, das conceituações de saúde e doença, talvez seja mais apropriado analisá-las separadamente.

Num passado relativamente recente, a saúde assumia um conceito totalmente vago ou essencialmente genérico, pois era estabelecido apenas por “a ausência de doença” ou ainda, um “estado do que é são e de equilíbrio do organismo”. Tais definições são, ainda que não tão simplórias, caracterizações por si sós, de estados do organismo que nem sempre se encontra em pleno desenvolvimento de saúde que, *a priori*, não existe. Portanto, conceituar saúde, torna-se complexo. A Segunda Guerra Mundial “imprimiu a necessidade do resgate dos valores humanos, frente aos horrores dos campos de extermínio e da guerra atômica. Toda uma construção que alicerça o Estado de Bem-Estar social se originou a partir da tentativa de se criarem novos paradigmas visando evitar a repetição do pior e a saúde não se achou excluída desse esforço” (REIS, MARAZINA & GALLO, 2004).

Quando a Organização Mundial de Saúde foi criada, logo após o fim da Segunda Guerra Mundial, um novo alento surgiu quanto à sua definição, ultrapassando as dimensões da saúde biológica, pois estabeleceu que não apenas a saúde do corpo era necessária para o completo bem estar de um indivíduo: mas *um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença* (“Saúde”, 2007) também deveria ser incorporado.

Se for analisado o enunciado do artigo 196 da Constituição Federal vemos que novos elementos são incorporados quanto à definição de saúde, e ela passa então a ser percebida como resultante de condições não só biológicas, mentais e sociais, mas também das condições econômicas em que o indivíduo está inserido. Percebe-se que o aumento das definições parece levar ao entendimento real do conceito de saúde, mas isso acaba apenas por fazer com que tal conceito comece a enveredar para os caminhos da utopia. A definição fica mais rica quando encontramos:

“A saúde deve ser entendida em sentido mais amplo, como componente da qualidade de vida. Assim, não é um “bem de troca”, mas um “bem comum”, um bem e um direito social, em que cada um e todos possam ter assegurados o exercício e a prática do direito à saúde, a partir da aplicação e utilização de toda a riqueza disponível, conhecimentos e tecnologias desenvolvidos pela sociedade nesse campo, adequados às suas necessidades, abrangendo promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças” (ALMEIDA, 1998).

Assim, torna-se impossível caracterizar a saúde distante do ambiente em que o indivíduo vive. Separar estes aspectos é regredir à época em que a doença era um fenômeno apenas biológico que atingia o homem e seu corpo.

Para RAAD (2007), concebe-se saúde hoje, como um bem de consumo. Mas então, a discussão parte para outros caminhos.

É de se imaginar que para se conceituar doença pode-se fazê-lo bastando negar a saúde. Não o é, pois “saúde e doença não são estados ou condições estáveis, mas sim conceitos vitais, sujeitos a constante avaliação e mudança” (ALBUQUERQUE, OLIVEIRA, 2007). Cria-se então o impasse: doença é ausência de saúde ou saúde é ausência de doença? Desde “teorias místicas em que os antepassados a julgavam como um fenômeno sobrenatural, ou seja, ela estava além da sua compreensão do mundo, superada posteriormente pela teoria de que a doença era um fato decorrente das alterações ambientais no meio físico e concreto que o homem vivia e posteriormente pelas teorias dos miasmas” (ALMEIDA, 1998) que a doença toma parte no cotidiano.

Novamente Hipócrates, que por meio do racionalismo e do naturalismo, foi quem alertou para o fato de que as doenças não eram obras de deuses ou demônios. Assim como as doenças seriam naturais, suas causas também. Somente com a descoberta dos micróbios, por Louis Pasteur, ela passa então a deixar o lado místico-fantástico para confirmar que, se existe uma doença existe um agente, originando a teoria da unicausalidade, sendo mais tarde o conceito de multicausalidade mais apropriado, visto que os agravos à saúde do homem não era determinado apenas por um agente.

Muitos ainda definem doença como uma alteração na saúde, no equilíbrio dos seres vivos ou como uma moléstia, não colaborando para o objetivo de um conceito definitivo. O agente passivo de sua ação, isto é, o doente, seria aquele cuja saúde encontra-se alterada ou frágil e sujeito à enfermidades. O quanto pode ser calculado

dessa fragilidade permaneceria uma incógnita. Calcular saúde, ou doença, não fica sendo uma mera equação matemática.

Assim como a saúde, a doença também provém de definições não tão esclarecedoras, pois se podem considerar diversos aspectos causadores; os mesmos aspectos que se leva à conceituação de saúde. É o que se encontra em ALBUQUERQUE & OLIVEIRA *apud* DUBOS (1980): “doença é uma coisa em si própria, sem relação com a personalidade, a constituição física ou o modo de vida do paciente”. Esta definição é tão menos esclarecedora quando qualifica a doença como uma “coisa”.

É interessante perceber que os autores contemporâneos, que se debruçam sobre o tema, associam doença não só ao aspecto biológico, isto é, não a conceituam só como um derivativo da presença de um microorganismo em um corpo. Isto demonstra que as teorias do passado estão definitivamente ultrapassadas.

Nota-se o início de uma preocupação em se inserir outros elementos para defini-la: “doença é um processo biológico, mas que depende da relação entre o corpo e o ambiente em que este está incluso, sendo que a atividade social e o ambiente natural são elementos mediadores e modificadores das condições de saúde do indivíduo” (ROSEN (1979) *apud* SILVA (2007)).

Giovanni Berlinguer *apud* SANTOS (2005) situa doença como “um sinal estatisticamente relevante e precocemente calculável, de alterações do equilíbrio homem-ambiente, induzidas pelas transformações produtivas, territoriais, demográficas e culturais, incontroláveis nas suas conseqüências, além de sofrimento individual e de desvio duma normalidade biológica ou social”. SILVA (2007) acrescenta, de maneira bastante coerente com o proposto de se incluir os fatores externos que “a doença é multicausal, deve ser pensada considerando-se elementos como pobreza, higiene, alimentação, condições de habitação, emprego, salários, educação, acesso a atendimento médico de caráter preventivo ou curativo etc”. Esta conceituação abrange a concepção que se deve dar para doença, mas, como saúde, não estaria atingindo formas utópicas de impossibilidade de se combatê-la?

Não bastassem todos os argumentos para se definir uma doença “pura”, isto é, aquelas de origem de fácil identificação, com a “tecnologização”, quer de remédios, quer de instrumentos, de sua cura, o homem viu nascer, dentro da própria medicina uma iatrogênese (do grego *iatros* (médico) e *gênesis* (origem)), ou seja, doenças que não existiam se o tratamento aplicado não fosse o que as regras da profissão recomendavam.

Num sentido mais amplo, uma doença iatrogênica engloba todas as condições clínicas, das quais os medicamentos, os médicos e os hospitais são os agentes patogênicos (ILLICH, 1975). Seriam exemplos dessa iatrogênese o efeito colateral, para os remédios, o erro médico, para o próprio e a infecção hospitalar, respectivamente.

Para SANTOS (2004), a definição de doença é tão complexa, que prefere uma descrição exaustiva dos vários tipos de doença e classifica-as em quatro grandes grupos quanto à sua origem: aquelas decorrentes do contato com outros organismos, como as doenças infecciosas; as decorrentes da ausência de nutrientes, as chamadas doenças nutricionais; as decorrentes da exposição a ambientes nocivos do ponto de vista físico-químico, como as doenças ocupacionais e aquelas cuja origem se encontra no próprio organismo, como, por exemplo, as doenças genéticas.

Também, neste caso, há várias facetas que podem levar à conceituação de doença. Todas com maior ou menor grau de esclarecimento e aprovação. Portanto, daí a impossibilidade de se buscar um conceito único para o que surge de um conceito múltiplo.

2.2 – Fissura labiopalatal

As fissuras labiopalatais representam a anomalia congênita mais freqüente na face e podem ocorrer como transtornos isolados, ou associados a outras anomalias de gravidade variável (LOFFREDO & FREITAS, 2001). É conhecida como uma abertura na região do lábio e/ou palato, ocasionada pelo não fechamento dessas estruturas e que ocorre entre a 4ª e a 12ª semana de gestação.

Além do estudo realizado em 1968, em Bauru, com escolares, onde foi detectado que de cada 650 nascidos vivos um apresentava a anomalia, outro estudo foi realizado para estimar a prevalência de fissuras labiopalatais no Brasil, segundo a região geográfica e tipo de anomalia, apresentando um levantamento dos registros de casos de fissura oral entre recém-nascidos, no período de janeiro de 1975 a dezembro de 2004. Foram registrados 16.853 casos. A prevalência foi estimada em 0,19 por 1000 nascidos vivos (LOFFREDO & FREITAS, 2001).

Segundo MONLLEÓ & LOPES (2006) “a história da atenção às anomalias craniofaciais no Brasil confunde-se com a luta de profissionais, pesquisadores e famílias de portadores que, ao longo dos últimos 35 anos não mediram esforços para a inserção desses defeitos congênitos na pauta das políticas de saúde. Como resultado desses

esforços, o Brasil conta hoje com centros de excelência no tratamento de anomalias craniofaciais, sendo um deles reconhecido como referência mundial pela Organização Mundial de Saúde” e que é objeto de estudo deste trabalho. Ainda, segundo as autoras, no mesmo trabalho, as fissuras labiopalatais é o grupo de maior prevalência entre as anomalias craniofaciais e que possuem maior número de centros credenciados no país.

A fissura palatina acarreta uma diversidade de transtornos orgânicos, funcionais e estéticos e interferem intensamente na vida dos indivíduos, principalmente no que se refere ao convívio social (LIMA *et al*, 2007). O entendimento da comunicação oral do portador de fissura labiopalatina é de extrema dificuldade, e quanto maior a severidade da anomalia, mais difícil ele se torna. Não é incomum a zombaria e piadas, tornando-se uma fala estigmatizada pela sociedade. A família do portador não encontra dificuldades de entendimento, justamente pela familiaridade com o fissurado, devido à convivência diária, lançando mão de um processo de “adaptação auditiva” com ele. Ainda, prejuízos ao portador da anomalia podem ser notados na vida escolar, social e na idade produtiva para o mercado de trabalho, quando nem sempre são compreendidos e rejeitados para determinados serviços. A influência dessas atitudes para a auto-estima do portador da anomalia é afetada, podendo torná-lo um indivíduo sem vida social e calcado no ostracismo do ambiente familiar.

No ano de 2006, uma equipe multidisciplinar do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais de Bauru desenvolveu uma proposta de enquadramento da fissura labiopalatina como deficiência, para possibilitar a inclusão dos portadores desta anomalia na Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, em consonância com o Programa Nacional de Direitos Humanos, para assegurar o pleno exercício de seus direitos individuais e sociais, garantindo a igualdade de condições junto à sociedade.

O documento apresenta conceitos de fissura labiopalatal, suas classificações e o comprometimento da funcionalidade das estruturas afetadas. Por se tratar de um rico material é reproduzida aqui boa parte de seu conteúdo.

Iniciando-se pelas definições, o documento apresenta fissuras labiopalatais por “alterações faciais de origem embriológica, resultantes da falta de fusão dos processos nasais mediais entre si, e destes com os processos maxilares (lateralmente)”. (MELGAÇO *et al*, 2002). CAPELLOZA F^o *et al* (1988) sugerem que estas malformações resultam da falta de união dos processos de formação do maxilar, das mandíbulas e da região fronteira do nariz. Concluem que o desenvolvimento

insatisfatório, ou falhas quando da formação dessas regiões, podem causar as mais diferentes formas de fissuras. Definem ainda como sendo: “anomalias faciais congênitas, resultantes de qualquer alteração no decorrer do desenvolvimento embrionário humano, que podem variar desde pequenas assimetrias nas relações maxilares até defeitos faciais com maiores comprometimentos estéticos e funcionais”.

Para KUMMER (2000), fissura é “uma abertura anormal ou é uma fissura em uma estrutura anatômica que normalmente deveria estar fechada. Uma fissura de lábio é o resultado de uma falha de parte do lábio durante a formação do feto. A fissura do palato ocorre quando as partes do véu palatino, o popular céu da boca, não se fundem normalmente durante o desenvolvimento fetal, resultando numa abertura ou comunicação grande entre a cavidade oral e a cavidade nasal”.

O documento traz também as classificações desta síndrome. As duas primeiras são: a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10), e a Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidades e Saúde (CIF). Mais importante para esse trabalho é a Classificação Científica, que apresenta as formas de fissura labiopalatal. Para tal, o documento se alicerça no estudo de Gomes e Mélega (1997), que estabelece a classificação das fissuras em três grupos distintos, complementada com as fissuras Faciais Raras de Silva Filho *et al* (1992):

A primeira fissura apresentada é a labial unilateral. Várias são as suas formas: desde alterações menores sobre o lábio, como um simples entalhe sobre o vermelhão (início do lábio superior), até o acometimento de todo o lábio, podendo ter ainda, associação da deformidade do lábio com o assoalho da narina, com ou sem alteração do arco alveolar (gingiva superior).

As figuras a seguir, com exceção da figura 4, foram retiradas do documento desenvolvido pela equipe do Hospital. As duas primeiras mostram uma fissura labial unilateral incompleta - caso em que a narina não é afetada - e a outra, uma fissura labial unilateral completa.



Figura 1: fissura labial unilateral incompleta



Figura 2: fissura labial unilateral completa

Outro tipo de fissura é a labial bilateral, que apresenta como característica alterações anatômicas importantes, principalmente quando associadas às fissuras palatinas, onde a de gravidade maior fica por conta da ausência de certos elementos bilaterais, como a ausência do cinturão muscular do lábio, cuja pré-maxila projeta-se muitas vezes sem relação com os segmentos maxilares e alveolares, devido ao crescimento a partir do septo nasal. Além das assimetrias, o pró-lábio é de volume variável, a columela curta, as asas nasais são alargadas e planas e os arcos alveolares, sem manter relação com a pré-maxila, podem apresentar colapso. A figura abaixo mostra um caso de fissura labial bilateral em que as narinas são afetadas:

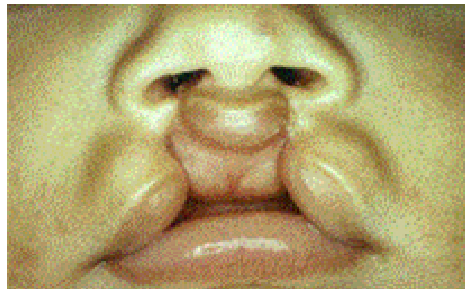


Figura 3: fissura labial bilateral

O terceiro caso refere-se às fissuras palatinas. Elas podem apresentar-se associadas ou não às fissuras labiais e são deformidades que interferem diretamente nas funções orgânicas e funcionais de seus portadores.

A figura abaixo é um exemplo desta deformidade:



Figura 4: fissura palatina

O último grupo de portadores de anomalias craniofaciais é o que engloba as fissuras oblíquas, transversais, do lábio inferior, do nariz etc. São aquelas em que têm o envolvimento de outras estruturas da face, que se manifestam com a falta de fusão dos processos envolvidos na vida embrionária. São as chamadas fissuras faciais raras. A figura abaixo mostra um desses casos:



Figura 5: fissura facial rara (fonte: internet)

Uma fissura de lábio e/ou palato é uma malformação congênita que ocorre no útero durante o primeiro trimestre da gravidez. A maioria das fissuras é causada por uma combinação de fatores genéticos e ambientais. Considerando que uma fissura ocorre devido a uma interrupção durante o desenvolvimento embrionário, as fissuras seguem tipicamente as linhas de fusão normais. Visto que as fissuras labiopalatinas representam uma interferência no desenvolvimento embrionário do terço médio da face e cavidade oral, as mesmas são frequentemente associadas com malformações do nariz, dos olhos e de outras estruturas faciais. Quando outras anomalias congênicas ocorrem

junto com a fissura labiopalatina, tais casos geralmente têm uma etiologia genética e podem fazer parte de uma síndrome com malformação múltipla (JONES, 1988).

Após o documento apresentar os tipos de fissuras mais comumente encontrados, ele faz menção aos distúrbios que esta anomalia traz para seus portadores. Diz: “a pessoa com fissura labiopalatina além de apresentar falha na integridade orgânica de órgãos do mecanismo da fala está sujeita a alterações ambientais, psicológicas e de desenvolvimento associadas à presença da malformação congênita, fatores os quais podem resultar em distúrbios da comunicação”. Dentre as causas de distúrbios de comunicação, cita ainda o trabalho de Bzoch (2004), onde destaca que no indivíduo com fissura podem ser encontradas duas categorias: fatores orgânicos e fatores funcionais. Os primeiros são anormalidades estruturais diagnosticáveis que, quando mudadas por conduta física, resultam em uma medida direta de melhora no comportamento da fala (ex: o fechamento cirúrgico da abertura do palato duro conduz à eliminação imediata da emissão nasal de ar e da distorção hipernasal). Os fatores funcionais podem ser definidos como todas as outras causas que não são tratadas diretamente pela conduta física (isto é, hábitos, habilidades motoras, atitudes e auto-imagem). Ambas podem existir concomitantemente.

O documento prossegue no tocante aos distúrbios da fala e inclui o distúrbio estético, contribuindo ainda mais para o entendimento da extensão da gravidade desta anomalia: “enquanto a presença de uma fissura de lábio traz mais comprometimento para a estética do que a fissura de palato, a presença de uma fissura de palato traz problemas mais sérios para a fala. Os indivíduos nascidos com a fissura de lábio e palato, portanto, têm riscos de apresentarem problemas com a alimentação, a fala, a ressonância, a audição e a estética. Apesar de definidos como problemas estéticos, os comprometimentos na aparência decorrentes das condições básicas da fissura causam sérios desvios anatômicos, funcionais e psicossociais [...]. Consequentemente, a severidade na estética e na função varia de acordo com a extensão da região afetada e malformada”.

As cirurgias não garantem a completa eliminação da hipernasalidade (fala fanhosa) decorrente das alterações das estruturas do palato, uma vez que comprometimentos fisiológicos, psicossociais, ambientais e de desenvolvimento podem persistir. As cirurgias irão corrigir a estrutura não formada. A correção virá com o auxílio de reabilitação de longa duração, como a fonoaudiologia, por exemplo. A fala do

indivíduo poderá apresentar dificuldade de inteligibilidade mesmo após a correção cirúrgica, pois os distúrbios da comunicação poderão persistir.

A reabilitação dos portadores de fissura labiopalatal vai influenciar diretamente sua vida, e quanto mais íntegra, melhores serão os resultados obtidos. Reabilitar significa restituir a uma pessoa seus direitos e suas capacidades, ou ainda, regenerar-se. Ambas as definições são equivocadas, quando se pretende inseri-las no contexto de reabilitar psicologicamente, fisiologicamente e anatomicamente um indivíduo. Na primeira delas, a idéia dada não passa além do ponto de vista do jurídico; na segunda, nem sempre regenerar traz a completude de um estado anterior. Até pouco tempo atrás, a reabilitação física era associada exclusivamente à fisioterapia (MUNIZ, 2007).

Para a Organização Mundial de Saúde, a reabilitação integral é “a reabilitação física, psicológica, social e econômica” (MORAIS, 2007). Encontram-se ainda outras definições muito parecidas com estas como a que designa ser “um processo global e dinâmico orientado para a recuperação física e psicológica da pessoa portadora de deficiência, tendo em vista a sua reintegração social. Está associada a um conceito mais amplo de saúde, incorporando o bem-estar físico, psíquico e social a que todos os indivíduos têm direito” (“O que é Reabilitação”, 2007). A melhor definição certamente é a encontrada na Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (Lei nº 989) em Portugal, e que concebe a reabilitação como sendo:

“Um processo global e contínuo destinado a corrigir a deficiência e a conservar, desenvolver ou restabelecer as aptidões e capacidades da pessoa para o exercício de uma atividade considerada normal. Engloba um conjunto variado de ações de prevenção, de reabilitação médico-funcional, de educação especial, de reabilitação psico-social, de apoio sócio-familiar, de acessibilidade, de ajudas técnicas, de cultura, de desporto e de recreação, entre outras, que se destinam ao deficiente e que visam favorecer a sua autonomia pessoal”.
(MARQUES, CASTRO & SILVA, 2001).

Sendo assim, esta definição abrange consideravelmente os campos da conceituação que se possa tomar por reabilitação, no sentido de indivíduo, e esclarece sobremaneira todos os aspectos a que ela possa estar relacionada.

Os tratamentos oferecidos pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais em Bauru envolvem diversas especialidades da saúde, possuindo uma estrutura competente e compatível com a complexidade dos problemas por ele tratados. Sua função não se verifica apenas no tratamento fisiológico, mas sim, a uma variedade

de habilitações que visam ao total restabelecimento do paciente e sua reintegração à sociedade. Suas principais especialidades se aplicam em áreas como: anomalias craniofaciais congênitas, malformações das extremidades, distúrbios da audição, da visão, da linguagem e síndrômicos.

Mais especificamente nas anomalias craniofaciais se destacam os implantes ósseointegrados intra e extra-orais, nas deficiências auditivas, programas que visam prevenir, educar, reabilitar e habilitar por meio de adaptações de aparelhos de ampliação sonora e atividades terapêuticas, com destaque ainda, para os programas de implante ou de apoio ao implante, entre eles o implante coclear multicanal, chamado de “ouvido biônico”.

Para o Hospital, anomalia craniofacial é entendida como toda alteração (ou defeito) congênita que envolve a região do crânio e da face. A se considerar o estudo realizado em 1968, teremos no Brasil, um país de aproximadamente 180 milhões de habitantes, cerca de 277 mil portadores de alguma fissura labiopalatal. Se desses, 45.000 recebem tratamento no Hospital, há ainda outros 232.000 fissurados espalhados pelo País.

Diversas são as síndromes tratadas e estudadas por geneticistas clínicos do Hospital. As fissuras labiopalatais podem ocorrer isoladas ou associadas a outras anomalias congênitas, constituindo diversos quadros síndrômicos e, da mesma forma, outras anomalias craniofaciais e a deficiência auditiva podem ocorrer como anomalia isolada ou como parte de várias síndromes. Estes casos são os de excelência de tratamento.

O diagnóstico desses casos é realizado a partir do conjunto de sinais clínicos apresentado pelo paciente, e de pesquisas em literatura e programas de computador específicos da área de dismorfologia (ramo da medicina que se dedica ao estudo das síndromes genéticas). Outros exames são solicitados no auxílio do diagnóstico, como tomografias computadorizadas de crânio, ressonância magnética, ultrassonografias etc. Há, ainda, casos raros, ou que apresentam sobreposições de sinais clínicos de duas ou mais síndromes, que podem dificultar o diagnóstico e conseqüentemente o aconselhamento genético. Nestes casos há o prolongamento do acompanhamento numa seção específica denominada de Genética Clínica.

A busca pela especialização em distúrbios da audição, geralmente agravada pelas anomalias craniofaciais, é uma constante para o hospital. Sabe-se que o número de

deficientes auditivos no Brasil não é pequeno, e segundo as estimativas do Ministério da Saúde, a cada 1.000 crianças nascidas, 3 são deficientes auditivas.

Segundo o Dr. Orozimbo Alves Costa Filho, otologista e otorrinolaringologista do Hospital, “ter uma deficiência auditiva não significa ser surdo”. Este quadro permite dizer que o indivíduo pode apresentar desde uma pequena alteração auditiva, mal percebida, até uma surdez profunda e severa. Além disso, há ainda dois tipos de surdez: a congênita e a adquirida. No primeiro caso, a criança já nasce surda e a possibilidade de audição está muito comprometida; e o segundo caso, em que nasce com a audição em perfeitas condições, mas há uma perda decorrente de alguma doença, acidente, ou velhice - fase em que a deficiência auditiva é muito comum.

2.3 – Aspectos de uma Humanização da Assistência Hospitalar

Na sociedade contemporânea está sendo buscado humanizar o atendimento hospitalar, porém, ainda não estão definidos claramente os parâmetros envolvidos, bem como os limites de sua abrangência.

Num primeiro momento, humanizar a assistência hospitalar pode ser entendido como uma forma polida de se tratar o paciente que procura auxílio junto aos locais de atendimento. Ampliando a definição há, ainda, aquela em que considera não só um atendimento cortês junto ao paciente, mas também suas especificidades como, por exemplo, sua cultura, e engloba ainda o funcionamento dos equipamentos e a relação profissional entre seu corpo clínico.

E buscar as razões de um projeto de humanização é “interrogar, ao mesmo tempo, o homem contemporâneo e seus valores, a cena social brasileira, e a realidade dos hospitais públicos no Brasil” (CEMBRANELLI, 2003).

Diante do atual quadro em que se encontra a saúde pública humanizar a assistência hospitalar não seria tarefa fácil, tanto para defini-la, como para colocá-la em prática. Duas autoras expõem estas dificuldades ao constatarem que mudanças significativas deveriam ser efetuadas.

DESLANDES (2004) questiona: “como ainda não são consensuais os contornos teóricos e mesmo operacionais do que se convencionou designar como humanização, sua abrangência e aplicabilidade não estão inteiramente demarcadas. Considerando a organização e estrutura física das instituições de saúde da rede pública, a formação biomédica, as relações de trabalho e sua lógica de produção, haveria espaço para mudanças

estruturais e para a implementação de novos conceitos e práticas, voltados para a humanização da assistência?”.

Outras autoras complementam esta argumentação: “...promover saúde e humanizar a atenção à saúde são trabalhos processuais de longo prazo, dinâmicos e intimamente relacionados com o contexto em que se desenvolvem. São processos amplos, demorados e complexos, ao qual se oferecem resistências, pois envolvem, entre outras coisas, mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança, ao passo que os padrões culturais, institucionais e comportamentais já conhecidos parecem mais seguros” (NOGUEIRA-MARTINS, 2002a, 2002b).

Sendo assim, a possibilidade de se colocar em prática um processo de humanização hospitalar vai depender certamente da cultura e principalmente do processo de gestão de cada instituição, visto que as diferenças entre elas podem ser brutais e a dificuldade de se quebrar paradigmas, uma realidade. Prova disto é que o próprio Ministério da Saúde, no Manual de seu Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), lançado em 1999, demonstra ciência das barreiras encontradas para atingir seus objetivos: “em verdade, é difícil oferecer o que não se tem”.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar foi criado para desenvolver padrões de atendimento por todo o território, visando o bom funcionamento do Sistema de Saúde Brasileiro (SUS). Seus objetivos são: fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar pública; melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários da rede hospitalar brasileira credenciada ao SUS; modernizar as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade; capacitar os profissionais do hospital para um novo conceito de atenção à saúde que valorize a vida humana e a cidadania; conceber e implantar novas iniciativas de humanização dos hospitais que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde; estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimentos e experiências nesta área; desenvolver um conjunto de parâmetros de resultados e sistema de incentivos ao serviço de saúde humanizado e difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar credenciada ao SUS.

Porém, o grande entrave para que essa proposta seja efetivada é descrito no Documento Básico para Gestores e Trabalhadores do SUS, quando da análise do Programa de Humanização do Ministério da Saúde, apresentando os desafios a serem transpostos: fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais;

fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência; precária interação entre as equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção; sistema público de saúde burocratizado e verticalizado; baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho de equipe; poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde; desrespeito aos direitos dos usuários, formação dos profissionais distantes do debate e formulação da política de saúde; controle frágil dos processos de atenção e gestão do SUS e modelo de atenção “centrado” na relação queixa-conduta (MS, 2004).

Mas não se deve deixar de legitimar a importância desta proposta, que visa contribuir com a integralidade das ações governamentais, aglutinando deveres e direitos de ambos os lados da balança: o profissional e o cliente-paciente, pois o compromisso com a saúde pública no Brasil não estaria sendo cumprido como se deveria. As desigualdades socioeconômicas, os problemas de acesso aos serviços de saúde, a desvalorização dos profissionais da área, a precarização das relações do trabalho, educação deficiente e a participação praticamente nula na gestão e condução dos propósitos de melhorias, podem ter contribuído para que o quadro da saúde pública no país, no que se referisse à humanização do atendimento, se deteriorasse.

O Manual do PNHAH não é caracterizado por “medidas que se preocupam apenas em “maquiar” as organizações e que tampouco apresentam um caráter “ortopédico”, mas que buscam o desenvolvimento de uma nova cultura institucional para instaurar novos padrões de relacionamento ético entre gestores, técnicos e usuários”.

Um importante diferencial foi creditado a este programa, pois busca incorporar, segundo FORTES (2004) uma “preocupação com a valorização, a capacitação e o desenvolvimento dos trabalhadores do setor saúde [...] e proporcionar condições necessárias para o exercício das tarefas cotidianas e devem criar condições para os que cuidam possam também ter suas necessidades satisfeitas”. FORTES (2004) salienta ainda, que se deve ter atenção à dimensão psicossocial dos usuários, além de se preparar uma equipe multiprofissional, como objeto de eficácia para a prática da humanização, para que sejam evitados os extremos tecnológicos e de especializações, que afastam os usuários sob suas responsabilidades, e tornando os vínculos das relações, distantes, frias e sem um caráter pessoalizado.

O programa também, ainda dentro dessa vertente, estimula a valorização do profissional, para que ele, sentindo-se respeitado pela instituição à qual pertença, esteja mais apto a atender com eficiência, fazendo com que a imagem da instituição seja bem vista pelo usuário. Este argumento é válido quando se considera que o processo de humanização tem que ser iniciado de dentro da instituição para fora. Mas deve-se evitar que “o poder institucional divida os indivíduos entre comandantes e subordinados obedientes, que as relações sociais assumam a forma de tutela, de dependência e favor” (LUZ, 1979).

Para FORTES (2004), o gestor da instituição é um dos principais responsáveis pela conquista de condições adequadas, para que os profissionais sintam-se valorizados e os usuários tenham seus direitos de atendimento garantido. Para o autor, humanizar “refere-se à possibilidade de uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, assumindo uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, de respeito ao usuário entendido como um cidadão e não apenas como um consumidor de serviços de saúde [...]. Devem-se evitar “coisificar” as pessoas”. O respeito ao outro como um ser autônomo e digno deve ser visto como condição *sine qua non* a um processo de humanização (MS, 2000).

A tecnologização está criando o distanciamento da relação médico-paciente. O aspecto científico-tecnológico está assumindo um papel preponderante sobre o humanístico. Não é difícil encontrar pacientes queixosos de que o médico nem olhou para ele, apenas para o computador. Não o tocou, e pediu inúmeros exames para que somente depois voltasse.

Também, iniciar um processo de humanização não é só o que descrevem REIS, MARAZINA & GALLO (2004), embora não desvalorizem as medidas tomadas: “muitas vezes, a empreitada toma o viés de uma melhoria nas condições do espaço físico e de circulação dentro dos prédios, outras vezes é relativa à instalação de diversos grupos de acolhimento para pacientes com patologias específicas ou ainda trabalhos sobre aleitamento e orientação de parto. Também não é raro assistir à promoção de uma série de treinamentos dirigidos aos funcionários encarregados de recepção ou da enfermagem, sobre a melhor modalidade de atendimento dos pacientes e, *voilà!* o projeto de humanização está em andamento”.

A década de 1970 viu nascer as políticas de direitos à saúde do cidadão e, em 1995, no Fórum Permanente de Patologias Crônicas, foi emitida a Cartilha dos Direitos do Paciente, que buscava normalizar os atos dos direitos dos usuários em seu Art. 2º, itens I a VIII. Um importante passo para a humanização hospitalar, pois seu foco é o cidadão-paciente. FORTES (2004) esclarece estes termos, e pode-se perceber que realmente a atenção ao

usuário torna-se a chave-mestra para que a mudança comportamental de atendimento pelos profissionais de saúde comece a ser realizada: “os usuários devem ter um atendimento digno, atencioso e respeitoso; a ser identificado e tratado pelo seu nome ou sobrenome; a não ser identificado ou tratado por números, códigos ou de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso; a ter resguardado o segredo sobre seus dados pessoais, através da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública; a poder identificar as pessoas responsáveis, direta ou indiretamente, por sua assistência; receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre hipóteses diagnósticas, diagnósticos realizados, exames solicitados e ações terapêuticas; a consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados; a acessar, a qualquer momento, o seu prontuário médico”.

Esta forma de humanização estaria perfeita, se entraves não cruzassem os caminhos para a efetivação desta política de melhorias, tornando-se um paradoxo quando a própria população, detentora destes direitos, contribui para que ela não ocorra, agindo de maneira inconsciente, pois uma vez paciente “não cobra seus direitos, fortalecendo ainda mais as atitudes das equipes de saúde e das instituições” (REIS, PATRÍCIO, 2005). Estas atitudes são reforçadas: “afinal, é mais fácil dominar quando se restringem a liberdade de pensamento e a expressão do paciente” que ““desorientado”, sem *status* de sujeito na sociedade, torna-se mais manipulável e controlável” (GOMES, NATIONS, LUZ, 2008).

As instituições de saúde, representadas por seus profissionais cientes deste fortalecimento, aliam o que DESLANDES (2004) e o Artigo 331 do Código Penal preconizam, tomando para si a condução da dinâmica hospitalar conforme lhes provém: “o hospital moderno teve como marca histórica de sua constituição organizacional impor aos “pacientes” o isolamento, a despersonalização e a submissão disciplinar de seus corpos (e subjetividades) a procedimentos e decisões que sequer compreendem. Em outras palavras, essa forma de tratar o “doente”, que em nome da “rigorosa prática científica” aparta-o de seu convívio familiar e social e não lhe reconhece discernimento ou competência para tomada de decisões, constituiu, por muito tempo, a tônica da cultura organizacional hospitalar” e, segundo o Artigo “desacatar funcionário público no exercício de sua função ou em razão dela, pena de detenção de seis meses a dois anos ou multa”. O Artigo 331 não contempla o paciente quando este não é atendido. Sendo assim, a brecha para que a humanização não ocorra, está aberta. Quando o usuário, em desespero, não tendo aonde ou a quem recorrer, uma vez que há uma parede de vidro a lhe separar do ouvinte de suas

queixas, manifesta expressões de violência, não raro, a força policial é acionada. Estes fatos não contemplam o que o Manual do PNHAH orienta, pois descaracteriza a forma de uma humanização que não contempla a eficiência técnica e científica a uma ética que considere e respeite os usuários, não acatando os limites de cada situação. Não respeita o paciente como um ser singular e digno, generalizando-o, como se tivessem as mesmas condições socioeconômicas e partissem de um mesmo lugar.

REIS, MARAZINA & GALLO (2004) comentando *O Nascimento da Clínica*, de Foucault, salientam que o médico tende a dirigir sua atenção ao “caso”, excluindo o sujeito de sua co-responsabilidade em seu processo de cura, colocando o médico como o dono da verdade inquestionável sobre a doença. Assim, “o paciente é submetido a essa autoridade medonha, tornando-se uma figura instituída da desigualdade” (LUZ, 1979). Ambientes ou pacientes culturalmente desfavorecidos permitirão que a desigualdade e a prática da “dependência de juízos e vontades pessoais, sobretudo por parte dos profissionais se instale. Estas atitudes muitas vezes caracterizam uma relação de dependência, reiterando assimetrias entre usuários e profissionais, assimetrias tradicionais na cultura institucional dos serviços de saúde de modo geral” (OLIVEIRA *et al*, 2005).

A humanização do atendimento hospitalar vai envolver, sem dúvida, o cotidiano da instituição, pois “humanizar a assistência é humanizar a produção dessa assistência” (DESLANDES, 2004) e, para tanto, será necessário “constituir equipes de trabalho saudáveis” (MS, 2000). Tais equipes devem ter também uma atenção às suas singularidades, para que o processo de humanização se efetive: como o ambiente físico a que estão inseridos, os conhecimentos intrínsecos à formação profissional e aos estados emocionais a que se encontram. Caso contrário, mesmo diante de normas fixadas, haverá momentos em que será necessário “apagar incêndios” e soluções individualizadas começarão a ser realizadas, destituindo o caráter coletivo dos objetivos propostos. Ou ainda, quando “esmagados pela disparidade entre o que a formação técnica lhes vaticinava e o que a realidade sombria da miséria os obriga a enfrentar” (CEMBRANELLI, 2003). Porém, não é permitido que os profissionais da saúde, que lidam diretamente com os pacientes, sirvam para expiar a culpa de outrem, e nem estes profissionais devem agir da mesma forma em relação aos pacientes.

Porém, para GOMES, NATIONS & LUZ (2008) transformar o ambiente hospitalar num espaço favorável ao bem-estar das pessoas “exige muito além de uma reforma física (nova decoração, áreas de lazer, cores variadas nas paredes). É necessária uma mudança de estrutura profunda da instituição: atuando nos determinantes sociais que produzem as

iniquidades em saúde, nas relações internas de poder e saber e no modelo gerencial opressivo e discriminatório; estabelecendo uma prática profissional crítica e reflexiva do agir cotidiano, pautada na democracia e numa ética humana do cuidado que dignifica o ser humano. Faz-se necessário um ensino em saúde que contemple uma visão social e humanística, integrando conteúdos das ciências sociais e humanas. O profissional, também afetado pela violência hospitalar, necessita compreender o sentido do seu trabalho, conhecer a operacionalidade do sistema público de saúde e nutrir uma generosidade que não desqualifique aquele de quem ele cuida”.

A compaixão pelo Outro poderá também influenciar as relações assimétricas do atendimento hospitalar. Se sua presença é permissível no processo de humanização das instituições será muito difícil quantificá-la. OLIVEIRA *et al* (2005) apontam os caminhos de sua participação no processo, tornando-se um afeto negativo quando limitar a potencialidade do encontro entre profissionais e usuários, impedindo a busca de se tornarem felizes. Mas quando o oposto ocorre, isto é, quando o afeto potencializar as relações entre funcionários e usuários, desde que o encontro possa promover o enriquecimento da percepção de quais movimentos práticos e técnicos são convenientes para ambos, o caminho para a felicidade poderá ser mais facilmente percorrido.

Outro ponto que pode influenciar, para que o processo de humanização hospitalar não ocorra plenamente, é a tecnologização do ambiente, com uma conseqüente desumanização no atendimento. A excessiva inserção tecnológica não garantirá o bom atendimento aos usuários. Certamente que a falta destas melhorias também afetarão significativamente, possibilitando aos funcionários se relacionarem de uma maneira não condizente às condutas de relacionamentos pessoais. E, a maior das certezas, a falta de manutenção não contribuirá no processo. A tecnologia só terá valor para a funcionalidade das instituições quando estiver acompanhada de seu correto uso, sendo a reciclagem profissional de extrema importância, também para a administração dos relacionamentos internos. O próprio documento do PNHAH considera o fator humano como a causa geradora da qualidade da assistência: “... as tecnologias e os dispositivos organizacionais, sobretudo numa área como a da saúde, não funcionam sozinhos – sua eficácia é fortemente influenciada pela qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento” (MS, 2000).

“A dimensão desumanizante da ciência e tecnologia se dá, portanto, na medida em que ficamos reduzidos a objetos de nossa própria técnica e objetos despersonalizados de uma investigação que se propõe fria e objetiva” (BETTS, 2003).

O encontro motivado pela palavra será um fator de extrema importância para que a humanização aconteça. Nesse sentido, dois locais são pontos-chaves de interação entre o paciente e o ambiente em que se encontra: a recepção e o consultório médico. Na primeira, o paciente não busca o resultado de sua melhora, mas dependerá dela o prosseguimento para que o paciente enxergue o processo de humanização a que a instituição estará disposta a empregar. A grande porcentagem de sucesso da empreitada dar-se-á no consultório médico. Será ali o local próprio do encontro mediado pela palavra. Casos em que o médico mal olha para o paciente não levarão à efetividade do processo. As causas podem ser muitas: o paciente que a cada consulta encontra um médico diferente, a dificuldade do padrão comunicacional imposta pelo profissional, adotando um vocabulário técnico-científico estranho ao paciente ao invés da adoção de palavras simples do seu cotidiano, a má-remuneração, plantões excessivos, falta de tempo, a personalidade do profissional e a sensibilidade do médico para “conhecer a realidade do paciente, ouvir suas queixas e encontrar, junto ao paciente, estratégias que facilitem sua adaptação ao estilo de vida exigido pela doença” (CAPRARA, FRANCO, 1999).

A linguagem exercida nas instituições não pode estar formalizada ao instrumento tecnológico, justificando a eficiência e a objetividade. Assim, pode engessar as subjetividades de cada um, padronizando o paciente e perdendo suas singularidades. O preenchimento da ficha de histórico clínico não permite “ouvir” o paciente, informação sem dúvida necessária, deixando o lado humano ausente, e a humanização depende de nossa capacidade de falar e escutar, pois as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com nossos semelhantes (BETTS, 2003).

A falta do diálogo e de sua compreensão vai certamente comprometer toda a estrutura da qualidade do atendimento, tornando-o de extrema importância para os objetivos de uma humanização no ambiente institucional. O doente não é somente o portador da doença e transmissor de seu sintoma, mas sim, deve ser visto como o ser que está sendo influenciado por ela. Portanto, sua linguagem deve ser “decifrada” pelo profissional, de modo a atendê-lo não somente de sua mazela, mas de sua expectativa perante a linguagem recebida do outro. O profissional de saúde deve estar preparado para compreender o outro ser humano que é colocado à sua frente. Porque se “o ser humano é capaz de compreender outro ser humano, porque ambos são dotados de linguagem, o jogo de interações sociais, as relações de saber-poder de trabalho, de gênero e de *status* podem constituir impeditivos para o diálogo” (DESLANDES, 2004).

Por último, também é importante que a população seja ouvida, para que se descubram quais suas expectativas, seus receios, desejos e dúvidas, contribuindo para que o processo seja implantado, garantindo resultados que possam favorecer os objetivos propostos de uma humanização realmente humana.

CAPÍTULO 3 – O HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS – UMA REFERÊNCIA INTERNACIONAL

“...quando se tem o álibi
de ter nascido ávido,
e convivido inválido,
mesmo sem ter havido”

Álibi - Djavan

3.1 – Histórico

A história do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais começa em 1967 quando sete professores da Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB), uma das muitas unidades da Universidade de São Paulo (USP) espalhadas pelo interior do estado, impulsionados por uma pesquisa realizada na própria cidade detectou que de cada 650 crianças nascidas, uma apresentava malformação congênita labiopalatal e, impressionados com o índice, iniciaram um atendimento aos portadores dessa anomalia. Para tal, contaram com um serviço integrado de pesquisa, ensino e assistência social.

O projeto trouxe para a época uma inovação, desde sempre elogiada, por tratar o paciente globalmente. Assim nasceu o Centro de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais, nas dependências da própria faculdade.

Os anos se passaram e a faculdade não conseguia absorver o contingente de pacientes que para lá se dirigiam e, em 1973, já iniciava os atendimentos, ainda que de maneira modesta, num prédio próprio, dentro da área da FOB e ainda dependente de alguns de seus serviços.

Talvez, pela extensão de seu nome, o hospital passou a ser chamado, extra-oficialmente, de “Centrinho” e será utilizado a partir de agora para designá-lo. Com o apoio dos professores Dr. Paulo de Toledo Artigas, então diretor da FOB, do Dr. Luís Martins, vice-diretor da FOB e do Reitor da Universidade de São Paulo, Dr. Miguel Reale, o Hospital foi institucionalizado como Centro Interdepartamental da FOB/USP.

Em 1976 torna-se uma Unidade Hospitalar Autônoma, designada por Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais – HPRLLP/USP – merecendo o destaque de “Centro de Excelência no Atendimento” pela Universidade de São Paulo e como “referência mundial” pela Organização Mundial de Saúde.

Desde seu início, a busca por um tratamento voltado para o completo restabelecimento do paciente torna-se sua principal meta, prestando atendimento a pessoas de todos os lugares do Brasil e do Exterior, sendo reconhecido como centro de excelência dentro e fora do país.

Em 1980 o Centrinho tornou-se o primeiro hospital universitário do Estado a ser conveniado ao Inamps, dando continuidade à política de assistência especial e integral aos portadores de malformações faciais. Cinco anos mais tarde, outro convênio é firmado, desta vez, com a Fundação para o Estudo e Tratamento das Deformidades Crânio-Faciais – Funcraf – e, atualmente, a principal parceira do hospital.

Em 1998, uma nova denominação foi adotada para o Centrinho: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – HRAC/USP – devido à ampliação do seu campo de atividades. Esta denominação é oficial e permanece até hoje.

Até dezembro do ano de 2006 o Centrinho registrava 67.956 pacientes, sendo 45.084 com anomalias craniofaciais (incluindo fissuras de lábio e/ou palato) e 22.872 com deficiência auditiva.

O Centrinho, fundado há mais de 35 anos, adota uma filosofia diferente de outros hospitais. Sua equipe interdisciplinar procura tratar o paciente não apenas de uma maneira parcial, isto é, não trata apenas o aspecto fisiológico do paciente, restaurando exclusivamente a porção estrutural dos órgãos afetados no nascimento, mas sim, procura oferecer ao paciente um tratamento abrangente, objetivando sua integral reabilitação.

Uma de suas preocupações é relativa ao quadro de funcionários: todos devem estar engajados em seus trabalhos, acreditando na importância de oferecer a oportunidade de conviver com as diferenças e jamais ser discriminado por elas.

A dinâmica do hospital difere dos demais, mesmo dos que oferecem serviços na mesma especialidade. Seu diferencial consiste principalmente nas rotinas estabelecidas no período de internação. O tratamento não se restringe à forma convencional das especialidades. No Centrinho o paciente não “fica na cama”. Pelo contrário. A cama é apenas o lugar do descanso habitual. Durante sua estada, a monotonia é quebrada por atividades de entretenimento promovidas pelo Serviço de Educação e Recreação, auxiliando no processo de recuperação. O Hospital torna-se então um lugar também de diversão. Há um espaço reservado especialmente para que essas atividades ocorram. Um local dinâmico onde pacientes, pais ou responsáveis podem relaxar das tensões causadas pela exposição ao enfrentamento da nova situação. No Centrinho os pacientes

não perdem tempo. Uma vez que eles se encontrem internados, entre os intervalos de consultas, tratamentos e exames, participam de atividades como shows musicais, videokê, dança, pintura em tecido, crochê, confecção de bonecas, jogos, gincanas, leituras, brinquedoteca, dinâmicas de grupos, entre outras. Estão sempre sendo orientados por recreacionistas e pedagogas dividindo-os por faixas etárias. Não é difícil perceber que a recuperação cirúrgica ocorre de maneira mais rápida. O corpo de psicólogas auxilia, ainda, nesta fase, minimizando o sofrimento e os efeitos negativos advindos do ambiente hospitalar.

O Serviço de Recreação e Educação também supervisiona um projeto em parceria com a Universidade do Sagrado Coração (USC) chamado “Universitários do Sorriso”, que visa um atendimento móvel, levando atividades recreativas a pacientes acamados, mães de pacientes em tratamento e bebês.

Nessas mais de três décadas, o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais obteve vitórias e conquistas que beneficiaram, principalmente, seus pacientes. Esses esforços foram conseguidos graças às diversas parcerias estabelecidas ao longo de anos. São fundações e instituições que acreditaram em investir num tratamento que privilegiasse o ser humano.

Um desses exemplos de parceria é, sobretudo, a Faculdade de Odontologia de Bauru, criada em 17 de maio de 1962 e reconhecida nacionalmente. Além do seu Curso de Odontologia, também oferece o Curso de Fonoaudiologia, ambos de vital importância no que se refere a estágios e aperfeiçoamentos para o Centrinho. Os estudantes de ambos os cursos não só auxiliam nos objetivos do Hospital, como também buscam seu aperfeiçoamento profissional.

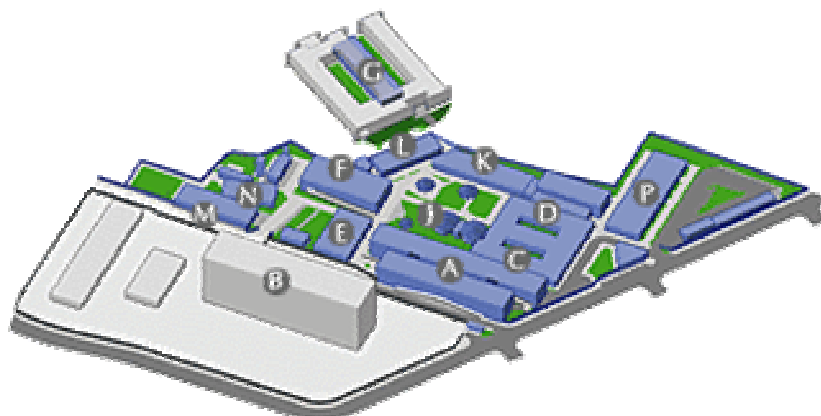
Seu caráter de tratamento corretivo, integral e humanizado é responsável pelo reconhecimento da comunidade científica internacional, conferindo ao hospital e a seus dirigentes, prêmios e certificados pela excelência de seus serviços.

3.1.1 – A Área Física e o Centrinho em Números

O Centrinho está localizado no campus de Bauru da Universidade de São Paulo, Vila Universitária, onde também funciona a Faculdade de Odontologia de Bauru.

Em seus 19.717 m² de área construída estão situados os diversos setores interdisciplinares que o compõem. Em seu total, incluindo as áreas verdes, o Centrinho ocupa 36.322 m². A figura 8 mostra o esquema do hospital:

Figura 8: esquema da área física do Centrinho – Bauru – SP.



Fonte: *site* do Hospital

Onde:

- A Ambulatório / Pós-operatório /
Fonoaudiologia / Fisioterapia
- B Prédio em Construção
- C Centro Cirúrgico
- D Internação
- E Recreação
- F Odontologia
- G Centro de Pesquisas Audiológicas - CPA
- J Superintendência / Secretaria Geral
- K Recursos Humanos
- L Lavanderia
- M Manutenção
- N Laboratório de Genética
- P Unidade de Ensino e Pesquisa - UEP

A capacidade de atendimento do Centrinho pode ser medida pelo balanço de atendimentos realizado no mês de dezembro de 2006 e que resultou em 727,7 cirurgias/mês, 52 implantes cocleares, 1.845 procedimentos laboratoriais de próteses odontológicas, 2.056 procedimentos laboratoriais de próteses ortodônticas, 165 implantes ósseointegrados dentários, 166 cirurgias ortognáticas, 292 enxertos ósseos alveolar, 291 tratamentos odontológicos sob anestesia geral, 2.022 Aparelhos de Amplificação Sonora Individuais (AASI) adaptados e 1.104 pacientes beneficiados com AASI.

A lista é grande e somente esses benefícios são suficientes para determinar o quanto o hospital pode oferecer aos pacientes portadores dessas deficiências.

3.2 – O Social no Centrinho

A Fundação para o Estudo e Tratamento das Deformidades Crânio-Faciais - FUNCRAF - é uma entidade sem fins lucrativos, com autonomia administrativa e financeira, que oferece o suporte essencial aos serviços do Centrinho. Devido ao contínuo e ininterrupto crescimento das atividades do Hospital, a atuação da FUNCRAF tem permitido o equilíbrio do atendimento, tanto no seu nível quantitativo como qualitativo, garantindo a continuidade do tratamento até o seu final, oferecido via Sistema Único de Saúde (SUS). Em sua gama de serviços, a FUNCRAF oferece meios, materiais e quadro de pessoal para o pleno desenvolvimento do trabalho oferecido pelo Centrinho, atuando nas áreas de saúde, assistência social, educação, formação de recursos humanos, assistência à comunidade, pesquisa e ciência e tecnologia.

Sua principal meta é proporcionar condições para que o atendimento prestado aos pacientes seja eficiente e ágil, estabelecendo meios para a captação e gerenciamento de recursos, que são repassados não só para a recuperação dos fissurados, mas também para a pesquisa e o desenvolvimento de programas científicos sobre anomalias craniofaciais e distúrbios da audição, geralmente afetada.

A FUNCRAF e o Centrinho vivem uma parceria de via dupla, ou seja, uma imprescindível da outra.

Merecem destaque ainda os trabalhos realizados pela FUNCRAF: a implantação de núcleos estaduais e regionais em convênio com o Ministério da Saúde, conhecido como Programa de Descentralização; a implantação do Sistema Integrado de Pesquisas das Malformações Crânio-Faciais (Simcraf) do Ministério da Saúde, segundo Portaria Ministerial MPAS nº 3.990, de 29/04/1987 e o projeto de Saúde Auditiva “Inovações do Ensino Básico – IEB”, um dos programas mais importantes na área auditiva desenvolvido pelo Centrinho, em parceria com a secretaria do Estado da Saúde, no ano de 1998, com apoio financeiro e operacional da FUNCRAF e financiamento do Banco Mundial. O projeto foi estruturado para atender os municípios de Santo André, considerado de grande porte, e outros oito de médio, pequeno e micro portes, da região do Vale do Ribeira, conhecida por ser a área menos favorecida do estado de São Paulo, levando atendimento à população sem acesso a essas benfeitorias.

Ainda dentro do Projeto de Saúde Auditiva, *trailers* percorreram diversas escolas das regiões citadas, inclusive as localizadas na zona rural, onde a assistência está ainda mais comprometida, com uma equipe de profissionais devidamente preparada para avaliar e fazer uma triagem audiológica. Foram cadastradas 19.637 crianças entre ingressantes da pré-escola e 1ª série, e desse total, 80% passaram pela triagem revelando que 20% apresentavam algum tipo de alteração auditiva.

O aspecto da pesquisa mostrou uma descoberta significativa, pois muitas das crianças não foram atendidas por não freqüentarem a escola. As razões encontradas foram devidas as crianças morarem em lugares afastados, serem de famílias humildes e, uma triste situação: não freqüentam a escola devido justamente ao problema auditivo.

Permanece a preocupação de se manter a continuação de tratamentos desse tipo de atendimento, no sentido de prevenir e corrigir os diferentes tipos de deficiência auditiva.

Outra atividade desenvolvida pelo Centrinho chama-se Extramuros. Ela nasceu em 1990 e foi elaborada por uma equipe da FOB e do Centrinho, para prestar assistência odontológica às entidades de Bauru, sendo assumida pela FUNCRAF em 1992.

Seu principal objetivo é viabilizar o atendimento gratuito a comunidades externas carentes, auxiliado pelos alunos de especialização na área de odontologia em saúde coletiva da FOB. Seus alvos são as cáries em idosos abandonados, adolescentes com deficiência psico-motora e algumas síndromes e, sobretudo, em crianças.

O Brasil é um país onde 20% da população, ou seja, mais de 30 milhões de pessoas nunca fizeram uma visita ao dentista, resultando, segundo a OMS, em estarmos entre os 30 países com mais alto CPO-D (Cariados, Perdidos e Obturados por unidade de Dente) aos 12 anos. E, ainda, 50% dos brasileiros com mais de 40 anos não possuem metade do número de dentes.

O resultado dessa iniciativa já beneficiou mais de 20 mil pessoas, levando atendimento corretivo e preventivo à população.

E, por último, a FUNCRAF mantém um Programa de Assistência a funcionários aposentados, voltado àqueles que se dedicaram aos serviços de saúde e que por normas da USP e limitações da própria lei, não têm direito à assistência médica por meio de convênios específicos. A FUNCRAF mantém um convênio com a Unimed para que possa assegurar assistência aos aposentados do Centrinho.

Ainda no âmbito de melhorar o atendimento aos pacientes foi criada, em 1º de setembro de 1975, por um grupo de profissionais do Centrinho, a Sociedade de

Promoção Social do Fissurado Lábio-Palatal – PROFIS –, uma entidade de direito privado, com fins filantrópicos, com a finalidade de prestar assistência aos pacientes e seus familiares. Ela não tem vínculo com o Hospital e uma das maneiras de se manter é com o auxílio dos próprios pacientes, que podendo, contribuem mensalmente. Mesmo os que não contribuem podem se utilizar das dependências e facilidades oferecidas pela entidade.

Outras formas de se manter vêm de uma parceria com a FUNCRAF, de captar recursos junto a sócios-funcionários e sócios-pacientes e de oferecer cursos de especialização, como os de diagnóstico e planejamento e especialização em ortodontia.

Entre os serviços que a PROFIS oferece estão a assistência social e nutricional, sala de descanso e berçário com café da manhã, higienização pessoal e guarda-volumes 24 horas por dia, facilitando a estada do paciente e de seus familiares em Bauru - uma cidade que pode não ser de fácil assimilação para quem não reside na região, por se apresentar relativamente quente no verão e fria no inverno.

Para os pacientes e acompanhantes que se declarem comprovadamente carentes, a PROFIS oferece, sem ônus algum, alimentação, alojamento e mesmo medicamentos durante o período do tratamento. Auxilia no transporte, seja ele de que natureza for, hotéis e pensões. Motoristas de ambulâncias e de carros oficiais também contam com um alojamento para descanso.

No ano de 2002 a PROFIS recebeu o “VI Prêmio Bem Eficiente” concedido pela empresa de auditoria Kanitz & Associados, de São Paulo, ficando entre as 50 melhores entidades dessa categoria.

Outro setor de grande relevância para o Centrinho é o Serviço Social. Ele auxilia no apoio e organização dos projetos comunitários, e um dos exemplos é dado no atendimento das seções de ambulatório e internação dos pacientes. É primordial viabilizar o acesso ao tratamento e sua continuidade. O Serviço Social procura evitar faltas e desligamentos dos pacientes, não permitindo que motivos, por vezes de fácil resolução, impeçam a ida dos pacientes ao Hospital. Sendo assim, o processo de inclusão social daqueles que dele participam ou dependem, direta ou indiretamente, é mantido ao longo do tratamento até seu restabelecimento final.

3.3 – As Parcerias

Uma das grandes realizações da administração do Centrinho foi perceber a importância de se fazer parcerias, buscando a continuidade dos projetos desenvolvidos. Assim, na década de 70, foi fundada a Caixa Beneficente do Funcionário - CABESF -, um órgão para auxiliar nas áreas de assistência social e jurídica os funcionários que trabalham no *campus*-USP, formado pela Faculdade de Odontologia, Prefeitura da USP e o Centrinho em Bauru. Seu objetivo é captar recursos e oferecer aos associados serviços como empréstimos financeiros e programas que os atendam diretamente em suas necessidades emergenciais, além de procurar condições acessíveis para que, por meio dos seus convênios, possam ter atendimento de saúde, educação, cultura e lazer de qualidades.

Embora não seja uma entidade de grandes proporções, procura sempre contribuir para a melhoria de vida de seus associados.

Outra parceria é o Programa de Descentralização dos serviços prestados pelo Centrinho, também inserido na proposta de se atingir o máximo possível sua área de atuação. Auxiliado pela FUNCRAF, os resultados obtidos até o momento são excelentes.

Seu principal objetivo é levar assistência aos portadores de anomalias craniofaciais nos mesmos moldes e padrões de qualidade daquele encontrado no Hospital em Bauru. Os atendimentos fora do domicílio são realizados em órgãos ou instituições que apresentem características semelhantes às do Centrinho. Embora existam dificuldades a FUNCRAF tem tentado, e conseguido, manter alguns centros próprios nas cidades de Santo André e Itararé, no estado de São Paulo, e em Campo Grande, no estado do Mato Grosso do Sul.

Em 1991 foi criado o Núcleo Integrado de Reabilitação e Habitação – NIRH – para apoiar técnica, financeira e socialmente, com o apoio da FUNCRAF, os pacientes regularmente matriculados no Centrinho, em busca de uma capacitação profissional. Seus projetos expandem-se nas áreas educacional e profissionalizante, auxiliando-os no desenvolvimento das suas auto-estimas, tornando-os aceitos, compreendidos e respeitados.

Para facilitar a locomoção dos pacientes de outras cidades foi criado o projeto denominado Carona Amiga. Este projeto foi desenvolvido em parceria com prefeituras das cidades dos pacientes. Sua dinâmica dá-se de maneira que seja liberada uma condução municipal, procurando agrupar o maior número possível de pacientes que

tenham atendimento marcado para o mesmo dia. O Carona Amiga estende-se a mais de 500 municípios e tem um potencial de cobertura para mais de 10 mil pacientes.

Há também um programa de parceria firmado entre o Centrinho e mais de 3 mil prefeituras em todo o Brasil. Sua função é garantir o encaminhamento e amparo assistencial durante o tratamento, e seu principal objetivo, suprir as necessidades referentes a transporte, alimentação e outros recursos de apoio.

Um projeto chamado Agentes Multiplicadores é liderado pelos pais de pacientes, representando-os em suas cidades de origem. Contam com a capacitação fornecida pelos assistentes sociais do Hospital para atividades de apoio, divulgação, mobilização e organização, facilitando e viabilizando o tratamento de muitos que apresentam dificuldades em sua continuidade. Atualmente, quase 500 pais pertencem a esse projeto, auxiliando mais de 13 mil pacientes, formando um grupo de 60% do universo atendido pelo Centrinho.

A ação dos coordenadores em alguns municípios levou à criação de associações, que têm constituído uma das bases para o processo de descentralização, conhecidas como Associações de Apoio. Auxiliam prestando serviços, e principalmente articulam junto às diferentes esferas dos poderes públicos, a viabilização do tratamento integral dos pacientes. Atualmente estão cadastradas no Centrinho mais de 45 destas associações.

Um grande passo foi dado em relação a pais ou responsáveis que interrompem o tratamento do paciente antes de sua alta definitiva. Para evitar casos assim, o Centrinho e o Poder Judiciário, outra parceria de extrema importância, mantêm uma política de ações conjuntas em benefícios de pais e pacientes. O abandono do tratamento ocorre geralmente pelo excessivo número de faltas injustificadas à cirurgias primárias de lábio e palato, comprometendo o tratamento que, quanto mais cedo for realizado, melhores serão os resultados obtidos. Sendo assim, o respaldo judiciário dos promotores de justiça, pelos mecanismos legais, assegura o direito do paciente a ter acesso ao tratamento.

Para o sucesso dessa proposta o Centrinho mantém um acordo com os Ministérios Públicos dos estados da Bahia, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima, São Paulo e com a Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas.

Os Conselhos Municipais compreendem a participação do Serviço Social do Centrinho em conselhos municipais de Bauru, como os de assistência a crianças e adolescentes, à deficientes etc. Procura também incentivar associações de outras localidades a participarem.

Outro projeto criado foi o Tratamento Fora de Domicílio - TFD. Este benefício foi definido por meio de uma portaria do Governo Federal, editada em 24 de fevereiro de 1999. Ela concede ao usuário do Sistema Único de Saúde o direito de requisitar junto às prefeituras, ou secretarias estaduais de saúde, o auxílio financeiro para tratamentos de saúde. Neste, devem estar incluídos os gastos com transporte, de qualquer natureza, estadas e ajudas de custo para alimentação e tratamentos que necessitem deslocamentos superiores a 50 km. do local de origem do paciente, desde que sua cura seja parcial ou total.

É uma medida séria, também respaldada por lei. Caso algum impasse venha a ocorrer no tocante à liberação de verbas, é permitido ao paciente procurar o promotor de justiça no fórum local da sua comarca. Ele, por sua vez, deverá instaurar inquérito civil para apurar as responsabilidades.

Uma das mais belas medidas tomadas pelo Centrinho é cadastrar pessoas que se interessem em adotar crianças portadoras de fissuras labiopalatais. O Hospital colabora para normalizar a situação do paciente a ser adotado. Isto feito, continuará o tratamento no Centrinho com a sua nova família. Desde o início desta ação, há 16 anos, 18 crianças já foram adotadas.

3.4 – Os Intercâmbios

A busca pelo aprimoramento das funções exercidas pelo Centrinho é realizada também na área tecno-científica e são muitas as associações, as faculdades, os hospitais, institutos e prefeituras, além de outros engajados nessa busca. Fazem parte as associações dos Pais e Amigos dos Excepcionais de Araras, SP; a Científica para Tratamento dos Fissurados Lábio-Palatais e dos Portadores de Lesões da Mão da Região do Cariri - Profis/Cariri; a de Apoio ao Fissurado Lábio-Palatal de Maringá - AFIM; a dos Deficientes Auditivos - ADA; a Londrinense de Reabilitação e Promoção Social de Portadores de Lesões Lábio-Palatais - PROFIS/Londrina; a de Pais para Integração Escolar da Criança Especial - APIECE; a Petrolinense de Amparo à Maternidade e à Infância – APAMI; a de Promoção Social de Fissura Lábio-Palatal do

Vale do Paraíba - PROFIS do Vale; a Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP, de São José do Rio Preto; as Fundações Lusíada - Celus; a Municipal de Saúde de União da Vitória; Associação de Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais - ARLEP e o Regional Hospital de Caridade Nossa Senhora da Aparecida; a São Lucas Aracajú - SE; a Síndrome de Down; a da Universidade de Brasília - DF; a da Universidade Estadual de Londrina; a da Universidade Estadual de Maringá - FUEM - Secretaria da Ciência, Tecnologia e Desenvolvimento Econômico e Associação de Apoio ao Fissurado Lábio-Palatal de Maringá; a da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Dos Hospitais de Cirurgia Plástica – Imagem; Santo Antônio, por meio da Associação das Obras Sociais Irmã Dulce; Universitário Lauro Wanderley – UFPB e Materno Infante Juvenil de Pernambuco – IMIP. Do Instituto Materno Infante Juvenil de Pernambuco – IMIP. Do Lar Escola Rafael Maurício e das Prefeituras Municipais de Arujá, Bariri, Currais Novos, Dois Córregos, Dracena e Itapira.

Além destes, também é mantida parcerias internacionais com as universidades do Alabama, da Flórida e da Carolina do Norte, nos Estados Unidos, do País de Gales e de Manchester, na Inglaterra e de Gandra, em Portugal.

3.5 – A Cooperação Educacional

O Centrinho mantém vínculos com outras instituições de ensino para efetivar a cooperação educacional. Neste caso a parceria é dada entre o Hospital e a Universidade Estadual Paulista (UNESP) por meio do Colégio Técnico Prof. Isaac Portal Roldan.

Outros casos de intercâmbio técnico-científico são firmados entre as Associações Hospital de Bauru – Hospital de Base; de Pais e Mestres – CEADA/MS e Educacional Helen Keller. Com a Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto - FARME; com a Fundação para Reabilitação das Deformidades Crânio-Faciais - FUNDEF, através do Hospital Bruno Born; e com as Prefeituras dos Municípios de Pederneiras, Dourados, por meio da Secretaria de Saúde, Ilha Solteira, por meio do CERDIF - Centro de Reabilitação dos Distúrbios da Fala, de Itararé e de Santos, por meio de suas Secretarias de Saúde. Com a Universidade Metropolitana de Santos, por meio da Faculdade de Odontologia; Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre - RS; com as Fundações Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto - SP e Centro de Controle de Oncologia - FCECON - Manaus/AM e com o Hospital de Cirurgia Plástica - Imagem, São José do Rio Preto/SP.

3.6 – O Projeto Flórida

Um dos projetos mais promissores realizados pelo Centrinho vem de uma parceria com a Universidade da Flórida há mais de uma década. O trabalho conjunto consiste na avaliação e comparação de duas técnicas cirúrgicas diferentes aplicadas a pacientes portadores de fissura labiopalatal, cujo objetivo é identificar a mais adequada, apresentando melhor resultado para a reabilitação da fala e audição no pós-operatório. Sua meta estipula o atendimento a cerca de 750 pacientes. O projeto recebe recursos oriundos do Instituto Nacional de Saúde (NIH) dos Estados Unidos.

Ambos os procedimentos viabilizam o fechamento anatômico e funcional do palato (céu da boca) e o reposicionamento da musculatura, habilitando o paciente a adquirir a capacidade da fala fluente. E, também, são aplicados em crianças de 9 a 12 meses e de 15 a 18 meses. O resultado final, ainda sem data para acontecer, beneficiará portadores da anomalia em todo o mundo. Em cada instituição, ou seja, o Centrinho e a Universidade da Flórida, existe um coordenador desse projeto inovador.

3.7 - A Unidade de Ensino e Pesquisa - UEP.

O Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais realiza também atividades de pesquisa e ensino, contribuindo para a literatura científica tanto no Brasil quanto no Exterior. A página eletrônica do Hospital fornece todas as informações necessárias quanto a cursos, processos seletivos, inscrições etc.

Seu Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação visa formar profissionais altamente capacitados em princípios acadêmicos, difundindo assim os conhecimentos já adquiridos pela instituição na reabilitação de pacientes com fissuras orofaciais e anomalias relacionadas, com o intuito de gerar novos conhecimentos na área.

Essas ações geraram o livro “Fissuras Labiopalatinas: Uma Abordagem Interdisciplinar” publicado pelo programa.

Toda essa abordagem contribui para que pacientes, que apresentem as anomalias que o hospital trata, possam se beneficiar de uma maneira cada vez mais especializada e com melhores resultados.

Atualmente, o Conselho de Pós-Graduação oferece os cursos de Audiologia Clínica e Educacional, Dentística, Endodontia, Implantodontia, Motricidade Oral: Enfoque em Fissura Labiopalatina, Saúde Coletiva (Odontologia), Ortodontia, Prótese Dentária, Psicologia Clínica e Hospitalar, Radiologia Odontológica e Imaginologia e Serviço Social na área da Saúde e Reabilitação.

São cursos que duram de 12 a 24 meses, acompanhados pelo Programa de Treinamento Profissional, exigindo de 20 a 40 horas semanais de dedicação exclusiva.

Um curso de Residência Médica na área de Otorrinolaringologia na forma de especialização também é oferecido pelo Centrinho, é credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação e tem duração de 3 anos.

O Hospital busca aprimorar os profissionais graduados, oferecendo o curso de Reabilitação em Anomalias Congênitas nas áreas de Odontologia, Fisioterapia, Nutrição, Pedagogia, Enfermagem e Serviço Social. É estruturado na forma prática e teórica com duração de 1 ano, com uma carga semanal de 40 horas.

Para atender às demandas da informação técnico-científica na área de malformações craniofaciais está organizado, desde 1978, um acervo especializado. Transformando-se, em 1983, na Unidade de Ensino e Pesquisa (UEP), passou a facilitar e disseminar suas informações para a USP de Bauru e também para a comunidade externa.

Sua principal missão é oferecer suporte para o desenvolvimento das atividades de ensino e pesquisa na área de anomalias congênitas craniofaciais. Todos os dados referentes a essa unidade como livros, periódicos, teses e produção científica estão disponíveis de forma eletrônica de nome DEDALUS.

Entre suas publicações existe o Boletim Integração, um informativo trimestral destinado à produção científica com as recentes aquisições de materiais bibliográficos e, ainda, as publicações produzidas pelo Centrinho, reunindo apostilas de metodologia científica, boletins jornalísticos mensais e bimestrais, relatórios de atividades e revistas científicas.

3.8 – Os Pacientes

Os pacientes do Centrinho são tratados como clientes VIP's de uma agência de viagem ou de um hotel de alta categoria. São considerados o coração do Hospital, que só funciona se a ele comparecerem.

São artigos de luxo de uma loja de requinte. Seus direitos estão assegurados em cada prontuário. Nele constam um Termo de Concordância de Matrícula, um Termo de Concordância para Utilização dos Dados do paciente exclusivamente em pesquisas e um Termo de Responsabilidade de Internação. Todos buscando dar garantias aos pacientes da realização de um serviço bem executado.

O primeiro contato do paciente com o Hospital dá-se das maneiras habituais como telefonemas, cartas, e-mails ou diretamente. Nele, o paciente recebe orientações gerais sobre o atendimento do Hospital. Em seguida é feito o cadastramento, e o paciente deve aguardar uma convocação para comparecer ao Hospital para uma avaliação inicial e dependendo do caso e da disponibilidade do momento, iniciar seu tratamento. Pacientes portadores de fissura de lábio e/ou palato, que nunca foram tratados, são agendados de imediato. O atendimento das demais anomalias craniofaciais ocorre de acordo com a previsão de agendamento de cada área.

Todo paciente com prévias de internação deve realizar uma consulta médica em sua cidade de origem e um exame de fezes 15 dias antes da internação. Caso algo o impeça de se internar, uma nova data é marcada. Em caso negativo, basta levar o resultado do laboratório e algum documento do médico confirmando sua disponibilidade para a cirurgia. Os casos a seguir podem retardar a internação, pois o Hospital não permite que o paciente apresente: anemia, piolhos, sarnas, feridas, micoses, frieiras, crise de bronquites, garganta ou ouvidos infeccionados, gripes ou febres, broncopneumonias, vômitos ou diarreias, doenças infecto-contagiosas como sarampo, rubéola, caxumba, catapora, varicela e escarlatina. E caso o paciente tenha tido contato com alguém que apresente tais sintomas deve avisar o Serviço de Enfermagem – Saúde Pública. Assim como o paciente não é internado com qualquer um desses sintomas, também não recebe alta caso apresente os mesmos, ou outros, até que esteja totalmente recuperado. Ou seja, saúde perfeita antes e depois da cirurgia. A boa saúde de seus pais, evidentemente, também é essencial.

Ao ser internado o paciente deve trazer apenas escovas de dente, sabonetes, aparelhos de barbear, absorventes higiênicos, desodorante e roupas íntimas. As demais roupas são fornecidas pelo Hospital, uma espécie de uniforme, praticamente um modelo parecido às roupas comuns usadas fora do Hospital, porém práticas quanto à limpeza e higienização.

O Centrinho ainda sugere que se tragam roupas extras, no caso de aguardar uma vaga para internação, algum dinheiro para casos de imprevistos e, ainda, caso o paciente

tenha vínculos empregatícios em sua cidade de origem, que peça licença por alguns dias para a realização da cirurgia.

As visitas aos pacientes não diferem das dos hospitais de qualquer especialidade, porém, pais de pacientes podem passar o dia junto a eles, no período em que os mesmos se encontrarem nas áreas de recreação do Centrinho.

3.9 – As Atividades Médicas no Centrinho

Tanto o tratamento, como o atendimento aos portadores de anomalias craniofaciais, são complexos. Para isso, o Hospital, como qualquer outro deveria ser, possui uma equipe ampla de especialistas, além de uma estrutura hospitalar competente. Entre elas destacam-se o setor de anestesia, de importância fundamental para o sucesso das cirurgias realizadas ao longo do tratamento. As cirurgias são realizadas de acordo com procedimentos corretos, após minuciosos exames submetidos ao paciente.

Para as cirurgias craniofaciais o Hospital possui uma equipe especializada em tratar as malformações mais complexas. Sua equipe é formada por cirurgiões plásticos, neurocirurgiões e residentes da disciplina de Neurologia e Psicologia da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP). Todas as displasias, definidas como más-formações ou anomalias no desenvolvimento de um tecido ou órgão, resultante de problemas embriogénético, e sinostoses craniofaciais, que resultam em uma deformação do crânio, tornando-o longo e estreito, isoladas ou sindrômicas, são diagnosticadas. As interferências funcionais são avaliadas e, então, o tratamento é instituído. Os tratamentos e a divulgação de novas técnicas são as contribuições que a Unidade de Cirurgia Craniofacial oferece à comunidade científica nacional e internacional.

O setor de Cirurgia Plástica examina a malformação e sua extensão, elabora planos de correção cirúrgica do lábio, palato e nariz, com a intenção de atingir os objetivos fundamentais de correção estético-funcional.

Como qualquer hospital o setor de Clínica Geral cuida da saúde do paciente. Solicita exames, faz diagnósticos, dá orientações e pode, ainda, encaminhá-lo a outros especialistas.

Fundamental para a pesquisa que resulta das origens das anomalias o setor de Genética desenvolve programas, isoladamente ou em parcerias, com outros serviços e instituições, de caráter social, clínico, científico e educacional. Entre seus objetivos está o estudo etiológico, o estudo que cuida das causas das doenças, que visa o diagnóstico

genético-clínico, para posterior aconselhamento a pacientes e pais. Paralelo a esse trabalho a Genética Clínica há anos está formando um banco de síndromes, com o objetivo do estudo e da divulgação científica, contribuindo para a pesquisa em nível nacional e internacional. Esta seção também está presente nos programas de mestrado e doutorado do hospital, nas áreas de dismorfologia craniofacial e genética da audição e linguagem.

Os problemas oriundos das más-formações craniofaciais geralmente afetam os ouvidos. Ciente deste fato o Centrinho mantém o setor de Otorrinolaringologia, cuja função é fazer o acompanhamento e tratamento clínico das infecções do ouvido, garganta e nariz, bem como os problemas respiratórios nas fases pré e pós-operatórias. Também realiza cirurgias atuando junto a pacientes portadores de anomalias craniofaciais e de deficiência auditiva.

A Pediatria possui as funções dos especialistas dessa área, acompanhando o crescimento e o desenvolvimento da criança e principalmente preparando-a para as cirurgias.

No Centrinho estão alocados 6 leitos de Unidade de Terapia Intensiva - UTI - para receber adultos, crianças e bebês recém-nascidos com alguma malformação, de Bauru e região.

3.10 – Odontologia

Esta área do Centrinho tem a finalidade primordial de prestar atendimento odontológico em todas as especialidades necessárias para o tratamento completo do paciente com anomalias congênitas craniofaciais. Antes de qualquer cirurgia o paciente tem suas condições bucais verificadas. Numa segunda etapa, são orientados, junto aos pais, sobre o processo de crescimento e de orientação prévia sobre a ausência de dentes no local da fenda, além de problemas acarretados em virtude da fissura labiopalatina.

Nos casos em que a ortodontia não é suficiente para corrigir uma má oclusão são realizadas cirurgias buco maxilo faciais, preparatórias para próteses. São cirurgias em que ossos são reposicionados com a ajuda de fraturas e enxertos.

Auxiliando o tratamento ortodôntico prevenindo e tratando cáries e destinado a dar suporte às demais especialidades tratando canais estão os setores de Dentística e de Endodontia, respectivamente.

A Implantodontia visa reabilitar com alto grau de eficiência o edentulismo (falta de dentes) total ou parcial, por meio da fixação cirúrgica de implantes em forma de parafusos de titânio puro (implante ósseo integrado), nos rebordos alveolares (gengivas) edêntulos. Este procedimento permite a instalação de próteses especiais sobre os implantes, proporcionando eficiências mastigatórias e estéticas, superiores às próteses convencionais, sendo em muitos casos, particularmente nos fissurados, a única alternativa de tratamento.

O setor de Odontopediatria dá assistência aos pais da criança, como problemas que podem surgir ao longo do tempo e informando a média de duração do tratamento. É responsável pelo preparo da cavidade bucal dos pacientes que serão submetidos às cirurgias reparadoras do lábio ou palato, pela prevenção da cárie dentária com aplicação de flúor e pelo tratamento ortodôntico preventivo.

Praticamente todos os pacientes portadores de fissuras labiopalatinas apresentam alterações significativas em suas arcadas dentárias. Para isso o setor de Ortodontia foi criado, atuando de duas maneiras: prevenindo futuras complicações e corrigindo problemas já instalados. Diagnostica e trata anomalias dentárias e do maxilar, acompanhando o desenvolvimento até o terço médio da face, visando ao posicionamento correto dos dentes e segmentos ósseos da maxila, ao tratamento ortodôntico e à realização de cirurgias ortognáticas. É uma especialidade odontológica de grande importância na reabilitação dos pacientes portadores de anomalias congênitas.

O setor de Periodontia é conhecido como aquele que previne e trata das doenças das gengivas e periodontais (doenças do sistema e suporte dos dentes).

A falha dentária é comum para este segmento de pacientes, sendo corrigida pelo setor de Prótese. O paciente chega à prótese por volta dos 16 a 18 anos de idade. É a última etapa do tratamento e só pode ser realizada depois que o paciente passou por todo acompanhamento durante o tratamento. Muitas vezes a prótese pode precisar da ajuda de implantes para que o aparelho protético fique melhor adaptado.

A seção de Radiologia do Centinho é responsável pelo plano de proteção radiográfica e pela interpretação das radiografias odontológicas. Nenhum atendimento odontológico é feito sem antes o paciente se submeter a uma radiografia.

3.11 – Enfermagem

A diferença entre a enfermagem do Centrinho e a de outros hospitais é que nele o trabalho está voltado para uma trinca fundamental: prevenção, recuperação e reabilitação. A seção Enfermagem é dividida por diversos setores. No Ambulatório há dois serviços sendo executados: o ambulatorial, propriamente dito, e o de saúde pública. Ambos dão orientações gerais e assistência aos pacientes, tanto aos casos novos, como aqueles que já mantêm a rotina de tratamento. Oferecem ainda orientações de técnicas de alimentação, incluindo a conscientização da importância do aleitamento materno, sua posição ideal, assim como a da mamadeira, higienização da região fissurada, tanto no pré como no pós-operatório da criança, durante sua vida comum e condições clínicas e laboratoriais para a cirurgia.

A enfermagem do Centro Cirúrgico proporciona assistência dentro de várias premissas, tais como a holística, cuja filosofia é tudo abranger, a individualizada, a participativa, a documentada, a continuada e a avaliada, por meio da análise pré-operatória, da intervenção trans-operatória e da continuidade do atendimento na recuperação anestésica, ou seja, os profissionais auxiliam o paciente e seus familiares a compreenderem o problema em questão e a se prepararem para o tratamento anestésico-cirúrgico proposto. Uma enfermeira realiza uma visita que antecede a operação orientando o paciente a esclarecer dúvidas e inseguranças.

Existe ainda uma Central de Material e Esterilização que processa os artigos médico-hospitalares, desde a limpeza - passando pela seleção, funcionalidade e acondicionamento em embalagens adequadas - até a distribuição desses artigos a todas as unidades consumidoras, assegurando a quantidade e a qualidade necessárias para a realização dos procedimentos assistenciais do plano terapêutico. Pela sua complexidade é exigida qualificação de toda a equipe de trabalho. Periodicamente são realizados treinamentos sobre noções teórico-práticas de microbiologia e epidemiologia das infecções; definições entre artigos sujos, limpos, contaminados, procedimentos de desinfecção e esterilização, aspectos técnicos sobre os produtos químicos utilizados, embalagens e armazenamentos adequados, manutenção dos artigos esterilizados, uso e critérios de testes para validação da esterilização; medidas de segurança e riscos relacionados à exposição a agentes químicos e biológicos. Este treinamento tem como objetivo trazer os benefícios para a qualidade do produto final; a racionalização do tempo de execução dos serviços; a economia dos produtos e a capacitação na operação dos aparelhos, diminuindo as falhas de esterilização e dos danos nos equipamentos.

As enfermeiras, auxiliares e técnicos oferecem aos pacientes orientações que vão desde condições clínicas e laboratoriais para cirurgias até técnicas para amamentação de bebês com fissura de lábio ou palato, passando pelos cuidados de higienização da criança e planejamento de casos novos (casos que pela primeira vez comparecem ao hospital) integrando-se à equipe multidisciplinar.

Fundado em 1987, o Serviço de Enfermagem em Anestesiologia tem um papel importante no preparo da anestesia, na indução, na manutenção e na entubação. Esta última, quando trabalhosa, necessita uma enfermeira para ajudar, participar do ato e proporcionar uma melhor qualidade da assistência prestada ao paciente e à equipe. Tanto o local onde se dá a recuperação anestésica quanto a Central de Material e Esterilização são anexos ao Centro Cirúrgico.

Por último, a atuação do Serviço de Enfermagem na internação que se estende desde ao pós-operatório, berçário, Unidade de Apoio (UA) até à Unidade de Intensiva de Tratamento (UTI). No período pós-operatório os pacientes recebem todos os cuidados que necessitam, bem como os pacientes do berçário, quanto a curativos, higienização e outros.

3.12 - Fonoaudiologia

Praticamente todos os pacientes que possuem fissuras de palato apresentam a voz anasalada. Para corrigir essa falha o Centrinho conta com uma equipe especializada de fonoaudiólogas que avaliam e auxiliam no tratamento dos distúrbios fonoarticulatórios, visando uma adequada comunicação oral e escrita dos pacientes.

Esta equipe desenvolve ainda pesquisas, projetos e programas em parceria com outros setores do Hospital. O exemplo mais marcante se dá junto ao Laboratório de Prótese de Palato, em que são envolvidos profissionais da área de odontologia.

O Laboratório de Prótese de Palato nasceu e se consolidou dentro do tratamento interdisciplinar oferecido aos pacientes, que por alguma razão, não podiam ou não queriam ser submetidos à cirurgia de correção do palato.

Uma prótese de palato consiste num aparelho ortodôntico removível que possui uma extensão fixa em direção à rinofaringe (garganta) - o bulbo - cuja função é atuar dinâmica e funcionalmente em interação com a musculatura da faringe, e no controle do fluxo de ar oro-nasal.

3.13 – Serviço Complementar de Diagnóstico e Tratamento

Além de todos os serviços específicos que assistem aos pacientes, existem os profissionais dos serviços complementares de diagnóstico e tratamento. São eles: farmacêuticos, biólogos, fisiologistas e outros profissionais que atuam no laboratório de patologia clínica.

O Centrinho conta com uma Farmácia Hospitalar cuja função é distribuir medicamentos, listando os mais utilizados anualmente, tendo como base o consumo no ano anterior. São previamente avaliados pela Comissão de Padronização de Medicamentos, formada por profissionais do Hospital. Como toda farmácia idônea segue os princípios básicos de medicalização do indivíduo.

Há também o Laboratório de Análises Clínicas que realiza todos os exames solicitados aos pacientes perfazendo mais de 100 diferentes tipos como hematológicos, bioquímicos, microbiológicos, imunológicos, parasitológicos, citológicos, micológicos e urinálise, entre outros. Também oferece suporte técnico a pesquisadores do Hospital e de outras instituições conveniadas.

O Laboratório de Citogenética realiza exames de cariótipo, isto é, o exame em que é analisado o conjunto de cromossomos de um indivíduo, em pacientes do Centrinho portadores de anomalias associadas à fissura labiopalatal e também em pais de pacientes com anomalias cromossômicas quando encaminhados pela Seção de Genética Clínica. O Laboratório de Fisiologia Clínica realiza atividades de natureza multidisciplinar tendo como finalidade o desenvolvimento de pesquisas aplicadas, a formação de recursos humanos, por meio do ensino e da iniciação científica e a prestação de serviços. Oferece apoio à área clínica no diagnóstico das disfunções que acompanham anomalias craniofaciais e o Laboratório de Imunogenética pesquisa a compatibilização dos transplantes entre doador e receptor por meio de técnicas de biologia molecular evitando assim o seu maior problema: a rejeição. Ela ocorre quando um grupo de proteínas identifica o órgão transplantado como um corpo estranho e aciona o sistema de defesa do organismo. Um dos objetivos deste setor é encontrar o doador ideal. Outro trabalho é a realização de testes de paternidade, pois por várias razões há a necessidade de se identificar o pai biológico da criança. Também realiza todos os testes de grupos sanguíneos e de tipagem com uma confiabilidade que ultrapassa os 99%.

3.14 – Fisioterapia

Muitas cirurgias poderiam soar fracassadas se não fosse o trabalho dos profissionais de fisioterapia, que auxiliam o diagnóstico e o tratamento de problemas neuromotores (ligados ou não à malformação) e à orientação de técnicas de massagens labiais pós-operatórias e exercícios respiratórios.

3.15 – Nutrição

Os profissionais dessa área, juntos com outras especialidades, disponibilizam métodos preventivos e curativos aos pacientes. Bem como deve ser feita a alimentação no pós-operatório. Um dos fatores observados pelos profissionais dessa área leva em conta o nível socioeconômico do paciente.

3.16- Psicologia

Problemas psicológicos oriundos de malformações craniofaciais não são difíceis de ocorrer. Este setor auxilia tratando ansiedades, expectativas e depressões diante dos traumas provocados pela deficiência física e do desgaste implicado no tratamento. Assim sendo, o paciente terá um comportamento consciente e um tratamento tranquilo e eficiente.

3.17 – Uma Visão Pessoal

3.17.1 – Como paciente

No extinto programa da Rede Bandeirantes de Televisão chamado “Fino Trato”, apresentado pelo jornalista Amaury Júnior, em 9 de abril de 2001, ele entrevistava a atriz e comedianta Dercy Gonçalves, famosa por seus comentários maliciosos, a respeito do lançamento de um livro sobre a memória do teatro brasileiro. Na ocasião, ele perguntou à atriz se em alguma vez em sua vida ela havia vivido algum momento de democracia neste país. Ela então respondeu que sim: quando foi internada com tuberculose e no hospital não havia pretos, pobres ou gordos. Naquele lugar todos eram iguais.

Ser paciente do Centrinho é ser igual a todos. Meu tratamento durou aproximadamente 22 anos e frequentando as suas dependências, pude perceber sua dinâmica. Foram seis cirurgias, sendo três no palato, duas no lábio e uma na gengiva superior. Com exceção da faringoplastia, uma cirurgia extremamente dolorida, todas as outras puderam ser suportadas. Incluo nesse longo período de tratamento dois aparelhos ortodônticos. O primeiro, móvel, não existe mais a lembrança do tempo de uso. O segundo, fixo, foram necessários seis anos. E, ainda, anos de fonoaudiologia, numa constante e resignada terapia diária de exercícios.

Passei por quase todos os setores do hospital, pude constatar sua eficiência e posso confirmar sua excelência no atendimento a portadores dessa anomalia.

O Centrinho é um hospital diferente. Meu relato quanto à sua estrutura a alguém que não o conheça, faz com que risos surjam em sua faces. E essa atitude não me surpreende: como alguém pode estar internado em um hospital e aprender a nadar em sua piscina? Ou, ainda, aprender as horas, ir para a escola, pintar, fazer teatro? Não passar o dia na cama? Num país onde até o atendimento básico para a população em um hospital público é dificultado pela atual situação da má administração da saúde, qualquer história sobre o Centrinho pode soar presunçosa e recoberta de soberba.

Um portador de anomalia craniofacial somente não se reabilita se não desejar, pois o Centrinho assegura um tratamento de extrema qualidade a todos que lá comparecem, estando desvinculado de qualquer interferência que possa negar o auxílio.

O tratamento é igualitário a todos os pacientes, independente de qualquer condição como raça, credo, ou estrato social que possam assumir.

3.17.2 – Da gestão do hospital

Pode-se dizer que o Centrinho está entre os casos do “Brasil que dá certo”. E não está só: o Hospital Sarah Kubistcheck, em Brasília, descrito em *Sábados Azuis* de Márcio Moreira Alves (2000) também mantém um excelente padrão de atendimento, frustrando as expectativas pessimistas de que hospital público não funciona.

A rede Sarah foi fundada em 1960, junto à fundação de Brasília. É formada por hospitais nas cidades do Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Salvador, Fortaleza e São Luís, além, é claro, de uma unidade em Brasília. É hoje uma fundação independente e todo o tratamento é gratuito, além de ser o único centro de referência de sua especialidade na América Latina.

Seu modelo de gestão já apresentou interesse internacional, como mostra a edição do Jornal “O Globo” de 2 de junho de 2003, que traz em seu caderno “O País” uma matéria em que técnicos e médicos dinamarqueses desejam copiar o modelo da mais importante rede de hospitais especializados em aparelho locomotor e pesquisas neurológicas do país, com o mesmo padrão em Copenhague, e não em partes: desde a estrutura de tratamento até a maneira como é dirigido, baseado no rigoroso controle de qualidade dos serviços que vão desde o extremo cuidado com o tapete de entrada até as pesquisas mais avançadas. Até mesmo a concepção arquitetônica, que facilita os deslocamentos, será contemplada, pois o Sarah foi construído para privilegiar os pacientes. Áreas verdes estarão presentes, evitando o ambiente claustrofóbico típico, comumente encontrado na maioria dos hospitais.

O que mais impressiona no seu funcionamento são seus custos: “o custo operacional dos nossos hospitais é menor que o preço dos demais” (Márcio Moreira Alves, 2000) e muitos procedimentos custam menos ainda que o calculado nas tabelas do Sistema Único de Saúde – SUS – deixando perplexos os hospitais privados, que pelos valores apresentados pelo Sarah não conseguiriam evitar a falência.

O Sarah apresenta os mesmos moldes de trabalho do Centrinho: os funcionários sabem o que fazem e por que o fazem. Passam por treinamentos e reciclagens, evitando o engessamento de suas funções, burocratizando-as.

O que faz com que os profissionais do Centrinho abracem a causa, talvez esteja muito além dos conhecidos “currículo-experiência-ínglês”, tão comuns a geradores de emprego no processo de seleção. A dedicação dos funcionários talvez seja um item de inclusão em seu quadro. Ou pode ainda ser similar ao que TENDLER (1998) descreve em *Bom Governo nos Trópicos – Uma Visão Crítica* no Ceará: funcionários inscritos para seleção dos projetos de saúde e que não são contratados, passam a ser controladores dos contratados, e qualquer deslize dos eleitos aos cargos faz com que suas demissões sejam incondicionais.

Uma outra característica é a prática das parcerias, fundamental para se promover a qualidade dos serviços. O Centrinho também se utiliza dessa característica e busca a excelência, como o prefeito de Moema, no Alto do São Francisco, que não podendo atender aos pacientes de sua cidade devido à falta de equipamentos, busca formar um consórcio com as cidades vizinhas da região (ALVES, 2000).

Sobretudo, o grande mérito da gestão do Centrinho recai sobre a pessoa do Professor Doutor José Alberto de Souza Freitas, conhecido por todos como Tio Gastão,

o líder nato, que fez do Hospital a extensão da sua vida. Vi-o várias vezes visitar os internos, mesmo durante um domingo. Sua figura é central e aglutinadora do que o Centrinho significa. O Centrinho representa para o Tio Gastão, o que o Instituto do Coração (INCOR) em São Paulo representou para o Professor Euríclides de Jesus Zerbini. A carreira profissional desses dois gestores deve-se ao fato de que “a sua existência parece ter sido ocasionada pelo sonho e pela determinação de alguém, que soube gerar e aproveitar oportunidades, aglutinar pessoas de talento ao seu redor e assim exercer o poder de influenciar e persuadir a partir de um propósito muito determinado” (A Idealização do INCOR *versus* a Liderança do Dr. Zerbini: uma Análise sob a Ótica da Política, da Cultura e do Exercício de Poder do Fundador, 2007).

Foram e são pessoas que entenderam que “gestão é uma prática social, dependendo das pessoas, da sociedade, da economia, da cultura, das possibilidades tecnológicas e de outras tantas dimensões da vida” e que, “na verdade, modelos de gestão de sucesso não são aqueles que apenas atendem uma necessidade dada, em um momento específico da vida da organização; eles também devem propiciar à organização que evolua na direção correta” (CAULLIRAUX, YUKI, 2004). As evidências estão comprovadas. Pessoas que souberam que o paciente “não é o mero usuário dos serviços prestados pela administração pública, mas, acima disso, o proprietário da coisa pública” (CAULLIRAUX, YUKI, 2004). Essas asserções são corroboradas por MOTA *et al.* (2006) em “não existe um modelo único de gestão que sirva para qualquer época ou que possa ser aplicado indistintamente em qualquer país”. Vou além e acrescento: em qualquer instituição. Os doutores Freitas e Zerbini possivelmente tinham seus modelos próprios. MOTA *et al.* (2006) sugerem ainda que “a gestão pública implica, portanto, na capacidade de agregar aos métodos e aos instrumentos de gestão uma visão de mundo comprometida com a causa social que redefina prioridades, valores e compromissos”. Indiscutivelmente todos esses argumentos foram largamente utilizados por esses dois gestores e vão contra ACKOFF (1988) em sua teoria de que “... como qualquer sistema, se cada parte separadamente é tratada tão bem quanto possível, o conjunto *não* o é”. Em ambas as gestões, partes e todo foram tratados de forma a manter a organização num caminho progressivo. Seus resultados demonstram a veracidade da proposta de ambos.

A definição de ACKOFF (1998), por outro lado, de chefias de organizações, está sob medida para cada um dos administradores desses hospitais: “um bom executivo é um líder, não um comandante, a não ser em situações de emergência. Acima de tudo,

um líder eficiente deve ter o *respeito* dos seus subordinados e deve respeitá-los. A lealdade não substitui o respeito, mas se um líder é considerado um *amigo* pelos seus subordinados e, em troca, considera-os amigos, consegue as duas coisas”.

Talvez os doutores Freitas e Zerbini, para construírem seus ideais, tenham se inspirado nas palavras de Ambrose Bierce *Apud* ACKOFF (1988): “há sempre um número infinito de motivos para não se fazer alguma coisa, mas somente um para fazê-la: estar *certo*. É difícil, porém, provar isto para alguém que prefere não fazer nada”.

3.17.3 – Uma interpretação do atendimento no hospital à luz de Martin Buber

Embora o Centrinho seja um hospital de excelência, nem tudo são flores. Pelo menos em dois aspectos. O primeiro dele diz respeito aos horários de atendimento. Na maioria das vezes, as consultas sempre eram realizadas com atrasos. Esta situação perdurou durante todo meu tratamento. E não acredito que fosse por falta de funcionários, pois todos os atendimentos dos pacientes eram/são previamente agendados. Porém, sempre houve por parte dos pacientes, pais e responsáveis certa resignação e concordância (na maioria das vezes) com esta ação. O fato é que para a maioria dos pacientes, a cidade de Bauru não estava próxima de seus lares e o dia estaria sendo utilizado na íntegra para as consultas. Apenas quando os atrasos poderiam prejudicar a volta às cidades de origem era solicitado um pedido para que o atendimento fosse agilizado. Mas também, por um lado, pelo humanitarismo exercido pelos profissionais, os atrasos não constituíam problemas maiores, nem maculavam a imagem do hospital ou dos profissionais.

O outro aspecto está relacionado à interpretação do atendimento na recepção com os pensamentos de Martin Buber.

Martin Buber, em suas publicações filosóficas, sempre deu ênfase a sua opinião de que não há existência sem comunicação e diálogo. Isso era imediatamente sentido na relação do paciente quando chegava ao hospital: a relação dava-se direta, sem interlocutores, ainda que motivada pelo ente paciente, buscando-se “uma época de diálogos genuínos, de certeza para certeza e também de uma pessoa receptiva para outra pessoa receptiva. Somente então aparecerá a comunidade autêntica” (BUBER, 1982). Assim, a relação inter-humana era plena de satisfação e atingia seu gozo quando se sabia que “importante é que para cada um dos dois homens, o outro aconteça com este outro determinado; que cada um dos dois torne consciente do outro de tal forma que

precisamente por isso, assumo para com ele, um comportamento que não o considere e não o trate como objeto, mas como seu parceiro num acontecimento de vida” (BUBER, 2007 *Apud* ZUBEN, 2007).

É importante ressaltar o que deve ser entendido como “conhecer o outro”. Podem existir diversas metodologias para se estabelecer um padrão, cada uma envolvendo diferentes aspectos de controle. Conhecer o outro, definitivamente, não pode ser medido por uma variável quantitativa, uma vez que subjetiva. Portanto, tornando-se subjetiva, seus limites não são passíveis de serem contornados. Afinal, a intensidade do “conhecer o outro” não pode ser medida, por exemplo, pela função tempo.

Quando saliento que na recepção havia uma relação Eu-Tu, transformada mais tarde em uma relação Eu-Isso, tomo o cuidado para salientar que é uma interpretação e não uma constatação fortemente apoiada pela teoria de Martin Buber.

Na recepção, no início do meu tratamento, havia uma interação muito maior entre mim e os recepcionistas, muito diferente do que encontrei quando das últimas vezes que estive no hospital. E, o fato de estar ali, à mercê da chamada para atendimento, suscitava muitas possibilidades de um conhecimento que ia além do meu nome, pois o envolvimento leva as pessoas a se enredar nos fatos e atuar cegamente sob influências das tensões emocionais (NORBERT, 1998), a partir de uma corrente de conhecimento preexistente, específica de um grupo. Partindo da minha visão de paciente, conhecer o outro significava conhecer o mundo que se apresentava à minha frente e, indubitavelmente, a recepção era a ponte aliviadora. Ali havia “um elemento que parece pertencer indissolúvelmente à constituição mínima do dialógico, de acordo com seu próprio sentido: a reciprocidade da ação interior. Dois homens que estão dialogicamente ligados devem estar obviamente voltados um-para-o-outro; devem, portanto, - e não importa com que medida de atividade ou mesmo consciência de atividade – ter se voltado um-para-o-outro” (BUBER, 1982).

Pode-se atribuir uma consistência teórica e científica à subjetividade e a intuição e encontro em Buber suas “indagações para o diálogo, considerado por ele como a categoria existencial por excelência, propondo a compreensão da realidade humana através do prisma do dialógico, ou seja, do vínculo entre a experiência vivida (ação) e a reflexão (pensamento). Suas reflexões partem, portanto, das experiências vividas, que adquirem assim um alcance político, pois o diálogo é a base da formação das

comunidades humanas” (BORIS, 1987). E sempre existiu, por parte dos pacientes, a vontade de se criar uma comunidade humana naquele universo, tentando desvinculá-la dos aspectos técnicos-científicos que por hora se apresentavam. Torná-la dinâmica e desenvolvida porque uma “comunidade em evolução (que é a única que conhecemos até agora) é o estar não-mais-um-ao-lado-do-outro, mas estar um-com-o-outro, de uma multidão de pessoas que, embora movimentem-se juntas em direção a um objetivo, experienciem em todo lugar um dirigir-se-um-ao-outro, um face-a-face dinâmico, do fluir do Eu para o Tu; a comunidade existe onde a comunidade acontece” (BUBER, 1982). Pode se dizer, com razoável segurança, que o Centrinho adquiriu, na definição de Buber, os aspectos para se legitimar uma comunidade em pelo menos três momentos de seu livro *Sobre Comunidade* (1987): a) “uma grande associação de homens pode-se considerar um organismo e ser denominada sistema comunitário somente e quando for construída com aquelas células vivas e formadas com a imediaticidade da vida em comum. Se elas morrem, a associação se mecanizará em Estado, sucedâneo da comunidade, que se mantém pela força; b) a legítima união de sistemas comunitários deve ser chamada humanidade e; c) sem dúvida não podemos voltar a uma etapa anterior à sociedade mecanizada, mas podemos ir além dela para uma nova organicidade”.

Portanto, afirmar-se que o diálogo dava-se à recepção pois ali as “experiências vividas” estavam ligadas à tentativa de plenitude do conhecimento do outro sem o viés de um olhar de cunho curativo. BORIS prossegue afirmando que “na atitude Eu-Tu, o homem integra-se completamente com o mundo, numa totalidade caracterizada pelo envolvimento, pela integração dos opostos, desaparecendo as peculiaridades e condições individuais” e assim dava-se o encontro na recepção: envolvimento das partes representadas ali pelo paciente e recepcionista, sua integração de opostos, visto as diferenças culturais e geográficas de cada um, as peculiaridades e condições individuais sobrepondo-se à anomalia como forma de sobreposição ao motivo pelo qual ali se encontravam. Afinal, “o diálogo não funciona, pois, como uma síntese da relação senão como seu desdobramento próprio” (BISCALCHIN, 1994).

Para Buber, as relações pessoais existem quando há uma troca de intenções sem que existam interesses que não o do conhecimento do outro. A essas relações chamou de Eu-Tu, sendo essa a relação dada quando do encontro, a de uma existência autêntica, que só se expressa através do diálogo, e a Eu-Isso, onde o outro não se dá necessariamente entre dois seres parecidos, mas podendo ser a ação que ocorre entre um

Eu e um Objeto. Ou como em BARTHOLO (2004): “Buber diferencia duas atitudes fundamentais do homem diante do mundo, traduzíveis pelas duas *Grundworte* (palavras-fundantes): Eu-Tu e Eu-Isso, cada uma expressando um modo de existir. O par Eu-Tu manifesta o encontro de parceiros na reciprocidade e na mútua confirmação, e o par Eu-Isso, a objetivização, a requisição utilitária. Cada dualidade é uma totalidade em que os “eus” não são idênticos, mas expressam diferentes possibilidades existenciais: a relação ontológica Eu-Tu e a experiência objetivamente Eu-Isso”.

Uma significativa interpretação dessa reflexão é dada:

“A relação Eu-Tu, reflete a atitude do encontro com o outro, expressão do significado mais profundo da existência humana, que se revela no engajamento, na solidariedade com o mundo; reflete o comprometimento, a objetividade; reflete a atividade do saber, do experimentar, do utilizar.

Afirmar como especificidade humana a relação Eu-Tu, não significa negar a importância do relacionamento Eu-Isso, cujo significado no campo do conhecimento objetivo, no trato com o mundo, é inegável. É uma atitude sem a qual o homem não pode viver, mas que se torna nociva quando se converte na forma preponderante de expressão humana, e engloba a totalidade da verdade, impossibilitando o emergir de respostas nos níveis mais profundos que só podem surgir dos encontros Eu-Tu” (SANTIAGO, RÖHR, 2007).

Ainda, a relação Eu-Tu pode ser caracterizada com define BORIS *apud* ZUBEN in: FORGHIERI (1984) como a) reciprocidade: trata-se de uma dupla ação mútua entre os parceiros da relação. Cada pessoa-sujeito pressupõe a existência da outra, pois a ausência de uma delas põe fim à inter-relação, à reciprocidade. É nas relações humanas que a reciprocidade atinge o máximo de intensidade; b) presença: o momento da reciprocidade. É esta presença que garante a alteridade, a diferença entre o Eu e o Tu, o que propicia o surgimento de um Nós, uma totalidade de pessoas independentes, que se escolhem entre si; c) imediatez: a relação Eu-Tu ocorre aqui-e-agora, é direta, imediata. Nada se interpõe entre os parceiros (idéias, preconceitos, representações). O Eu se relaciona com a presença recíproca do Tu e não com sua imagem e; d) responsabilidade: o conceito de responsabilidade deve ser entendido não como um dever ético ou uma obrigação moral, mas como habilidade de resposta.

É interessante observar que a relação Eu-Tu nem sempre deve ser vista como uma relação que tenciona ao infinito. O homem não suporta manter um envolvimento tão intenso constantemente (BORIS, 1984). E essa relação, mesmo que na recepção também findava e não somente quando era interrompido ao chamado do profissional

que iria executar um determinado tipo de serviço, mas, ainda, pelo próprio esvaziamento das intenções de se continuar um conhecimento pautado pela presença e permanência na recepção. Há de ressaltar, nas palavras de BISCALCHIN (1994), que há, sim, um conhecimento da presencialidade, onde o tu não é um produto criado por mim, nem uma forma do acontecer e, menos ainda que tornou-se dependente de minha consciência, mas o que está frente a mim, fará parte da minha existência, porém, de maneira em que torne-se diferente: ‘não há, pois, identificação, mas sim diversidade. Porém, tampouco pode-se tratar de uma diversidade absoluta, pois ficaria excluída a possibilidade da relação. Cabe dizer, em resumo, que nesta oposição interpresencial, a relação se caracteriza pelo fato de que nela os opostos são imediatos”.

Ainda, segundo BISCALCHIN (1994), “a relação do eu com o tu é imediata e tem a característica da presença. Presente é para Buber, o que persiste. O instante matemático só é um ‘agora’; na relação Eu-Isso não cabe o presente, pois os objetos que o homem conhece e utiliza substituem-se no tempo que transcorre. Para Buber, o objeto somente é percebido quando a duração terminar”.

Os interesses eram integralmente revelados à chegada ao hospital: não havia barreiras físicas entre o agente receptor (repcionistas) e o agente fornecedor de informações (paciente), e o diálogo se dava de forma espontânea, genuína e natural, “numa totalidade caracterizada pelo envolvimento, pela integração dos opostos, desaparecendo as peculiaridades e contradições individuais” (BORIS, 1997). Os temas abordados percorriam uma gama de assuntos variados e não somente os específicos de cunho hospitalar. No local recepção dava-se o mais alto grau da reciprocidade de ações, completamente diferente dos locais consultórios, de cunho, em sua maioria, de ações do processo de cumprimento das etapas do restabelecimento. Talvez fosse o “lugar onde o espírito habita, o *Entre*, o lugar da relação, do diálogo, do encontro” (BARTHOLO, 2004). Na recepção dava-se o que ZUBEN (2007) identifica como a “ação imediata que acontece entre o Eu e o Outro. Não há supremacia de um sobre o outro. O outro, quando é um Tu, não pode ser considerado como um objeto para minha observação, para meu uso. Se isso ocorrer já deixou de ser um Tu, tornando-se um Isso, este sim objeto de meu uso, de minha experimentação” e ainda, para os demais setores do hospital: “este mundo do Isso é na sua essência coerente e ordenado: é nele que o homem passa a maior parte de sua existência”. Esta afirmação é completamente definida para o que é encontrado em qualquer outro setor, pois são neles que se passa a maior parte do tempo dentro daquele hospital. São os locais que para Buber possuem “caráter coerente,

tranqüilizador, estável e seguro do mundo do Isso ao caráter incoerente, fugaz, inseguro e imprevisível do mundo do Tu” (ZUBEN, 2007).

As relações Eu-Tu são, hoje percebidas por mim, quando do início do meu tratamento, na recepção. O hospital era pequeno a ponto de minha primeira cirurgia não ter sido realizada ali, mas sim, na Beneficência Portuguesa da cidade de Bauru, por o Centrinho ainda não possuir um centro cirúrgico (o que veio acontecer no ano seguinte, sendo eu um dos pacientes que foi usado numa simulação cirúrgica, para ajustes, antes da realização da primeira cirurgia). A recepção era pequena e todos se conheciam. Quando chegava, era chamado pelo meu nome pelo funcionário do balcão, antes mesmo dele olhar, ou ter em mãos o meu prontuário. A relação Eu-Tu se dava de forma espontânea, natural e verdadeira. Mas o tempo foi determinando que a estrutura do hospital crescesse, e foi inevitável: a ampliação da área física e o aumento do número de pacientes impediram que esta relação permanecesse. Ainda um pouco dela pôde ser desfrutada, pois o conhecimento e a lembrança da pessoa permaneceram. Porém, a recepção, com o aumento de sua área e em outro local, não permitia mais a identificação automática de todos que ali se encontravam, pelos funcionários do balcão. Nem mesmo poderia ser chamado para atendimento em meio à pequena aglomeração que ali se instalava. Microfones e uma janela deram lugar ao pedido de comparecimento a uma determinada sala para atendimento. A relação Eu-Tu (paciente-recepcionista) foi trocada de maneira gradativa pela relação Eu-Isso (paciente-microfone), onde o ente recepcionista foi trocado por um Outro e passou a não ser mais a pessoa que me recebia com um sorriso no rosto. Ele passou a fazer parte da estrutura de ferro e concreto de suas paredes, tornando-se um objeto eficiente.

Mas, “*o mundo do Isso* é indispensável para a vida. Sem ele, seria inviabilizada a possibilidade de se assegurar a continuidade da vida humana, suprindo as necessidades vitais por meio de toda uma variada gama de atividades técnicas, econômicas, institucionais, jurídicas etc. Mas o mundo do Isso não se basta como fundamento ontológico do inter-humano. A relação Eu-Isso não é nunca, em si, um mal. Mas o mal pode residir na escravidão humana a essa atitude, apagando da face do homem a resposta responsável, a disponibilidade para o encontro com o outro, e dissolvendo no anonimato a personalidade da condição humana. O homem precisa do *mundo do Isso* para viver, mas quem vive somente a relação Eu-Isso se desumaniza” (BARTHOLÓ, 2004).

Ou ainda, como em BORIS (1987), “não se deve encarar a relação Eu-Isso como algo negativo, pois trata-se de uma das atitudes humanas frente ao mundo, que permite-nos aprender as conquistas técnico-científicas da humanidade. É mais duradoura e estável, propiciando ao homem sensação de segurança. Torna-se negativa quando submete o homem, levando-o à decadência de seu poder de decisão, de responsabilidade e de disponibilidade para o encontro” e afirma: “a atitude Eu-Isso tende a ser relegada ao segundo plano, e até mesmo vista como prejudicial, com um vínculo objetivante e frio, onde o cientista-sujeito age sobre o cliente (objeto manipulável). Cria-se um pudor em relação ao saber científico, como se este propiciasse relações mecânicas pré-determinadas. Porém, não se deve desconsiderar as possibilidades práticas da relação Eu-Isso, explicitado em BISCALCHIN (1994): “para Buber, todo o experimentado na relação Eu-Isso, ou seja, todo o objetivado é também utilizável, pois manifesta uma disponibilidade para ser situado no âmbito da funcionalidade, para ser instrumentalizado [...], a característica essencial de todo o objetivado e instrumentável é estar rígido pela lei da causalidade: o mundo do isso é o reino absoluto da causalidade”.

Hoje, no lugar daquela humana e acolhedora relação Eu-Tu, encontra-se na recepção uma relação Eu-Isso, funcional e eficiente, porém fria, mesmo que o encontro seja entre dois sujeitos que foram submetidos ao padrão vigente de atendimento. Mesmo assim, o encontro existencial existe por duas ações (ZUBEN in: FORGHIERI, 1984): “o distanciamento, onde o homem coloca-se frente a frente ao outro, reconhecendo suas diferenças, independente de si mesmo e; a relação: quando acontece a presentificação do outro enquanto pessoa”.

BISCALCHIN (1994) traduz perfeitamente a “troca” das relações presentes na recepção quando cita Buber afirmando: “dada a condição humana atual, todo tu está inexoravelmente condenado a converter-se em isso”, em objeto. Esta é a grande melancolia de nosso destino sobre a terra. Porém, por outro lado, “o sentimento do tu, quando o existente humano experimentou em sua relação com os tu particulares a decepção de ver-lhes transformar-se em isso, aspira a sobrepassá-los, ainda sem deixá-los de lado, para alcançar o Tu absoluto”.

CAPÍTULO 4 – ENTREVISTAS COM OS PORTADORES DE FISSURAS LABIOPALATAIS

“E na vida a gente
tem que entender
que um nasce prá sofrer
enquanto o outro ri”

Azul da Cor do Mar – Tim Maia

4.1 – Metodologia

As entrevistas com os pacientes portadores de fissuras labiopalatais e que são pacientes do Centrinho, condição primordial para que as entrevistas ocorressem, seguiram uma ordem aleatória de contato.

Um modelo para as entrevistas foi concebido segundo LAKATOS (1996) que sugere:

“O planejamento da entrevista, que deve ter em vista o objetivo a ser alcançado; a escolha do entrevistado, que deve ser alguém que tenha familiaridade com o tema pesquisado; a oportunidade da entrevista, ou seja, a disponibilidade do entrevistado em fornecer a entrevista que deverá ser marcada com antecedência para que o pesquisador se assegure de que será recebido; as condições favoráveis que possam garantir ao entrevistado o segredo de suas confidências e de sua identidade e, por fim, a preparação específica que consiste em organizar o roteiro ou formulário com as questões importantes”.

Sendo assim, primeiramente foram feitos contatos com pacientes da cidade de origem do entrevistador e organizador deste trabalho de dissertação de mestrado. Tais contatos ocorreram por meio telefônico. Além da cidade de origem do mestrando, algumas cidades vizinhas, e que distavam cerca de 25 km. entre elas, totalizando 6 pacientes, também entraram na lista para as entrevistas. Isso ocorreu pelo baixo número de pacientes na cidade de origem aptos em relação à idade a conceder uma entrevista.

Em seguida, por meio da ferramenta Orkut da Internet, foram procurados pacientes da cidade de São Paulo e do Rio de Janeiro. Ambas justificadas pela facilidade em contatá-los, ser presumível um maior número de pacientes nestas cidades e a realização das entrevistas. Também para estes casos não se seguiu nenhuma restrição, apenas manteve-se o fato da importância do entrevistado ser paciente do Centrinho. Nestas cidades foram concebidas 7 e 4 entrevistas respectivamente. Ao final, totalizaram-se 17 entrevistados. O Rio de Janeiro foi a cidade onde menos da metade

dos pacientes, contatados e confirmados, conceberam as entrevistas. Os demais não justificaram o porquê de não realizá-las, mesmo agendadas e confirmadas.

Para garantir o anonimato dos entrevistados e a integridade das entrevistas, seus nomes verdadeiros foram substituídos por nomes fictícios.

A tabela a seguir esclarece a situação de cada entrevistado:

Paciente	Idade	Início do Tratamento	Fim do Tratamento	Origem
Abel	21	1986	Em andamento	Interior de São Paulo
Beto	22	1985	Em andamento	Interior de São Paulo
Caio	16	1998	Em andamento	Interior de São Paulo
Dado	40	1978	Alta	Interior de São Paulo
Elói	23	1985	Em andamento	Interior de São Paulo
Fábio	21	1986	Em andamento	Interior de São Paulo
Guto	18	1989	Em andamento	São Paulo
Hugo	33	1977	Alta	São Paulo
Irma	23	1985	Em andamento	São Paulo
José	20	1988	Em andamento	São Paulo
Laís	36	1998	Em andamento	São Paulo
Malu	17	1990	Em andamento	São Paulo
Nino	17	1990	Em andamento	São Paulo
Oton	24	1984	Em andamento	Rio de Janeiro
Pedro	23	1985	Em andamento	Rio de Janeiro
Quiron	22	1985	Em andamento	Rio de Janeiro
Rosa	40	2000	Em andamento	Rio de Janeiro
	Média de idade: 24,5 anos	Média de anos de tratamento: 20,5 anos		

Tabela 1 : Pacientes entrevistados – idade - ano de início de tratamento – situação atual – origem.

Todos os pacientes que se dispuseram a conceder as entrevistas foram entrevistados. Optou-se por excluir pacientes crianças e bebês, evitando com que as entrevistas pudessem apresentar algum viés, caso fossem realizadas por seus pais ou responsáveis. Não foram definidos perfis sócio-econômico, escolaridade, gênero, religião, se trabalhavam ou não, como variáveis por não serem objetos do foco da pesquisa.

As entrevistas foram concedidas, em sua maioria, nas residências dos próprios pacientes, mas entrevistas também foram realizadas em uma estação de metrô, em uma biblioteca pública, em um museu, em um salão de cabeleireira e em um ponto de

ônibus. Algumas foram acompanhadas por seus pais e para os casos de menores de idade foi exigida a presença de pelo menos um dos pais ou de um responsável. Em alguns casos houve uma continuação da entrevista com os pais ou responsáveis, porém foi tratada como “em off”, por abordar assuntos que extrapolavam o objetivo da pesquisa. Embora não tenha sido feita uma análise sócio-econômica dos pacientes ficou evidente a participação de fissurados de baixo poder aquisitivo até pacientes com um padrão de vida elevado, somente percebidos durante as entrevistas.

Após uma apresentação dos objetivos da entrevista e explicado o trabalho em que elas seriam utilizadas iniciaram-se, então, as perguntas delineadas por um roteiro pré-estabelecido. Com exceção da entrevista 11, devido a problemas técnicos, todas as demais foram gravadas e encontram-se arquivadas. Nas fitas gravadas constam o depoimento de cada paciente, ou de seus pais ou responsáveis quando menores, em que eles demonstram a concordância em realizar a entrevista por livre e espontânea vontade, e de sua ciência quanto aos termos da garantia de seu anonimato, permitindo-os expressarem-se livremente.

As entrevistas no interior de São Paulo foram realizadas entre os dias 9 e 14 de fevereiro, na cidade de São Paulo elas ocorreram entre os dias 18 e 23 do mesmo mês e na cidade do Rio de Janeiro entre 25 de fevereiro e 9 de março do ano de 2008.

Uma vez que o pesquisador é portador de fissura lábio palatal, um viés tendencioso poderia ocorrer nas entrevistas, buscando-se apenas o que lhe seria o foco de seu interesse. Porém, esse fator se dissolve quando “o interesse pelo tema que um cientista se propõe a pesquisar, muitas vezes, parte da curiosidade do próprio pesquisador ou então de uma interrogação sobre um problema ou fenômeno. No entanto, a partir do momento que o objeto de pesquisa é escolhido pelo próprio pesquisador isso, de certa forma, desmistifica o caráter de neutralidade do pesquisador perante sua pesquisa, já que na maioria das vezes, a escolha do objeto revela as preocupações científicas do pesquisador” (BECKER, 1994).

Essa premissa é corroborada por BONI, QUARESMA (2005) quando se referem à coleta de dados. Sugerem a observação participante, que se distingue da observação informal, ou melhor, da informação comum, que ocorre na medida em que se pressupõe a integração do investigador ao grupo investigado, ou seja, o pesquisador deixa de ser um observador externo dos acontecimentos e passa a fazer parte ativa deles, e, ainda, esse tipo de coleta de dados leva o pesquisador a adotar temporariamente um estilo de vida que é próprio do grupo que está sendo pesquisado. No meu caso apenas não se

pode dizer que a participação foi temporária. Isto torna-se importante na medida em que se deve separar o sujeito do objeto pesquisado, porém, sem perder de vista o propósito do trabalho a ser realizado, evitando uma visão extremamente particular daquela realidade. Deve-se também evitar, em demasia, a dissociação entre o sujeito e o objeto. É importante, ainda, salientar que cada analista poderá se apegar a uma diferente perspectiva do problema, e, cada análise será benéfica, pois permitirá o desenvolvimento de discussões. O quanto de envolvimento, ou de dissociação, está implícito não nos é permitido perceber, uma vez que são índices subjetivos. As autoras também sugerem entrevistas semi-estruturadas, por combinarem perguntas abertas, onde o paciente poderia dar opiniões livremente, e perguntas fechadas, de resposta praticamente única. Este tipo de entrevista permite que ela seja como uma conversa informal, auxiliando uma maior clareza das respostas obtidas quando elas não ficarem bem elucidadas, bem como vigia o entrevistado para que não possa fugir do assunto em discussão.

Ainda, segundo as autoras, este tipo de entrevista tem como vantagem a sua elasticidade quanto à duração, permitindo aprofundar os assuntos de maior interesse. Desse modo, estes tipos de entrevistas colaboram muito na investigação dos aspectos afetivo e valorativo dos informantes, que determinam significados pessoais de suas atitudes e comportamentos (BONI, QUARESMA, 2005).

É importante que seja esclarecido que este trabalho foi calcado apenas na visão que o paciente tem do atendimento oferecido pelo Centrinho. Uma visão “de fora pra dentro” e que envolveu apenas entrevistas com os mesmos. Todos os questionamentos que possam advir a respeito da dinâmica interna ao hospital como, por exemplo, sua organicidade, na perspectiva de seus administradores, funcionários e corpo clínico poderiam estar presentes num trabalho futuro. Esta proposta poderia compreender os aspectos administrativos de contratação de funcionários, os planos de trabalho do corpo clínico, no que se refere à sua visão do tratamento a ser dado, o erro médico e de como são instituídos os programas de tratamento de cada paciente em relação à tomada de decisão e a forma como são mantidas as parcerias institucionais. Entre tantos outros aspectos possíveis que suscitam uma investigação mais esclarecedora do modo de atuação do Centrinho.

4.2 – Resultados

O número da amostra não é suficiente para que se possa buscar uma verdade absoluta, mas traz à tona aspectos que por si só demonstram pontos de interesse para análises futuras.

RICHTER *et al.* (2001) citam o trabalho de Ginzburg *Sinais: raízes de um paradigma indiciário* em que “se é possível demonstrar como diferentes áreas da ciência autorizam análises qualitativas baseadas na observação de detalhes. A idéia de investigar o particular, o diferente, aproxima a semiologia médica à crítica de arte, à psicanálise e à investigação policial, embora se saiba que esse paradigma faça parte da própria história social do homem que, pela necessidade de sobrevivência, precisou interpretar e adaptar-se aos mais “insignificantes sinais da natureza””. Talvez, em muitos momentos dos resultados, esses “insignificantes sinais da natureza” expressem resultados reveladores de situações que poderão indiciar uma observação mais cuidadosa.

Ainda, RICHTER *et al.* (op cit.), expressam de maneira certa, a possibilidade de conclusão de um trabalho onde a amostra não seja significativa quando se busca um valor numérico para a mesma: “para o paradigma indiciário não importa a quantidade de dados obtidos, mas sua relevância para o problema investigado, confirmando uma das características fundamentais das investigações qualitativas” e “o paradigma indiciário também se ocupa da investigação de fatos que possam levar à elaboração de hipóteses testáveis”. Essas hipóteses poderão servir de vantagem para se avaliar os indícios. Interpretando-os, podem-se investigar os aspectos críticos que merecem uma análise mais profunda e poder assim buscar sua solução. Uma pesquisa indicial permite uma reflexão constante, além de poder trazer à tona a clareza do indício. As tendências indesejáveis, que podem levar um modelo à bancarrota, podem ser imediatamente corrigidas sem a necessidade de que um problema torne-se crítico em uma instituição.

É importante ressaltar aqui que “ninguém aprende o ofício de conhecedor ou de diagnosticador limitando-se a pôr em prática regras pré-existent” (GINZBURG, 1989). Minha análise não é única, e permitirá que outros, capacitados com a questão de se analisar discursos sob outros pontos de vista, o façam.

A pesquisa indicial permite o rápido reconhecimento dos aspectos críticos e proporciona rápida resolução, podendo agilizar investigações menos onerosas, envolvendo menos pessoas, tempo, custos etc. Essa se torna a contribuição metodológica neste caso, pois poderá avaliar os indícios que permitem inferir sobre os aspectos da qualidade de atendimento prestado pelo hospital. E o que forem

considerados indícios tornam-se fatores de sua própria avaliação, quando vistos pelos pacientes, pois partem destes, muitas das observações imediatas. São eles que dão o *feedback* de seu funcionamento.

Na coleta de dados destaca-se a média de idade dos entrevistados de 24,5 anos. Excluindo-se os 3 pacientes de maior idade, essa média cai para 21,5 anos. Essa jovialidade deu-se pelo fato da maneira como os pacientes, em sua maioria, foram contatados, ou seja, pela Internet, ferramenta largamente utilizada por essa faixa etária. Quanto aos anos de tratamento também foi surpreendente o fato da média ter sido de 20,5 anos, permitindo uma percepção de que a maioria dos entrevistados praticamente está no hospital desde seu nascimento e continuam em tratamento.

As respostas dos entrevistados permitiram avaliar os resultados, que seguiram linhas de análises conforme mostrado no esquema abaixo, possibilitando obter deles as informações referentes à qualidade de atendimento oferecida pelo hospital em suas visões:



A qualidade do atendimento vai implicar o quanto o paciente demonstra de sua satisfação com o hospital. Nela está implícito o domínio da técnica empregada, para que se obtenha a completa reabilitação do paciente. Mesmo que, para isso, seja identificada a utilização em massa das relações Eu-Isso de Martin Buber. O excelente domínio da técnica, sua boa atuação, vai garantir um critério em que o paciente fique convencido de que o tratamento proporcionado lhe é seguro. Para tal, a técnica vai tratar o paciente como um objeto de intervenção, às vezes, distanciando-se da relação Eu-Tu.

A primeira pergunta, que aborda a maneira como os pacientes se dirigem a Bauru, foi importante para se constatar que há um empenho por parte destes em continuar o tratamento, independente da forma de locomoção. São fortes indícios que atestam a vontade do paciente em permanecer com seu tratamento até sua alta definitiva. Porém, é o primeiro tema que não permite avaliar a qualidade do

atendimento empreendido pelo hospital. O hospital não interfere no modo como o paciente se locomove, mas sim, em sua locomoção. Empenha-se para que todos compareçam, mas o meio de transporte utilizado independe de sua ação. O paciente não julga a qualidade de atendimento do hospital pelo modo como chega até ele. E porque não o faz? Não poderia o paciente supor a possibilidade do hospital se engajar, para que todos os pacientes se dirigissem a ele, da maneira a mais confortável possível? Afinal, dividir ambulâncias, que durante o trajeto passam por outras cidades para atender pacientes portadores de doenças, pode representar um desestímulo à continuidade do tratamento. Durante meu tratamento evitei utilizar-me da ambulância da prefeitura de minha cidade, justamente por esse fato. Este pequeno detalhe de análise, imperceptível num primeiro momento, vai de encontro a GINZBURG (1989) sobre “a importância característica dos detalhes secundários, das particularidades insignificantes” que podem, sim, revelar formas de melhorias ao atendimento.

A segunda questão abordada procurou descobrir quem custeia os gastos e despesas dispendidas com o tratamento no tocante à locomoção, alimentação e estadia em Bauru. Embora as respostas apresentadas mostrassem uma diversificação entre familiares, prefeituras, SUS, o próprio hospital, entre outras, aqui também não foram observados aspectos que denotassem uma avaliação da qualidade do atendimento do hospital pelo paciente. Em momento algum houve um julgamento que pudesse caracterizar graus de satisfação ou insatisfação. As respostas foram diretas ao objetivo da pergunta e pode-se perceber que, diante da atual e complexa situação pela qual passa a saúde pública no Brasil, a possibilidade de não depender dos serviços públicos coloca tanto pacientes, quanto seus familiares, numa tentativa de se utilizar o menos possível da estrutura governamental, marcada pela ineficiência.

Outro aspecto levantado foi referente à questão que abordava atrasos nos horários das consultas. As respostas obtidas resultaram numa igualdade de “sim” e “não”, isto é, há citações de atrasos, inclusive nos setores em que eles ocorrem com maior frequência, sendo os da ortodontia e o da cirurgia plástica, e outras que afirmam nunca terem passado por esta situação. Ainda assim, tais respostas não apontam indícios de uma avaliação do atendimento. Ou seja, independente de haver atrasos ou não, este aspecto não revela a possibilidade de uma satisfação ou insatisfação com o tratamento realizado.

Minha experiência pessoal mostrou que os atrasos eram bastante frequentes e, de fato, este comportamento não-intencional do hospital não traz prejuízos em uma

avaliação. Apenas que, como qualquer local, o desconforto por longas esperas se faz presente.

A seguir, alguns depoimentos dos pacientes em relação a este questionamento:

Beto: “*sempre fui atendido nos horários*”.

Pedro: “*normalmente eu sempre sou atendido nos horários*”.

Elói: “*de vez em quando atrasa*”.

Fábio: “*sempre atrasou*”.

Oton: “*comigo nunca aconteceu atrasos muito grandes, mas já aconteceu de atrasarem até 40 minutos para a consulta*”.

Há também as respostas em que são citados os setores onde os atrasos acontecem:

Guto: “*depende da área. Fono e assistência social são próximas aos horários. Na ortó tem sempre uma demora*”.

Irma: “*depende. Os maiores foram com a ortó e com o cirurgião plástico. No geral, não demora*”.

Atrasos nas consultas são fatos, mesmo que apenas em setores mais específicos, como explicitados nas respostas e, portanto, analisá-las pode revelar ao menos três conclusões, utilizando-se de GINZBURG (op cit.) em que “o conhecedor de arte é comparável ao detetive que descobre o autor do crime (do quadro) baseado em indícios imperceptíveis para a maioria”: o tipo de tratamento a que o paciente está sendo submetido no momento da entrevista, isto é, está passando por setores em que atrasos não são comuns; para ele, atrasos não denotam uma importância maior; ou ainda, uma timidez em desqualificar o hospital que, mesmo diante de imprevistos, fornece um atendimento especializado.

Uma pergunta foi feita com o intuito de descobrir se os pacientes ao chegarem à recepção do hospital tinham seus nomes lembrados por quem ocupava aquele posto. Todos os entrevistados responderam que não, com exceção de dois, que não tinham certeza do fato. Apenas um único depoimento confirmou uma resposta positiva durante seu tratamento. Dado diz: “*no início lembravam*”. Interessante é perceber que este depoimento foi dado pelo mais antigo paciente entrevistado. Assim, posso confirmar que a relação Eu-Tu presente na recepção, no início do nosso tratamento, é comprovada pela teoria de Martin Buber. São indícios de que a relação pessoal (Eu-Tu) migrou para uma relação Eu-Isso quase totalizada, ainda que eficiente. E não se pode notar uma gradação, ou seja, a passagem lenta e gradual da relação Eu-Tu para a relação Eu-Isso.

Alguns justificaram essa perda pelo fato do aumento elevado do número de pacientes, que poderia ter tornado dificultosa a memorização do nome de tantos. Ou ainda, devido ao fato dos pacientes entrevistados já encontrarem a recepção configurada no modelo atual, onde a barreira física não se limita mais a apenas um balcão, mas por uma janela de atendimento e um microfone. Não há aqui uma associação entre o nível de satisfação pela qualidade do atendimento prestado e a lembrança do paciente pelo funcionário da recepção, como a pergunta determinava. Ou, talvez, essa satisfação não seja percebida por eles. Portanto, correlacionar as relações pessoais na chegada ao hospital pelo paciente, e sua qualidade de atendimento, não serve como um parâmetro para se concluir uma ou outra avaliação. “Cada sociedade observa a necessidade de distinguir os seus componentes, mas os modos de enfrentar essa necessidade variam conforme os tempos e lugares. Existe, antes de mais nada, o nome, mas quanto mais a sociedade é complexa, tanto mais o nome parece insuficiente para circunscrever inequivocamente a identidade de um indivíduo” (GINZBURG, 1989). No Centrinho todos possuem um número como registro de chegada. Porém, em momento algum do meu tratamento ele foi utilizado para que eu fosse identificado e, acredito, isto deva ser feito apenas para catalogação de prontuários. Até porque seria inviável nos dias de hoje, identificar pacientes chamando-os por 34.768 ou 421, meu caso. Mas ainda há a utilização da mais institucionalizada forma de se reconhecer o Outro: o crachá.

Quando incitados a trocar o hospital por um outro, que oferecesse o mesmo tipo de serviço, que fique claro, o mesmo tipo de serviço e não de atendimento, as respostas sugeriram duas análises esclarecedoras. A primeira, o fato do paciente encontrar em Bauru uma comodidade ou uma conveniência para o seu tratamento, e poder se considerar esta avaliação como pontos externos, isto é, independente do tratamento oferecido, o paciente cria um vínculo indeterminante da manutenção do seu processo de tratamento, que não permite avaliar a qualidade do serviço prestado. Não é difícil perceber essa conveniência ou comodidade em algumas das respostas abaixo:

Abel: “*não. Porque eu não conheço. Seria trocar o certo pelo duvidoso*”.

Fábio: “*não. Eu comecei lá desde que nasci*”.

Guto: “*não, acho que não. Estou sempre lá desde o começo da minha vida. É como se fosse minha casa*”.

Beto: “*não, porque eu estou lá desde 1985 e pretendo terminar lá*”.

Hugo: “*eu não conheço outro hospital, portanto não tenho como comparar*”.

Portanto, estes fatores não contribuem para que se possa decidir por uma avaliação. Não há um vínculo entre o que é dito e a possibilidade de se detectar uma tentativa de satisfação pelo atendimento prestado. Mas também, pode-se justificar essa determinação em se manter em tratamento no Centrinho pelo que defende GINZBURG em seu *Mitos, Emblemas, Sinais: Morfologia e História*. Nele o autor narra uma conhecida fábula oriental em que três irmãos ao encontrarem um homem que perdeu seu cavalo o descrevem perfeitamente sem nunca o terem visto. Independente do desfecho da história, o que permanece aqui é o saber do tipo venatório, aquele em que o caçador persegue sua caça apenas por rastros, pêlos ou fezes. O que caracteriza esse saber é a capacidade de, a partir de dados aparentemente negligenciáveis, remontar a uma realidade complexa não experimentável diretamente. E os “dados aparentemente negligenciáveis” e a realidade “não experimentada diretamente” foi(é) advinda da caçada que o paciente teve(tem) que enfrentar para chegar até lá. Muitos podem ter partido sem nenhum conhecimento prévio da característica do hospital e, através de pistas, chegar até ele. Ou ainda, negligenciar a possibilidade de procurar, ou experimentar outro. A caçada pode ter sido onerosa, e enquanto seu resultado garantir a sobrevivência, a atitude mais sensata seria mantê-la.

Porém, a outra análise resultou em respostas que comprovam a qualidade do atendimento pelo paciente e podem, sim, comprovar sua excelência. Os relatos a seguir dão mostras desta asserção. Estes pacientes confirmam uma qualidade cuja aceitabilidade não é nem sequer questionada:

José: “*é difícil. Eu já **criei confiança**. Sou sempre bem atendido. Nós fizemos o contrário: saímos daqui para ir para lá*”.

Malu: “*não, porque eu **confio** neles*”.

Irma: “*cem por cento não. Eu uso a FUNCRAF da minha região, que é uma sub-sede de Bauru. **Cirurgia plástica eu só farei no Centrinho***”. Nestas três respostas observa-se que o envolvimento com o hospital está intimamente determinado pela boa relação Eu-Isso, isto é, a excelência da técnica, que cria no paciente uma sensação de segurança, e podem estar embasadas justamente no significado da análise anterior. A busca pela confiança é de extrema valia quando a questão colocada é a saúde e, principalmente, a reabilitação. A confiança vem de encontro ao projeto de restauração de um processo de cura que, por hora, sem uma caçada não experimentada diretamente poderia não acontecer.

Nino: “*não, porque lá eu tenho **mais condições** do que em outros hospitais*”. Neste caso, uma resposta abrangente, que não aponta quais são essas condições, portanto, pode-se concluir que há um leque de possibilidades que permitem ao paciente ficar satisfeito com a qualidade do atendimento. As condições podem estar incluídas nos recursos materiais, na qualidade dos serviços profissionais e técnicos ou nas relações pessoais, fatores de análise de verificação do atendimento oferecido pelo hospital neste trabalho.

Oton: “*não. Porque embora eu não conheça outro, ou melhor, eu conheço, eu acho aquilo lá **coisa de primeiro mundo**, comparável com outros no Brasil, então, não trocaria de jeito nenhum*”.

Rosa: “*eu já tive outras experiências aqui no Rio, experiências não satisfatórias, e infelizmente eu cheguei tarde no Centrinho. Eu já havia feito um monte de cirurgias erradas, que para eles consertarem, mesmo no Centrinho, oferecesse sempre um risco de não dar tão certo assim. Então, hoje, eu não faria cirurgias nem lá no Centrinho. Mas se eu pudesse começar tudo de novo eu não trocaria por outro lugar*”.

A pergunta seguinte pedia ao paciente uma avaliação geral do hospital. As palavras “bom”, “ótimo”, “excelente” e “nota 10” foram mais de uma vez pronunciadas. Todos teceram elogios e estão satisfeitos. Por ser uma pergunta aberta, não pontual, as respostas abrangeram, de maneira geral, as nuances determinantes para auferir a qualidade do atendimento dentro dos três aspectos considerados no diagrama apresentado, dificultando uma análise que permitisse apontar cada um dos aspectos que levam o paciente a estar satisfeito com o hospital:

Beto: “*eu classificaria como **bom**. É porque, de uma maneira de como eu era, para como eu estou ficando, o tratamento está ficando **legal**, bem desenvolvido*”.

Fábio: “*é um **bom** hospital. Atende muito **bem**. Não só o Brasil, mas outros países também. Nota 10*”.

Hugo: “*o atendimento como um todo*”.

Irma: “*é **excelente**. Porque é um centro da América Latina*”.

Oton: “*eu acho **muito bom**. É uma bênção pra muita gente que não tem essa oportunidade, e porque não tem em todos os lugares e é uma coisa que **funciona***”.

Caio: “*pra mim é sempre melhor, porque é **de graça**, tá me ajudando. Vai melhorar minha vida*”.

Guto: “*pra mim é **o melhor** que tem. Num país como o Brasil, eles darem um tratamento assim **de graça**, pra mim está sendo **ótimo***”.

Quiron: *“de maneira geral, é o melhor possível, por ser público. A gente espera uma coisa horrível. E lá, sendo público, é ótimo”*. Nestas 3 últimas respostas os pacientes também o analisam externamente, ou seja, o fato de dizerem que é “de graça”, ou “público”, responde pelo modo de estarem numa situação cômoda ou conveniente, como apresentado anteriormente, mesmo aparentando um estranhamento diante da situação de encontrar um serviço de qualidade gratuito, e acima de tudo, público, onde se esperaria que tal não ocorresse, devido às já institucionalizadas formas de pensar o serviço público de saúde no País.

É curiosa a maneira como o paciente responde a esta questão, principalmente pelo fato de ter respondido na anterior que não conhece outro hospital (apenas o Oton afirma o conhecimento de outro), porém, avalia como “bom”, “excelente” e “nota 10”. Isso incita um questionamento em relação ao embasamento diante de qual parâmetro se utilizou para responder à questão e, a conclusão mais óbvia possível é que o paciente se utilizou de modelos de atendimento de serviços públicos de saúde para a população e, assim, conhecedores da realidade apresentada por estes estabelecimentos, balizar suas respostas. Ainda que conhecessem outros hospitais de assistência ao portador de fissura labiopalatal, com exceção do Oton, mesmo assim, as respostas poderiam não ser diferentes. GINZBURG (1989) cita Filarete: “é impossível construir dois edifícios perfeitamente idênticos – assim como, apesar das aparências, as fuças tártaras, que têm todas as mesmas caras, ou as da Etiópia, que são todas negras, se olharem direito, verás que existem diferenças nas semelhanças”.

Duas perguntas forneceram respostas que permitiram observar a presença de todas as nuances buscadas para avaliar a qualidade do atendimento. A primeira pedia ao paciente que indicasse os pontos positivos do hospital. A segunda, os negativos.

No primeiro bloco de respostas foi possível detectar que a relação pessoal (Eu-Tu) continua como ponto determinante para a análise, pelo paciente, da qualidade do atendimento e o quanto ela é importante para que ele forneça um parecer favorável:

Caio: *“quando você faz a cirurgia você é **muito bem tratado** por todos, ninguém reclama de nada que você faz, ou não faz”*.

Guto: *“o tratamento, o **respeito**, o tratamento com os pacientes”*.

Laís: *“o **tratamento igualitário** a todos”*.

Rosa: *“ **a atenção** que eles têm por cada paciente. A Profis ajuda muito nessa **integração do paciente com o hospital** pra quem mora longe”*.

A importância da própria pessoa, sua auto-valorização, aparecem nestas respostas como fatores não despertados numa avaliação superficial. Não há uma negligência de sua situação de paciente, aquele que, por estar submetido a uma condição passiva, deva aceitar a ordem superior de comando. Ser bem tratado e, sobretudo respeitado, são exigências mínimas para quem se enxerga como pessoa.

Há, ainda, depoimentos em que se é possível perceber que nesta pergunta a qualidade dos serviços técnicos (boa relação do Eu-Isso) também é posta à prova para a avaliação do hospital como um todo, e por meio de suas “palavras-chaves”, a excelência do tratamento está diretamente implicada na dinâmica da interação médico-paciente. O paciente não busca só o respeito, igualdade ou mesmo atenção. Ele agrupa a estas premissas o comportamento da equipe a que está submetido, para julgar a qualidade do atendimento:

Oton: “ *a excelência dos médicos, a confiança que eles passam para os pacientes, a delicadeza que eles têm com os pacientes. O fato de saber lidar com essas mal-formações por muito tempo. Eles já têm experiência no assunto* ”.

Abel: “ *todos. As cirurgias, os médicos, a equipe profissional boa em todas as áreas, dentistas...* ”.

Irma : “ *a qualidade do atendimento, os profissionais. Eles buscam sempre o melhor tratamento. Eu tenho a impressão que eles fazem tudo o que deve ser feito. E também não obrigam. Embora se isentem, fazendo o paciente assinar um termo de responsabilidade diante de uma decisão de recusa* ”.

Nino: “ *as cirurgias, dentista, fono* ”.

E, ainda, depoimentos que demonstram a importância dos recursos materiais para se manter a qualidade do atendimento, fazendo o diferencial frente a outros hospitais:

Quiron: “ *a interdisciplinaridade. Lá tem de tudo num mesmo lugar. A higiene. Lá tudo é limpo. Eles se preocupam com isso* ”.

Hugo: “ *é um hospital diferenciado de qualquer outro que já entrei. É um lugar bonito, tem plantas, flores, árvores. É um lugar onde você se sente bem* ”.

Rosa: “ *lá é muito bem equipado e estruturado. Isso é um grande diferencial* ”.

Dentro da pergunta, ainda surgiram respostas em que se é possível avaliar o atendimento pelo recurso material e também pelos serviços técnicos especializados (novamente a presença da boa relação Eu-Isso).

Nino: “ *lá tem recursos próprios para as consultas, médicos especializados* ”.

Irma: “as **técnicas** melhoraram, que fizeram com que os pacientes ficassem **menos tempo internados**”. A importância da melhoria da técnica vai ao encontro à expectativa do paciente, quando faz com que o tempo de internação seja encurtado, garantindo um desgaste menor e um rápido retorno à rotina caseira. Pode se observar que para analisar os pontos positivos do hospital, o paciente armou um tripé sustentado por apoios relativos ao respeito em que é tratado, a excelência do corpo clínico e a importância material. Sua observação é sagaz e nada lhe escapa: plantas, flores, árvores, limpeza, e que certamente estariam dispersas numa avaliação menos cuidadosa, ou que priorizasse aspectos próprios de materiais de cunho hospitalar. Deve-se atentar para este fato. Nas leituras de GINZBURG (1989) há uma explicação que denota atenção para “um minucioso reconhecimento de uma realidade talvez ínfima, para descobrir pistas de eventos não diretamente experimentáveis pelo observador”. A observação feita pelo hospital de medidas mais condizentes de aproximação de realidades é louvável.

Porém, citações também referentes aos recursos materiais podem influenciar numa imagem negativa, alterando o ciclo da boa qualidade do atendimento e justificando uma atenção maior para se mantê-la:

Caio: “há uma **área de fumantes** muito próxima dos pacientes da recepção, o que faz com que o cheiro da fumaça do cigarro entre. Deveria ser mais afastada, mais isolada e não bem no meio”.

Guto: “a **construção do prédio** ajudaria bastante a **melhorar o atendimento**”.

Irma: “acho que **ampliando as instalações**, mesmo que depois fique novamente inchado”.

Oton: “o fato de terem **levantado um prédio** e não terem conseguido **terminar ainda**”.

Quiron: “há muito tempo tem aquele **prédio construído e sem acabar**, não terminam, que serviria pra ficar os internos. E até agora tá lá, **num tá pronto**”. Num outro momento de seu depoimento Quiron diz: “vou falar o que aconteceu comigo: é a **cirurgia ortognática** (cirurgia em que o maxilar inferior, devido estar projetado, é deslocado para ficar anterior ao maxilar superior). Lá **ficou parada dois anos porque não tinham a broca cirúrgica**. Quer dizer, se já tivesse, teria feito a cirurgia aos 20 anos”. A interferência no tratamento do paciente devido à falta do material especificado é um motivo de descontentamento, causando uma reação negativa ao tratamento, influenciando a visão do hospital e tendo, como consequência imediata, a insatisfação. A falta do recurso material também influencia para que o tempo do tratamento, que por

si só é bastante longo, se amplie, trazendo conseqüências desabonadoras aos pacientes que se vêem ainda mais atados ao tempo da reabilitação plena. É interessante analisar o ponto negativo ao hospital, referente ao aumento de sua área física, como o término da construção do edifício que aumentaria sua capacidade. Isso talvez porque seja ali o nó que vai desatar a perspectiva de melhorias do atendimento. A perspectiva de melhorias não está escondida em projetos, mas sim se apresenta à sua frente.

Como principais pontos negativos presentes no hospital os pacientes surpreendentemente apontaram o tempo de espera para as consultas, a distância e o tempo longo de tratamento. É interessante observar que os pacientes somente nesta questão colocam os dois primeiros aspectos como negativos, diferente do início das entrevistas, em que havia uma pergunta específica sobre os atrasos nas consultas, mas neste caso, não serviram como um termômetro de avaliação da qualidade do atendimento. Do início das entrevistas somente neste momento o fazem. Pelo menos alguns motivos podem ter feito com que os pacientes inserissem estes aspectos como negativos: a falta de uma situação negativa interna ao hospital, a responsabilidade de não deixar a pergunta sem resposta ou um “amadurecimento” durante a entrevista.

O atraso no tempo de espera para as consultas influencia sobremaneira para que o paciente não encontre um respaldo de concordância quanto à qualidade do atendimento, mesmo ele não influenciando no tratamento setorizado a que está submetido, isto é, o atraso faz com que o paciente, na visão global do tratamento, denote insatisfação:

Fábio: *“os horários. Falam que vão atender à uma hora ou 2 e acabam atendendo às 4. Se colocam um horário, aquele horário **tem que estar lá**”*.

Guto: *“as esperas. Eu passei muitos dias e horas esperando”*.

Nino: *“os atrasos nas consultas”*.

Seguindo, temos os depoimentos onde a distância é citada neste momento como fator de descontentamento e de negatividade frente a uma avaliação do hospital, deixando de ser um fator externo de avaliação:

Malu: *“a distância”*.

Pedro: *“a distância e a comunicação que é, às vezes, falha”*.

A distância pode agora representar uma ameaça ao tratamento, principalmente se se iniciar uma fase de idas freqüentes ao hospital colocando outros projetos pessoais em risco. E, caso haja discordâncias de tempos e lugares, poderá se sobrepor.

O tempo longo de tratamento foi citado também como um aspecto negativo dentro desta questão, mesmo antes do paciente responder a uma pergunta específica a este respeito. É importante frisar que o tempo longo de tratamento é uma consequência *sui generis* encontrada neste tipo de anomalia, pelo menos a respeito de como deve ser tratado o paciente portador de fissuras labiopalatais. Cirurgias feitas sem o critério “tempo” como balizador da reabilitação total, geralmente não são bem sucedidas. Isso ocorre porque o paciente não é submetido a uma constante observação da formação das estruturas componentes da formação óssea, da dentição, da musculatura e da fala, que somente estarão completas no início da idade adulta. Portanto, é sintomático que nos depoimentos dos pacientes que possuem esta visão sejam encontrados indícios de que a resignação perante o tempo seja efetivada:

José: “*poderia ser **mais rápido**. Acho que precisa esperar a **evolução dos dentes, dos ossos**”.*

Malu: “*não. Ou melhor, é, **mas é porque é necessário**. Não tem como diminuir”.*

Nino: “*é **longo, mas é pra melhorar**”.*

Oton: “*sim, porque tem que haver **intervalos entre cirurgias**, tem que haver estudo em relação à arcada dentária e **isso demanda tempo**”.*

Laís “*não, porque **as etapas devem ser seguidas**”.*

Embora conscientes de que um tratamento longo seja previsto, sua insatisfação também está relacionada ao momento que se vive. A maioria dos pacientes é jovem e quer desfrutar a vida, principalmente nesta fase. Aguardar por um longo tratamento poderá comprometer o projeto individual de cada um, e todos, como não deixariam de ser, uma vez que humanos e jovens, não iriam priorizar o tempo gasto em torno de um tratamento que, embora lhes restituam uma volta à “normalidade”, furem as possibilidades de uma vivência tranqüila e prazerosa. Hospital algum será capaz de atender a essa expectativa. “O indivíduo, “ens omnimodo determinatum” [ente totalmente determinado], possui uma singularidade verificável até em suas características imperceptíveis, infinitesimais” (GINZBURG, 1989).

Porém, talvez pelo desconhecimento de causa, alguns pacientes atribuam o longo período do tratamento ao aumento do número de pacientes inscritos no hospital. Minha experiência pessoal não permite atribuir este fator como sendo o regulador deste aspecto. A explicação é que, mesmo sendo um paciente que compareceu ao hospital logo após sua inauguração, e em que pese o número baixo de pacientes, isso não

permitiu que o período determinado para o meu tratamento fosse diminuído, e com isso, quase 22 anos foram necessários até a minha alta.

A seguir, alguns depoimentos que apontam o número de pacientes como o possível gerador da extensão do tempo de tratamento:

Dado: “*sim, foi muito longo. Eu achava, mas tinha **muita gente***”.

Irma: “*sim, muito longo. Acredito que **por causa da fila***”.

Quiron: “*considero. Porque já estou lá há duas décadas. Eu não sei se é culpa do hospital, mas como é **muito paciente**, talvez isso atrapalhe...*”.

Rosa: “*não. Porque **a fila é muito grande**. Assim como tem a minha prioridade, tem a prioridade dos outros também. Aqui no Rio eu esperei mais tempo do que lá. E são todos moradores do Rio. O médico só dizia que eu era a bola da vez. Eu cheguei a dizer pra ele que eu deveria se a bola murcha da vez, de tanto esperar. No Centrinho eu aguardei menos. Considerando que lá eles englobam uma gama enorme de estados, e aqui é só o Rio de Janeiro, proporcionalmente, lá ainda demorou menos do que aqui.*”.

Uma pergunta foi feita para se descobrir do paciente qual seria o diferencial do Centrinho em relação a outros hospitais públicos de atendimento geral para a população. As respostas demonstraram claramente a influência que as questões tratadas neste trabalho de pesquisa, já descritas como relações pessoais, qualidade dos serviços técnicos e recursos materiais, interferem na avaliação do hospital pelo paciente. Às vezes, numa mesma resposta, duas nuances podem ser encontradas, fazendo com que o grau de satisfação do paciente esteja muito acima do mínimo aceitável. Aqui sim os pacientes relativizam as condições apresentadas pelo Centrinho e outros órgãos públicos de saúde, e expõem o oposto do oferecido em Bauru se utilizando do tripé: respeito, excelência do corpo clínico, material. Novamente, GINZBURG (1989) nos salva, endossando as respostas: “quando as causas não são reproduzíveis, só resta inferi-las a partir dos efeitos”. Ninguém melhor do que um paciente para avaliar uma instituição de saúde. Os efeitos de uma má administração são facilmente sentidos por quem dela necessita. O paciente é o termômetro calibrado que dá a medida exata da situação do momento:

Abel: “*nos outros hospitais **não há atenção** em cima dos pacientes, como no Centrinho*”.

Beto: “*o **tratamento dos médicos***”.

Laís: “*o **tratamento e a consideração pelos pacientes***”.

Pedro: “no Centrinho passam mais **afeto**. Eles parecem ter mais **compaixão** pelo paciente. Diferentemente dos hospitais públicos que nós vemos à nossa volta, em que a vida é como se fosse um lixo”.

Estes primeiros depoimentos deixam clara a importância das relações pessoais para que a consideração pelo hospital seja legitimada. Neles, pode-se notar a imprescindibilidade da relação Eu-Tu em qualquer grau que venha acontecer.

Outros depoimentos apontam as relações pessoais e a qualidade dos serviços técnicos especializados como fontes de satisfação:

Hugo: “**o atendimento, a simpatia das pessoas** (relações pessoais). *O fato de ser especializado* (técnica) *contribui para diferenciá-lo*”.

Caio: “quando você compara com outros hospitais, você vê **a diferença no tratamento das pessoas** (relações pessoais). *Outros hospitais têm muita fila. Lá você tem seu horário e sabe que vai ser atendido no seu horário. Ninguém vai pular sua vez. Só se você não estiver lá*”.

Irma: “no Centrinho **são mais cuidadosos** (técnicas especializadas ou relações pessoais). *Eles tratam melhor, dão uma atenção especial* (relações pessoais). *Eles abraçam a causa. É uma estrutura diferente. Você não ouve que eles tratam mal* (relações pessoais). *A equipe é mais cuidadosa. A rotatividade dos outros hospitais atrapalha. A vigilância não é tanta*”.

E ainda, respostas em que é possível detectar tanto a junção dos aspectos técnicos especializados com recursos materiais, quanto recursos materiais e relações pessoais:

Elói: “**porque somente lá é que se arruma esse problema**” (técnicas especializadas junto a recursos materiais).

Rosa: “**uma grande coisa que me fez desistir daqui, não só pelas cirurgias erradas, é que aqui não tem tratamento para adulto de lábio leporino. Aqui só lida com crianças. Pelo menos os lugares que eu fui. Lá é muito bem equipado e estruturado** (recursos materiais). *Isso é um grande diferencial. Você entrar e saber que você vai ser bem atendido* (relações pessoais)”.

E relatos onde apenas a técnica especializada é citada como forma de assegurar um tratamento eficiente:

Guto: “**porque ele é especializado** há muitos anos na área. *São todos médicos da USP. Se eu chegasse num hospital público quando eu nasci, eles não iriam saber o que fazer*”.

Oton: “*eu acho que começa por não ser um hospital geral. Ser um **hospital especializado**. Aí já corta um monte de dificuldades que ele poderia passar. Além da administração do Tio Gastão*”.

Uma continuação da pergunta anterior foi feita, porém, buscando do paciente as razões que levam o Centrinho a ser um hospital eficiente num país como o Brasil, onde a saúde pública não é tratada pelos governantes com a atenção que deveria. É interessante observar que nesta questão o paciente se insere como coadjuvante neste processo, trazendo também para si a responsabilidade pelo êxito da instituição. O paciente deixa de ser o agente passivo e passa a participar ativamente. A autovalorização como fator de importância diante de um quadro que poderia ser ordenado na condição superior-subordinado. Mas não. O paciente é sabedor de sua condição, porque dele dependem também os atores que fazem o processo continuar, além da ciência de que o “fazer” está diretamente relacionado ao Homem. Intencionalmente ou não, se inicia uma via de mão dupla no sucesso da empreitada. Pode-se dizer que uma nova nuance foi criada como padrão para a avaliação do hospital. Uma entidade possivelmente chamada de Eu-Paciente, tão importante como as outras, fazendo com que ele sintasse-se parte integrante do sistema.

Ainda, como a percepção pelos pacientes de como a presença de órgãos governamentais auxilia em uma avaliação positiva, percebendo-se a importância de se estar apoiado por eles. E a onipresença da técnica especializada, continuando a ser um diferencial, para que os pacientes registrem satisfação com o atendimento. Os relatos onde estas assertivas acontecem:

Malu: “*os **pacientes** que valorizam*”.

Pedro: “*talvez pela **ajuda dos pacientes**, ou por algum **financiamento de algum órgão ou fundação***”.

José: “*as **pessoas** fazem com que ele funcione. Mesmo em questões de **colaboração e doação**. Os **médicos** (técnicas especializadas) sabem que o Centrinho é um hospital de excelência*”.

Rosa: “*eu não sei a estrutura do Centrinho, mas eu vejo muito o trabalho de **voluntários, de ex-fissurados**. Acho que isso ajuda muito, porque o voluntário, com aquele mesmo problema, ele trata melhor, ele desenvolve melhor um trabalho, ele se empenha mais. Parte muito do **empenho do profissional** (técnicas especializadas) que não passa a idéia de estar ali porque recebe seu salário. Eles me parecem gostar do que fazem*”.

Caio: “*porque **todo mundo** ajuda*”.

Relatos específicos em que governos fazem parte do funcionamento do hospital:

Abel: “*deve ser porque é um hospital de faculdade. Que já tem bastante estudantes. Talvez porque por ser uma coisa mais específica, **o governo** dá mais verba e atenção*”.

Elói: “*talvez porque **o governo** apóie mais*”.

Quiron: “*até porque eu acho que tem **patrocinador com pessoal externo, EUA, empresas...***”.

Oton: “*o Centrinho tem atrás dele uma das grandes universidades do país e é um centro de estudos e pesquisas. Ele funciona um pouco ainda por causa da USP, que é um exemplo de ensino. Ele não é tão abandonado por ser um hospital universitário com referência na América Latina*”.

E os últimos relatos, que apresentam especificamente as técnicas especializadas, que fazem o Centrinho se diferenciar dos outros hospitais públicos:

Beto: “*porque ele é **bem administrado**. Tem uma **organização** muito bem sucedida*”.

Fábio: “*por causa das **pessoas capacitadas***”.

Laís: “***a direção, o Tio Gastão***”.

A Profis é um órgão independente, cuja função principal é auxiliar os pacientes que não têm condições financeiras de se dirigir a Bauru para se tratar. Uma de suas fontes de fundos vem de mensalidades pagas pelos pacientes. Estas quantias são estipuladas por meio da análise da renda familiar, ou espontâneas. Em todos os casos elas não são obrigatórias e podem ser estipuladas pelos pacientes. Uma pergunta foi feita com o objetivo de se descobrir se o paciente, após sua alta definitiva, e se ele contribui, se continuaria a colaborar. As respostas não surpreenderam, mostrando o engajamento do paciente pela causa e mesmo os que não contribuem atualmente, demonstram o desejo de fazê-lo. Dos que atualmente contribuem quase 75,5% expressaram o desejo de manter a contribuição. As respostas revelam mais uma vez o quanto o paciente se sente importante na estrutura do hospital. O quanto sua parcela de colaboração é benéfica para o encaminhamento das condições de atendimento e de avaliação, mesmo não tendo associado a qualidade do atendimento prestado com o fato de contribuir ou não. A contribuição permite a ele sentir-se comprometido, agindo ativamente.

A análise das respostas leva a concluir que a ação efetuada pelo paciente, em se contribuir ou não com este setor, não está diretamente associada a uma avaliação dos serviços prestados pelo hospital. Este tipo de questionamento não baliza um resultado, mas aquece um corporativismo com a causa:

Caio: “*sim. Eu vou poder ajudar outras pessoas*”.

Elói: “*sim, continuaria*”.

Pedro: “*sim, gostaria. Se possível pelo resto da vida*”.

Rosa: “*eu gostei muito do trabalho da Profis. Eu acho egoísta de nossa parte não contribuir, porque embora eu não faça refeições ali, muita gente depende daquilo ali. Hoje eu não posso, mas quero contribuir*”.

“Ajudar outras pessoas”, saber que “muita gente depende daquilo ali” significa compreender as dificuldades impostas pela situação a que se encontra o fissurado. Como qualquer outra forma de anomalia, ou doença, sempre haverá um grupo centrado em colaborar com o Outro. Os pacientes do Centrinho não são diferentes. Os motivos por que o fazem podem ser variados, desde os religiosos aos de solidariedade, o que se busca é tentar minimizar, para aqueles que não possuem condições socioeconômicas, os reveses encontrados no cotidiano.

A média de tempo de tratamento dos pacientes no hospital é bastante significativa para avaliar se o tratamento sofreu, desde o início, um enfraquecimento das relações pessoais, uma perda ou modificação da relação Eu-Tu, e que leva conseqüentemente à avaliação da qualidade dos serviços prestados. Uma pergunta foi feita com essa intenção e os resultados foram praticamente equitativos. Daqueles que disseram sim, apontaram o aumento do número de pacientes como um fator a se considerar, quando há a perda das relações pessoais. Pode-se supor um certo temor de que o aumento do número de pacientes venha a afetar a qualidade do atendimento que lhe é oferecido, ou se começar a perceber que esse aumento poderá esfriar a relação, mesmo que o atendimento técnico especializado não perca sua qualidade, abrindo mão do tratamento personalizado que lhe confere um diferencial com os outros hospitais, como pode ser visto em questões anteriores, onde a atenção ao paciente era um ponto primordial de avaliação dos serviços prestados. Um caso não credita a esse aspecto. Outros ainda demonstram uma perda pelo próprio desinteresse em mantê-las ativas e, o reconhecimento dessa atitude, por parte do paciente, deverá ser objeto de atenção se o foco do hospital é o do tratamento humanizado. Buscar os motivos que levam a um desinteresse nas relações pessoais poderá evitar situações de engessamento do

tratamento, tornando-o frio e excessivamente técnico, desconsiderando as sutilezas pessoais.

José: “*pelo fato de ter **muita gente**, eles não têm como ficar paparicando muito uma pessoa, senão, acabam privilegiando mais uma do que a outra. **Mas isso não fez diminuir a qualidade**”.*

Guto: “*acho que sim. **Como têm muitos pacientes** agora, eles têm que agilizar o processo. Eles não vão decorar todo mundo”.*

Oton: “*acho que sim. É difícil responder. Acho que com o **aumento do número de pacientes**, pode ter esfriado”.*

Pedro: “*sim, tanto da parte do **Centrinho quanto da minha**”.*

Quiron: “***aconteceu por mim mesmo**. Eu já estando cansado lá, eu só queria ser atendido e ir embora, voltar para casa. Eu não tenho mais a preocupação de perguntar alguma coisa lá. Eu quero naquele dia ser atendido e ir embora. Até porque falta pouco para acabar meu tratamento. Talvez seja por mim mesmo”.*

Para se medir o engajamento do paciente com a sua reabilitação, uma pergunta foi feita, onde era questionado se ele abandonaria o tratamento (em qualquer fase ou por qualquer motivo). A importância da reabilitação, a busca pela necessidade da “cura” como agenciadora das possibilidades futuras de normalização, tanto das funções fisiológicas, como as de (re)inserção na sociedade, é evidente. Neste caso, embora não aparente, a soma das nuances que permeiam este trabalho é decisiva, com uma maior facilidade de se perceber a importância da qualidade dos serviços profissionais e técnicas especializadas. Pelos depoimentos percebe-se a garantia da qualidade do atendimento prestado, o necessário suporte à continuidade e o incentivo do processo de reabilitação até sua alta definitiva:

Caio: “*não. **Eu penso no meu futuro**”.*

Fábio: “*não. **Vou até o final**”.*

José: “*não, **jamais**”.*

Laís: “*não, porque me dão **esperanças de melhora**”.*

Oton: “***de forma alguma**”.*

Irma: “*não. Nada faria eu desistir. **Se não fosse o Centrinho eu não sei o que ia fazer pra me tratar**”.*

É de se esperar que respostas assim fossem ser apresentadas. A fissura labiopalatal compromete toda a estrutura de comunicação do paciente. Sua permanência vai acarretar distúrbios, além dos fisiológicos, de relacionamentos, tanto no campo

afetivo-amoroso, escolar ou do trabalho. Portanto, se empenhar na busca da melhora ultrapassa os limites das dificuldades que por hora possam aparecer. Seria impossível “pensar no próprio futuro” sem a reabilitação. Numa sociedade centrada nos conceitos darwinianos de convivência, em que somente os mais aptos poderão sobreviver, os pacientes do Centrinho, como outros que também apresentam anomalias, já iniciam a vida em desvantagem.

A rotina percorrida pelo paciente no Centrinho se dá de duas maneiras: a ambulatorial e a internação. No primeiro caso, o paciente se utiliza dos serviços, geralmente em um dia, e em seguida retorna para sua casa. Neste dia ele faz uso dos serviços de fonoaudiologia, dentística, ortodontia, serviço social, entre outros. No segundo, quando da internação para uma posterior cirurgia, serão necessários alguns dias para que ele possa desempenhar completamente toda a rotina, se utilizar dos serviços inerentes a uma intervenção cirúrgica e também dos serviços ambulatoriais. O filão para se avaliar os serviços do hospital aparece em ambos os casos.

Sendo assim, as duas próximas questões envolveram a avaliação do hospital pelo paciente, de maneira direta, referentes às relações pessoais entre ele e o corpo clínico. A primeira pedia para que o paciente manifestasse se em algum momento ele não teve a atenção que merecia. A segunda implicava que o paciente estivesse internado, para que sentisse se o tratamento dispensado a ele manifestou-se de maneira diferente ao demais, tanto positiva como negativamente, permitindo mais uma vez avaliar o hospital sob este aspecto. No primeiro caso, a avaliação necessita de pontos de reflexão, pois as relações pessoais do Eu-Tu se manifestam integralmente nos discursos, apontando uma relação pessoal embutida de consideração pelo paciente e, conseqüentemente, uma avaliação positiva de sua parte:

Abel: “*não. Sempre fui bem tratado*”.

Guto: “*não me lembro de nenhuma vez que não tenha sido bem tratado*”.

Pedro: “*não. Todas as vezes eu fui bem tratado*”.

Uma análise mais profunda destes depoimentos poderia sugerir que “ser bem tratado” pudesse ser confundido com um tratamento excessivamente profissional? Como se avaliam as porções de um tratamento profissionalizado de um tratamento deveras humano? Onde começa e termina cada um e o quanto de cada um é importante, para que se mantenha o objetivo de um atendimento pessoalizado? Sim, porque mesmo um leigo perceberia que a totalidade de um ou do outro não surtirá o efeito desejado no processo de humanização. Encontro em GINZBURG (1989) uma possibilidade para as

respostas das questões: “uma disciplina como a psicanálise constitui-se, como vimos, em torno da hipótese de que pormenores aparentemente negligenciáveis pudessem revelar fenômenos profundos de notável alcance”.

Porém, ainda neste mesmo caso, a análise das duas respostas seguintes permite ponderar o que chamamos de falta de uma ética balizada por parte dos prestadores dos serviços. Um deslize desproporcional à conduta do hospital. Seus modos de agir não permitem uma relação satisfatória do Eu-Tu, e menos ainda, de uma Eu-Isso mínima, descambando para uma insatisfação do paciente e negativizando sua avaliação:

Laís: “*o cirurgião que me decepcionou, que o considero arrogante*”. A paciente refere-se ao cirurgião, que quebrou suas expectativas de melhora quando lhe informou que não haveria nada mais a fazer, e ela ainda não se encontrava satisfeita com os resultados. Talvez um conhecimento melhor do paciente possa evitar este tipo de atitude. Conhecendo as peculiaridades do paciente, e seu modo de encarar a realidade que enfrenta, pode fazer com que o cirurgião perceba sua falta de sensibilidade, o excesso de sinceridade, ou o despreparo para lidar com a situação, o que evitaria atrapalhar o processo de uma reabilitação que por si só é bastante delicada.

Oton: “*eu não me lembro muito bem. Apenas uma cirurgia que havia uma possibilidade de acontecer, embora apenas uma previsão. E a cirurgia não aconteceu e eles não me deram uma satisfação sobre o porquê dela não ter acontecido. Eu procurei saber e descobri que havia muitos pacientes para serem operados após um feriado. E operaram 4 bebês, porque não ficam muito tempo internados. O hospital estava numa semana em que dão uma atenção a pacientes com anomalias craniofaciais que retém os pacientes por mais tempo. Então, o hospital estava muito cheio. Eu reclamo não do fato de não ter sido operado, mas sim da maneira que me foi passada: vá embora, volte amanhã que talvez você opere*”.

Uma resposta, ainda a respeito da pergunta anterior, também pode estar inserida no aspecto da falta de uma ética balizada pelo profissional. Embora não seja intuito tecer comentários a respeito da avaliação do hospital pela paciente, o depoimento deve ser lido com, no mínimo, cautela e precaução:

Rosa: “*um ponto negativo vem do médico que me operou, mas talvez porque eu não tenha muita experiência dele. Eu operei uma pequena fissura interna, então, ele me olhou e disse que meu nariz tinha ficado ótimo. Eu respondi que eu não havia feito o nariz. Quer dizer, ele não sabia nem sequer quem eu era exatamente*. Embora a paciente demonstre insatisfação com o episódio ocorrido, em que a possibilidade das

relações Eu-Tu e Eu-Isso não estivessem acontecendo de maneira agradável, possibilitando uma avaliação negativa do hospital, a própria paciente não soube explicar se ele era ou não o profissional que operou seu nariz. Ele poderia estar elogiando apenas o trabalho feito, independente de saber se havia feito ou não a cirurgia, fato comum no hospital, que também é voltado à pesquisa. Minha experiência pessoal comprovou em vários momentos que um trabalho bem executado por determinado profissional tinha seus resultados apresentados a outros, para que pudessem absorver do trabalho a eficiência da técnica empregada. Como no caso do cirurgião que decepcionou a paciente, o discurso também é válido aqui. Não é o paciente que deve “ter muita experiência dele”, mas ambos devem se conhecer para chegar a um resultado comum de satisfação pelo trabalho feito.

Dando continuidade, as relações pessoais durante a internação estão sempre plenas de satisfação. Prova maior é que todos os pacientes citam essa característica e, o fato de não diferenciação entre os pacientes, acarreta um estado de certeza diante de um problema comum:

Pedro: “*todo mundo é tratado igual*”.

Oton: “*nunca fui tratado mal. Eles não diferenciam ninguém*”.

José: “*o bom de lá é que todo mundo é igual independente de raça, religião e classe social*”.

A não-diferenciação de alguém e o tratamento igualitário sugerem a mesma análise acima, quando se é discutido a humanização e a profissionalização do atendimento durante a internação. Porém, é de louvar a forma como se dá a dinâmica de internação. Um comportamento individualizado e subjetivo que respeitasse as diferenças seria inviável de ser aplicado. E para isso a padronização do *modus operandi* do cotidiano se faz necessária e tudo deve ser deixado na ala da pré-internação: roupas, bolsas, jóias, dinheiro etc. Somente é permitida a entrada de cigarros para os fumantes, com horários e locais apropriados, livros e remédios que o paciente esteja fazendo uso no momento. Todo o material utilizado pelos pacientes é, então, fornecido: roupas, chinelos, tênis, pijamas etc. Isso facilita a manutenção da limpeza e ordem, propiciando uma higienização segura. Percebe-se que essa padronização surte um efeito muito forte de aproximação, pois características individuais suscitam rejeições em qualquer local, mesmo fora do hospital e com qualquer pessoa. A administração do tempo também é determinante para a manutenção do funcionamento do hospital para os internos. Não se pode esquecer que, mesmo hotéis de alta categoria também possuem seus horários de

café-da-manhã, almoço e jantar. E ninguém se hospeda em hotéis para passar por um processo cirúrgico.

Um paciente reclama do excesso de zelo, da falta de liberdade:

Quiron: *“diferente em relação aos outros não, mas eu acho que lá eles tratam os pacientes como doentes. Como se tivesse problema mental. Como se tivessem menos... Eu fiz a ortognática, mas eu estava bem disposto. Eu estava ruim assim pra andar, mas nem um dia eu andei de bengala. Eu tô falando que **eles são muito cuidadosos**, tem vários horários de almoço, jantar... E tem também: ah! não pode isso, não pode aquilo. Televisão é só tal hora...”*

Um outro ponto de avaliação do hospital pelos pacientes é em relação aos retornos. Não houve uma pergunta específica para este aspecto. Todos os depoimentos aqui foram pinçados em vários momentos das entrevistas, e que os citavam como fonte de insatisfação, refletindo no tempo de tratamento (já discutido). Sendo assim, a demora do paciente em retornar ao hospital, para dar continuidade a seu tratamento, lhe traz dissabores ao perceber que será refletido na demora em obter sua alta:

Beto: *“não que eu me lembre. Sempre fui bem tratado. A não ser **3 anos que ficou parado meu tratamento**. Não vinha o retorno, não se resolvia. **Houve uma certa demora, que resultou no atraso de agora**. Esse foi um mal tratamento”.*

Abel: *“a única coisa que eu acho ruim é que atrasou bastante a parte dentária. Eu vejo crianças menores com aparelho. Fazendo enxerto ósseo. Cada caso é um caso, mas acho que o meu deveria... **Eu fiquei bastante tempo sem ser chamado**. A assistente social disse que eu é que deveria correr atrás para ser chamado mais vezes. Depois começaram a chamar com mais frequência. **Eu fiquei uns bons anos sem ser chamado”**.*

Irma: *“**a demora para ser chamada**, talvez devido ao número de pacientes”.*

A última questão da entrevista foi aberta à disposição dos pacientes. Eles poderiam versar sobre qualquer assunto que poderia não ter sido objeto de questionamento. Embora não impedidos de falar sobre aspectos que envolvessem a parte médico-cirúrgica, foram advertidos que seriam registrados na gravação apenas como uma complementação da entrevista, e que não seriam utilizadas no trabalho final. Muitos não quiseram se manifestar, porém, os que o fizeram trouxeram uma contribuição relevante para a avaliação do hospital. Em alguns casos, apenas comentários são feitos. E por serem temas diversos, cada caso será analisado separadamente:

Caio: “*pra mim vai ser bom continuar, porque **no futuro vai melhorar tudo, inclusive a aparência, e me empolga a ir e não desistir***”. É interessante perceber a importância do tratamento neste caso, para a vida futura do paciente. Nitidamente, percebe-se que a aparência vem como um bônus pelo trabalho bem feito (a precisão do Eu-Issso).

Fábio: “*eu quero muito terminar meu tratamento porque **é muito chato ter esse problema***”. Como todos os outros pacientes, a necessidade de voltar a ter uma vida normal é mais que desejada. A vontade de ter resolvido o problema, para não se sentir rejeitado, é a principal motivação que leva o paciente a se dedicar ao tratamento até a sua alta.

Irma: “*apenas uma única vez, **uma orto não me tratou bem. Eu reclamei e nunca mais vi a dentista***”. Novamente um deslize profissional. Novamente a presença da ética não-balizada, contribuindo para uma avaliação negativa do hospital, ou seja, a má relação do Eu-Issso contribuindo em denegrir a imagem da qualidade do serviço profissional técnico especializado. Porém, não se pode desprezar o esforço do hospital ao trocar o profissional, na tentativa de manter o padrão dos serviços oferecidos, e, além: ouvir o paciente.

Ainda, pecando pela falta de uma atenção em relação aos serviços técnicos especializados, vemos no discurso do Pedro, uma perspicaz observação, por sinal, da importância de que seja revisto o modo como as instruções são passadas de pais para pacientes: “*uma coisa que eu acho que poderia ser passado para o paciente é mais instruções sobre o problema em si. Principalmente para as crianças, para que elas possam saber o que elas têm. Eu vejo os pais passarem, mas **muitas vezes os pais não têm a maneira correta de passar, porque não têm aquele nível cultural, um estudo...***”.

Rosa: “*algo que me chamou a atenção no Centrinho, que me fez querer voltar lá, foi justamente essa **troca de experiências com fissurados**. Porque, até então, o único fissurado que eu tinha contato era meu irmão, ele não fez tratamento lá. **O Centrinho me fez estar em contato com a minha realidade, pois pude perceber situações melhores e piores do que a minha***”. A importância da convivência, não só com os profissionais envolvidos com a recuperação do paciente, mas também com outros pacientes, também contribuem para que ele, sentindo-se integrado à realidade pela qual passa, busque uma “normalidade” dentro de uma “anormalidade”.

Todos os depoimentos acima retratam situações já comentadas durante o capítulo. Atrasos e demoras para os retornos, ampliando os tempos de recuperação, melhorias da aparência, refletindo no sucesso pessoal e profissional, a problematização de ser portador da anomalia, o descuido por parte do profissional, a comunicação falha, todos interferindo de alguma maneira no ponto de vista do paciente em relação ao hospital.

Encerrando as entrevistas, o comentário a seguir reflete o quão importante é para o paciente a existência do hospital e principalmente da pessoa que fez com que ele vingasse. O medo de que a esperança depositada em cada paciente, de repente desapareça, seria a maior perda dentre tantas outras de quem convive diariamente com esta realidade:

Oton: *“eles continuam tratando muito bem. A única coisa que tenho medo é em relação ao futuro, porque o criador daquilo lá, infelizmente, vai deixar a gente. E eu tenho medo de com quem o Centrinho vai ficar. Não estou nem pensando em mim, mas sim em todos*

CONCLUSÃO

As conclusões foram fundamentadas e tiveram suporte na teoria apresentada em uma metodologia onde não importa a quantidade de dados obtidos, mas sim, de indícios que apontem respostas possíveis.

As respostas oriundas das perguntas feitas aos pacientes permitiram avaliar a qualidade do atendimento do Centrinho, permeada por três eixos básicos: os recursos materiais, a qualidade dos serviços profissionais e técnicos oferecidos e as relações pessoais.

Pelas duas primeiras perguntas não foi possível avaliar a qualidade do atendimento oferecido pelo hospital, pois, distância e gastos não são aspectos que possam trazer alguma informação no que se refira à qualidade dos serviços prestados.

A equidade de respostas relativas aos atrasos nas consultas também não permitiu avaliar a qualidade dos serviços, isto é, elas não foram parâmetros para que os pacientes emitissem pareceres que denotassem uma satisfação ou insatisfação com os serviços prestados. Mas apontaram os locais onde elas ocorrem com maior frequência, tornando-se pontos a se considerar e objetos de atenção. Como há áreas em que os atrasos são mais frequentes e outras não, soluções de aumento do número de profissionais nestas áreas seriam as mais indicadas. Ou, aumentar-se o tempo das consultas para as áreas relatadas, poderia reverter esse quadro. Ou ainda, uma pesquisa envolvendo uma amostra significativa de entrevistados pudesse apontar com firmeza qual aspecto seria preponderante sobre o outro.

A chegada do paciente ao hospital e seu primeiro contato com ele, via recepção, também não interferiu no modo como o paciente avalia o tratamento. Independente do tipo de relação dada nesse encontro, sua visão não se altera, mesmo que na minha experiência pessoal afirme uma perda da relação Eu-Tu neste momento da chegada, independente de sua intensidade e uma troca por uma relação Eu-Isso eficiente tenha se instalado. Ainda, a qualidade do atendimento técnico especializado não se alterando, considero, sim, uma perda para as relações pessoais em sua totalidade. O cartão de visitas tornou-se frio e não acolhedor.

Trocar o hospital por outro que ofereça o mesmo tipo de serviço sugeriu duas análises. Uma, em que o paciente encontra comodismo e conveniência em seguir seu

tratamento ali e que interferiu numa avaliação. De fato, desconhecedores de outros hospitais que prestem o mesmo serviço (em um caso até aconteceu) é de se supor que não se podendo avaliá-los, o parâmetro se perde. E a outra análise, onde houve implicitamente a exacerbação das relações Eu-Isso, isto é, onde talvez a sua quase totalidade aconteça, pois o paciente se coloca nas mãos do hospital, representado por seu quadro clínico. A prova vem da palavra confiança, denotando prestígio ao hospital e que está intimamente ligada à relação Eu-Isso neste caso. O paciente se vê protegido e seguro, pois tal relação, de extremada importância, garante a qualidade do serviço especializado, visto que o profissional tem que estar embutido do distanciamento da relação Eu-Tu durante o exercício de sua função, certificando o desempenho de sua atuação.

A visão geral do hospital pelo paciente foi de uma avaliação positiva. Quando os detalhes não são esclarecidos os pacientes encontram-se seguros em relação ao tratamento. Alguns ponderaram até o fato do Centrinho fornecer uma qualidade de atendimento que foge ao baixo padrão oferecido por outros hospitais da rede pública.

As duas perguntas para que apontassem aspectos positivos e negativos do hospital não surpreenderam. Na primeira, as respostas evidenciaram que as relações Eu-Tu e Eu-Isso têm que existir. Mesmo que inconscientes pelos pacientes, elas permearam a análise de se perceber a importância das relações Eu-Tu e Eu-Isso em diferentes graus de gradação, atestando suas necessidades e deixando claro que uma instituição, seja ela qual for, carece de ambas. Aqui, os depoimentos deixaram claro também onde cada uma age de maneira mais intensa: fortificações das relações Eu-Tu no modo como o paciente é tratado e das relações Eu-Isso no tocante aos serviços médicos especializados.

Para os pontos negativos os recursos materiais foram os objetos de atenção, como o prédio de andares ainda não concluído e a falta de material cirúrgico, como exemplos. Peculiar é perceber que neste quesito houve a necessidade de se apontar objetos materiais. Provavelmente, a falta destes recursos seja a mais flagrante por parte do paciente que, não inserido na completa dinâmica do hospital, não tem recursos para avaliação. Era esperado do paciente citar também o longo tempo despendido no tratamento e os atrasos nas consultas, fato mais que discutido na organicidade do hospital e, no primeiro caso, justificado devido à inerência da anomalia, mas, causou estranhamento ser citada a distância como ponto negativo. Inicialmente ela não serviu como base de avaliação do hospital, sendo tratada como um ponto externo de avaliação,

mas apareceu aqui como um fator a se considerar. Sua justificativa pode ser dada devido à falta de pontos negativos a que o paciente deveria revelar, ou ainda, uma maior compreensão do trabalho durante a entrevista.

O Centrinho foi diferenciado dos demais órgãos públicos de saúde englobando 3 aspectos de avaliação pelos pacientes. Ficou evidente que quando o paciente avaliou-o, inseriu as relações pessoais, os serviços especializados e os recursos materiais.

O questionamento para se saber o porquê do Centrinho funcionar num país de descaso com a saúde pública não foi surpresa, quando os pacientes relataram que há a colaboração do governo, órgãos externos etc. O que chamou a atenção foi a menção de suas participações como agentes de eficácia do processo, ponto de extrema importância, quando se nota que com essa auto-valorização a avaliação do hospital foi mais uma vez elevada.

A contribuição mensal paga pelos pacientes (não-obrigatória) não serviu de aspecto para que o paciente avaliasse a qualidade dos serviços prestados, apenas percebeu-se um engajamento e humanidade com a causa, uma vez que o paciente percebe sua importância na ajuda ao tratamento do outro que não possui as mesmas condições financeiras.

Se o paciente pôde evidenciar o enfraquecimento das relações Eu-Tu justificaram que o aumento do número de pacientes matriculados pode ter contribuído, afetando negativamente um processo mais pessoalizado, afetando também o aumento do tempo de tratamento, já longo, devido a especificidade do problema.

Em nenhum momento o paciente pensa em abandonar o tratamento diante das dificuldades que encontra. A vontade de se sentir pleno impulsiona-o a atingir seu final e nada o faz interrompê-lo. Isso mostrou muita sensatez do paciente, que como qualquer outra pessoa que seja prejudicada por algum tipo de anomalia, quer ter o desejo de eliminá-la, ou amortizar seus reflexos indesejáveis.

Questionados se em algum momento não foram bem tratados, tanto na parte ambulatorial como na internação, os pacientes foram praticamente unânimes em respostas negativas, com alguns casos de insatisfação por algum deslize, quer de material ou do profissional que os atenderam, salientando pontos que devem ser revistos, pois acarretam avaliações negativas do hospital, podendo influenciá-las na visão da qualidade do atendimento como um todo.

Os retornos ao hospital foram pontos de insatisfação e remeteram a uma má avaliação do hospital. As justificativas foram as mais variadas, desde o aumento de pacientes, a falta de comunicação do hospital, ao desinteresse do próprio paciente. A avaliação foi negativizada porque o paciente direciona este atraso no tratamento integral, que como já analisado, é consideravelmente longo.

Outro ponto a se considerar é que o fator econômico dos pacientes, não medido, embora sentido, não influenciou a visão que o paciente tem do hospital. Todos os discursos, claro, com suas nuances, não fugiram ao rol de respostas esperadas em que, tal fator, pudesse comprometê-las. Não que se esperassem respostas prontas, mas independente da classe social de cada um, todas estiveram dentro de uma conformidade, isto é, a situação econômica do paciente não permitiu posições extremadas de avaliação do hospital.

As relações pessoais, para o tratamento em geral, correm o risco da burocratização extremada. Qualquer órgão público padece deste mal, mesmo que um resquício de burocratização seja compatível nestes ambientes. Porém, ela não pode exceder, pois é incompatível com o tratamento pessoal. Não só no Centrinho, como em qualquer outro hospital, os pacientes menores de idade têm seus pais tratados como “pai” e “mãe”. Talvez o momento mais flagrante desse deslize institucional das relações pessoais. Toda instituição deveria tentar encontrar o tratamento pessoalizado. Isso interfere de maneira bastante significativa no modo de encará-la.

Várias são as nuances que atestam que no Centrinho o projeto de uma humanização do atendimento, em que as relações interpessoais propostas por Buber são evidenciadas, contemplam o que foi apresentado no capítulo 2 deste trabalho. Alguns exemplos podem ser citados como o atendimento cortês ao paciente, o respeito à sua cultura, a relação entre seu corpo clínico, a solidariedade, a imagem do hospital perante a sociedade, a capacitação de seus profissionais, o estímulo às parcerias e intercâmbio de conhecimento. A busca pela humanização ainda encontra respaldo nas palavras de FORTES em que a dimensão psicossocial do paciente e a multidisciplinaridade dos profissionais devem ser objetos de atenção, evitando os extremos tecnológicos tornando as relações frias e sem um caráter pessoalizado. O estímulo à valorização profissional também levará a um processo de humanização pois assim sendo o atendimento será realizado com maior eficiência e, conseqüentemente, a imagem da instituição será positiva. Ainda, dentro da teoria apresentada para se levantar os aspectos de uma

humanização hospitalar, o paciente encontrará no Centrinho um atendimento digno, atencioso e respeitoso. A humanização não se limita a fatos apenas de origem estrutural. Seus aspectos também podem ser conferidos nos discursos dos pacientes, e, ainda, a constatação da presença das relações Eu-Tu, de extrema importância para que o processo ocorra, auferindo, sem dúvida, uma qualidade acima da média no atendimento. Eis alguns trechos de relatos em que é evidenciada: “você é muito bem tratado”, “o respeito”, “o tratamento igualitário”, “a atenção que eles têm por cada paciente”, “o tratamento e a consideração pelos pacientes”, “o atendimento, a simpatia”, “mais afeto”, “sempre fui bem tratado”, “eles não diferenciam ninguém”. Esses discursos dão mostras de que a humanização acontece embasada junto às propostas de Buber, pois atenção, consideração, simpatia e afeto, por exemplo, não dependem de estruturas físicas para serem compartilhados. Para Buber, como visto, a formação das comunidades humanas dá-se pelo diálogo e, atenção, consideração, simpatia e afeto somente serão efetivados pelo diálogo pois não dependem de máquinas ou equipamentos para acontecer. Comportamentos estes que não consideram o paciente como um objeto, mas como um acontecimento de vida. Parceiros que se encontram numa reciprocidade, pois o profissional também necessita ser estimulado por seu lado humano.

É necessário entender que a relação Eu-Tu não deve ser vista apenas como uma mediadora de relações de caráter positivo em que os atores que dela fazem parte, como numa simbiose, se vejam em vantagens. A relação Eu-Tu também apresenta aspectos em que os resultados sejam desfavoráveis, e no Centrinho também ocorrem reações negativas, confirmando esta proposta, quando o paciente relata: “o cirurgião que me decepcionou, que o considero arrogante” ou “ele não sabia nem sequer quem eu era exatamente”.

Deve-se, ainda, ter em mente que a humanização acontece naturalmente e não necessariamente que ela seja um processo. Pois nem sempre um processo garantirá uma efetivação das medidas tomadas. Ela pode acontecer na forma de um encontro, sem estar vinculada a um programa pré-determinado. A dialogicidade pode ser um veículo por meio do qual se expressará, acontecendo sem um enquadramento prévio em que se busca a plenitude num determinado nível de exigência, porque a característica da relação Eu-Tu é que os agentes devem estar inteiramente inseridos nela.

A relação Eu-Tu não consiste na realização de bens físicos. É uma relação entre pessoas e, sendo assim, uma vez humanas, a possibilidade dos acontecimentos seguirem rumos com resultados positivos e negativos é considerável.

Outro aspecto a ser evidenciado pelo paciente do Centrinho é o que pode ser chamado de relação tutelar consentida. O paciente consente com o tratamento, mesmo que durante anos fique vinculado a ele. Necessariamente não significa um mal em si pois a reabilitação fará com que retorne a uma vida onde os percalços oriundos da anomalia física de nascimento serão minimizados. Porém, durante o tratamento, a vida do paciente estará enviesada a ele, permitindo, numa outra análise, se perceber a influência das gradações das relações Eu-Tu e Eu-Isso sustentadas por Buber.

Importante também foi perceber que o paciente, se inserindo como co-adjuvante no processo do atendimento, está demonstrando que a relação Eu-Tu está efetivada. Quando diz: “as pessoas fazem com que ele (Centrinho) funcione” e “todo mundo ajuda” e, uma vez que esta relação necessita de pessoas para acontecer, sua presença está confirmada.

A questão final, aberta aos pacientes, demonstrou várias facetas, isto é, as respostas foram pulverizadas, mostrando pontos positivos e negativos, mas principalmente, uma esperança e certeza de melhora, um desejo de cura, uma necessidade imediata.

Embora a maioria não quisesse se pronunciar, a preocupação com o tratamento, com a existência do hospital e principalmente sua continuidade, foram apontadas, revelando uma certeza da prestação de um serviço, no mínimo, correto.

Mesmo diante de algumas falhas, nada macula sua imagem junto a quem o procura para o tratamento.

Porém, por alguns comentários feitos, temem-se indícios da industrialização da cirurgia, podendo eliminar ou reduzir o caráter humano das relações pessoais, apontado por Buber.

É importante ressaltar que essa industrialização não é a resposta da produção em massa, comumente encontrada nos meios fabris. Deve-se ter em vista essa industrialização como beneficiária para o universo de pacientes tratados pelo hospital. Tal fator pode ter sido gerado devido ao aumento da informação pelos meios de comunicação, que fizeram com que um elevado número de pacientes recorresse à

Bauru, tornando o contingente de pacientes inscritos, acima do esperado e suportado pelo hospital. Um processo de descentralização já foi iniciado, desafogando-o.

Certamente, essa industrialização vem atender aos desejos dos pacientes, mesmo que não estejam cientes deste processo, afinal no depoimento do Fábio lê-se: “*é muito chato ter esse problema*”.

É muito importante que para o processo de cura, sejam unidos tanto os aspectos emocionais como os físicos, no que tange à reabilitação das funções fisiológicas de forma segura e eficiente. Para isso, a relação dialogal entre o paciente e o funcionário de qualquer órgão de saúde tem que acontecer. Sem ela, a promoção da cura fica comprometida.

Os módulos de vínculo entre o hospital e o paciente fazem com que ele sinta-se apto e reabilitado. Seu desejo de gratidão, mesmo não sabendo ser a reabilitação um direito constitucional, extrapola e invade o senso comum.

Não é difícil perceber as relações Eu-Tu e Eu-Isso propostas por Buber no Centrinho. Evidentemente, a verdadeira gradação destas não é permitido saber, pois tais relações não podem ser computadas em números, nem se pode afirmar onde elas ocorrem e a intensidade do quanto cada uma acontece, visto que não há limites inferiores ou superiores que as determinem.

De uma maneira geral, o hospital confirma um tratamento de excelência, tem uma visão privilegiada pelos pacientes, é referência nacional e internacional e serve de um excelente exemplo de aproveitamento do dinheiro público.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- “A Idealização do INCOR *versus* a Liderança do Dr. Zerbini: uma Análise sob a Ótica da Política, da Cultura e do Exercício de Poder do Fundador” - http://www.fgvsp.br/iberoamerican/Papers/0428_Iberofinal.pdf
Acesso em 24/09/2007
- “A Gripe Assassina” - http://educaterra.terra.com.br/almanaque/ciencia/gripe_espanhola.htm. Acesso em 17/09/2007.
- “A Realidade dos HUs”. Jornal Hoje. <http://jornalhoje.globo.com/JHoje/0,19125,VJSO-3076-20070920-302367,00.html>. Acesso em 24/09/2007
- “AIDS no Brasil 2005: Queda Entre Crianças, Adultos Jovens e Usuários de Drogas” - Agência de Saúde -<http://boasaude.uol.com.br/lib/emailorprint.cfm?type=news&id=6091>. Acesso em 27/09/2007.
- “Alerta à Saúde”. Jornal Hoje. <http://jornalhoje.globo.com/JHoje/0,19125,VSJO-3076-20070919-302188,00.html> Acesso em 24/09/2007.
- “Anomalia Genética”- http://pt.wikipedia.org/wiki/Anomalia_gen%C3%A9tica Acesso em 27/09/2007.
- “BRASIL” – Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo?IMESP, 1988, 144 p.
- “BRASIL” – Decreto n. 3298 de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a lei n. 7853 de 24 de outubro de 1989. <http://www.conselhos.sp.gov.br/ceappd-sp/Leis%20PPD/DEC%20FED%203298.htm>. Acesso em 28/08/2007a.
- “BRASIL” – Decreto n. 3956 de 20 de dezembro de 2001. <http://www.conselhos.sp.gov.br/ceappd-sp/Leis%20PPD/DEC%20FED%203956.htm>. Acesso em 28/08/2007b.
- “Brasil Mantém o Mesmo Investimento em Saúde em 15 Anos” – Saúde Business Web - 18/02/2008 - <http://www.saudebusinessweb.com.br/noticias/index.asp?cod=54608>. Acesso em 17/06/2008.
- “Câmara Votará Novo Imposto” – Último Segundo/Santafé Idéias – 27/05/2008 – http://www.ultimosegundo.ig.com.br/brasil/2008/05/27/camara_votara_novo_imposto_para_saude_1328106.html – Acesso em 17/06/2008.
- “Centrinho” - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo – Bauru – São Paulo – <http://www.centrinho.usp.br> Acesso em 07/05/2007.
- “Cirurgias Reparadoras em Crianças” – Centro Nacional de Estudos e Projetos - <http://www.cnep.org.br/projetos/cirurgia.asp> Acesso em 23/08/2007

- “CPMF” - <http://pt.wikipedia.org/wiki/CPMF> Acesso em 27/09/2007.
- “Decreto nº 4.682 - de 24 de Janeiro de 1923 - DOU de 28/01/23 - Lei Eloy Chaves” - http://www.previdenciasocial.gov.br/aeps2003/12_01_19.asp Acesso em 17/09/2007.
- “Demografia do Brasil” - [http://pt.wikipedia.org/wiki/Demografia do Brasil](http://pt.wikipedia.org/wiki/Demografia_do_Brasil) Acesso em 27/09/2007.
- “Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar” – Ministério da Saúde – Brasília – 2000 – Portal Humanizar – http://portal.saude.sp.gov.br/resources/gestor/aceso_rapido/auditoria/manual_PNHAAH.pdf. Acesso em 12/06/2008.
- “Médicos Bebem Cerveja Enquanto Pacientes Morrem à Espera de Atendimento” – Jornal da Band – Rede Bandeirantes de Televisão – ed. de 21/09/2007 – <http://www.band.com.br/jornaldaband/conteudo.asp?ID=47435&CNL=1> Acesso em 22/09/2007.
- “Ministério da Saúde” - http://portalweb05.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_resultado.cfm?ano_pesq=2000&parpesq=area – 2000. Acesso em 12/06/2008.
- “Ministério da Saúde”- http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=395 – 2004. Acesso em 12/06/2008.
- “Mosquito da Dengue Continua Vencendo” - Jornal Nacional – Rede Globo de Televisão – ed. de 04/09/2007 <http://jornalnacional.globo.com/Jornalismo/JN/0,,A1626927-3586-726125,00.html> – Acesso em 05/09/2007.
- “O Plano Salte” – Dicionário Histórico-Biográfico Brasileiro – CPDOC – Fundação Getúlio Vargas – http://www.cpdoc.fgv.br/dhbb/verbetes_htm/1790_17.asp Acesso em 27/09/2007
- “O que é Reabilitação?” – Portal da Saúde – Ministério da Saúde Português - <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/reabilitacao/reabilitacao.htm> Acesso em 28/08/2007.
- “Os Serviços de Saúde Pública no Brasil” – http://www.bvhistoria.coc.fiocruz.br/local/file/sevico_saude_publica.htm Acesso em 22/08/2007
- “Presidente Rodrigues Alves Morreu de Gripe Espanhola” - http://www.roche.com.br/TherapeuticAreas/doenca_infecciosas/gripe/curiosidades_PT.htm. Acesso em 17/09/2007.
- “Raio-X da Saúde”. Jornal Hoje. <http://jornalhoje.globo.com/JHoje/0,19125,VJSO-3076-20070921-302627,00.html>. Acesso em 24/09/2007.
- “Reabilitação” - http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/hospital/servicos_especializados/reabilitacao.asp Acesso em 28/08/2007.

- “Relatório da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil” - http://www.saude.rj.gov.br/Docs/Acoes/dengue/Relat%F3rio%20de%20Casos%20de%20Dengue%20_28-05-2008%20-%2018h10m_.pdf Acesso em 17/06/2008.
- “Saúde”- <http://www.donaantonia.com.br/saude.htm>. Acesso em 27/08/2007
- _____ - <http://jornalhoje.globo.com/JHoje/0,19125,VJSO-307620071024307192,00.html> - Acesso em 24/10/2007
- _____ - http://www.jornaldamidia.com.br/noticias/2005/03/18/Brasil/Ministério_quer_reduzir_casos_de_.shml - Acesso em 17/01/2008
- “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida”- http://pt.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome_da_imunodefici%C3%Aancia_adquirida Acesso em 24/09/2007.
- “Você Apagou a Luz e Iluminou o Brasil” – Folha On Line – 19/02/2002 - http://www1.folha.uol.com.br/folha/dinheiro/2001-crise_energetica.shtml Acesso em 27/09/2007.
- ACKOFF, R. L., *Gerência em Pequenas Doses*. Tradução Margarida Myrta Tournillon. Rio de Janeiro, Campus, 1988
- ALBUQUERQUE, C. M. S., OLIVEIRA, C. P. F., *Saúde e Doença : Significações e Perspectivas em Mudança*. http://www.ipv.pt/millennium/Millennium25/25_27.htm Acesso em 27/08/2007
- ALMEIDA, E. S., (org.) - *Distritos Sanitários: Concepção e Organização*. São Paulo - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – vol.1, 1998, http://bases.bireme.br/bvs/sp/P/pdf/saudcid/vol1_00.pdf Acesso em 27/09/2007
- ALVES, M. M., *Sábados Azuis – O Brasil que Dá Certo*. 2ª ed. Rio de Janeiro, Léo Chistiano Editorial, 2000.
- BARTHOLO JUNIOR, R. S., *Você e Eu – Martin Buber, presença palavra*, 1ª ed., Rio de Janeiro – Editora Garamond – 2004.
- BECKER, H. S. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. Tradução de Marco Estevão. 3ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1994.
- BERENSTEIN, C. K., *O Perfil Etário dos Custos de Internação na Saúde Pública no Brasil: uma Análise para as Capitais das Regiões Metropolitanas do Brasil em 2000*. [Mestrado] – Universidade Federal de Minas Gerais – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional – Belo Horizonte – MG. – 2005.
- BERTOLLI FILHO, C., *História da Saúde Pública no Brasil*. 4ª ed. São Paulo, Ática, 2006.
- BETTS, J. *Considerações Sobre o que é Humanizar* – Portal Humanizar – 2003 - <http://www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37> Acesso em 12/06/2008.

- BISCALCHIN, F. C., *A Verdade no Diálogo em Martin Buber* – http://fabio_camilo.sites.uol.com.br/buber.htm – Acesso em 18/09/2008.
- BISPO, C. A. F., *Um Novo Modelo de Pesquisa de Clima Organizacional*, Revista Produção, v. 16, n.2, Maio/Agosto, 2006, USP, São Paulo.
- BONI, V., QUARESMA, S.J. *Aprendendo a Entrevistar: Como Fazer Entrevistas em Ciências Sociais*. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC. Vol. 2, n° 1, janeiro-julho/2005, p.68-80. Acesso em 15/01/2008.
- BORIS, G. D. J. B., *Uma Reflexão Acerca da Consistência Teórica das Psicoterapias Humanistas*, Revista de Psicologia, 5 (1): pág 69/75, Jan/Jun, 1987 – Fortaleza – CE. http://www.encontroacp.psc.br/uma_reflexao.htm - Acesso em 19/9/2008.
- BRAGA, M., *CPMF: R\$ 33 Bilhões Arrecadados Serviram para Pagar Juros e Dívida. – Contas Abertas* - http://contasabertas.uol.com.br/noticias/detalhes_noticias.asp?auto=1793 Acesso em 24/08/2007.
- BORIS, G. D. J. B., *Uma Reflexão Acerca da Consistência Teórica das Psicoterapias Humanistas*, Revista de Psicologia, 5 – Jan/Jun, 1987 – http://www.encontroacp.psc.br/uma_reflexao.htm. Acesso em 22/10/2007.
- BUBER, M., *Do Diálogo e do Dialógico*. Perspectiva, São Paulo, 1987.
- _____, *Sobre Comunidade*. Trad.: Newton A. Von Zuben - Perspectiva, São Paulo, 1987.
- CAPELOZZA FILHO, L. et al. *Conceitos Vigentes na Etiologia das Fissuras Labiopalatinas*. Rio de Janeiro, v. 78, n. 4, p. 233-240, jul/ago. 1988.
- CAPRARA, A., FRANCO, A. L. S. *A Relação Paciente-Médico : Para uma Humanização da Prática Médica* – Caderno de Saúde Pública – v. 15, n.3 – Rio de Janeiro jul/set. 1999 – http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000300023 Acesso em 12/06/2008.
- CARRARA, S., “*The Symbolic Geopolitics of Syphilis: an Essay in Historical Anthropology*” – História, Ciências, Saúde –Manguinhos, III (3): 391-408, Nov. 1996 - FEB.1997. - Acesso em 16/01/2008.
- CARVALHO, J. *Rede Sarah Exporta Tecnologia para Dinamarca*. Jornal O Globo, Caderno O País, Rio de Janeiro, 2/06/2003.
- CAULLIRAUX, H., YUKI, M., (org.), *Gestão Pública e Reforma Administrativa: Conceitos e Casos: a Experiência de Florianópolis*. Rio de Janeiro, Lucerna, 2004.
- CAVALCANTE, P., *Políticas de Saúde do Brasil*. http://www.medsobral.ufc.br/especializacao_psf/psf/Políticas_de_Saude_no_Brasil.ppt Acesso em 28/08/2007.

- CEMBRANELLI, F. *Um Projeto de Humanização: Para Quê, Para Quem?* - Portal Humanizar – 2003 - <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=49>
Acesso em 12/06/2008.
- CODA, R., *Pesquisa de Clima Organizacional e Gestão Estratégica de Recursos Humanos*. In: BERGAMINI, C. W., CODA, R. (org.). *Psicodinâmica da vida organizacional: motivação e liderança*. São Paulo: Atlas, 1997.
- COSTA, A. M. *Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde* – Saúde e Sociedade – v. 13, n. 3 – São Paulo set/dez 2004 – http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1290200400300002&lng=pt&nrm=iso Acesso em 03/06/2008.
- COSTA, C. *Choque de Gestão Resolveria Crise na Santa Casa*. *Jornal O Globo*, Caderno Rio, Rio de Janeiro, 15/07/2007.
- COSTA, J. F., *Ordem Médica e Norma Familiar*. 2ª ed. Rio de Janeiro, Graal, 1983.
- DEJOURS, C., *A Loucura do Trabalho: um Estudo da Psicopatologia do Trabalho*. Trad. Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. 3ª ed. São Paulo: Cortez Editora, 1988.
- DESLANDES, S. F. *Análise do Discurso Oficial Sobre a Humanização da Assistência Hospitalar* – Ciência e Saúde Coletiva – v. 9, n. 1 – Rio de Janeiro 2004 – http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232004000100002&script=sci_arttext Acesso em 12/06/2008.
- ESCODA, M. S. Q., LIMA, M. F., *Saúde, Sociedade e Governo*. 1992 – <http://www.ufrnet.br/~scorpius/31-Saude-soc%20e%20gov.htm> Acesso em 28/08/2007.
- FARO, A. C. M. e, *O Ensino de Reabilitação : Expectativas de Estudantes de Enfermagem* . – Rev. Esc. Enf. USP, vol.30, nº 2, 332-339 pp., 1996
<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/351.pdf> Acesso em 28/08/2007
- FERREIRA, M. O., *Políticas de Saúde no Brasil: Análise de Valores Investidos de 1994 a 2002*. [Especialização], Universidade de Brasília, Brasília, 2002
- FINKELMAN, J., (org.). *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2002.
- FORTES, P. A. C. *Ética, Direitos dos Usuários e Políticas de Humanização da Atenção à Saúde* – Saúde e Sociedade – v. 13, n. 3 – São Paulo set/dez 2004 – http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1290200400300004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 03/06/2008.
- FOUCAULT, M., *O Nascimento da Clínica*. Tradução de Roberto Machado 6ª ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2004.
- GARCIA, E. S., “Saúde Pública: Investimento Prioritário”- *Cadernos de Saúde Pública*. vol. 13, nº 1, 1997.

- GINZBURG, C. *Mitos, Emblemas, Sinais: Morfologia e História* – São Paulo – Tradução: Federico Carotti - Companhia das Letras, 1989.
- GOMES, A. M. A., NATIONS, M. K., LUZ, M. T. *Pisada como Pano de Chão: Experiência de Violência Hospitalar no Nordeste Brasileiro* – Saúde e Sociedade – v. 17, n.1 – São Paulo jan/mar 2008 – http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000100006&lng=pt&nrm=iso Acesso em 03/06/2008.
- GRIGÓRIO, D. A., *Teses e Dissertações em Saúde Pública e Portarias do Ministério da Saúde: Estudos de uma Década sob a Ótica do DeCS*. [Mestrado] – Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública – Rio de Janeiro, RJ. 2002.
- GUIMARÃES, R., TAVARES, R. A. W., (org.), *Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80*. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1994.
- HERZLICH, C. *Saúde e Doença no Início do Século XXI: Entre e Experiência Privada e a Esfera Pública*. Physis v. 14, n. 2, Rio de Janeiro jul/dez 2004. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000200011&lng=pt&nrm=iso Acesso em 03/06/2008.
- ILLICH, I., *A Expropriação da Saúde – Nêmesis da Medicina*. Tradução de José Kosinski de Cavalcanti. 4ª ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.
- JONES, M.C. *Etiology of Facial Clefts: Prospective Evaluation of 428 Patients*. Cleft Palate Journal, 25(1), 16-20, 1988.
- KATZ, N., PEIXOTO, S. V., *Análise Crítica da Estimativa do Número de Portadores de Esquistossomose Mansonii no Brasil*. Rev. . Soc. Bras. Med. Trop. Vol. 33 – Uberaba – 2000. <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037868220000009&script=sci-arttext> Acesso em 28/08/2007.
- KUMMER, A.W. *Cleft Palate and Craniofacial Anomalies : Effects on Speech and Resonance*. San Diego: Singular, 2000. 560 p.
- LAGERKVIST, P., *Barrabás*, 2ª ed. Rio de Janeiro, O Cruzeiro, 1969.
- LAKATOS, E.M., M. *Técnicas de Pesquisa*. 3ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 1996.
- LEITE, M. *Botucatu, Bauru e a Globalização Meia-Bomba*. Jornal Folha de São Paulo, Caderno Ciências, São Paulo, 15/09/2002.
- LIMA, M. R. *et al. Atendimento Fonoaudiológico Intensivo em Pacientes Operados de Fissura Labiopalatina : Relato de Casos*. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. v. 12, n. 3 – São Paulo – jul/set. 2007. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342007000300012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 03/06/2008.
- LOFFREDO, L.C. M., FREITAS, J.A.S. *Prevalência de Fissuras Orais de 1975 a 1994*. Revista de Saúde Pública, 2001.

- LONDRES, A., VILAR, J. *Efeito Pêndulo na Saúde Privada*. Jornal Gazeta Mercantil, Rio de Janeiro, 25/11/2002.
- LOPES, J. F., *Aconselhamento Genético* – <http://www.ufv.br/dbg/trab2002/AG/ACG001.htm> – Acesso em 09/10/2007.
- LUZ, M. T. *Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX* – Physis: Revista de Saúde Coletiva – v. 15, supl. O Rio de Janeiro, 2005 – http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300008&lng=pt&nrm=isso. Acesso em 03/06/2008,
- _____. *As Instituições Médicas no Brasil: Instituição e Estratégia de Hegemonia* – Rio de Janeiro – Edições Graal – 1979.
- MARQUES, U. M., CASTRO, J. A. M., SILVA, M. A., *Atividade Física Adaptada: uma Visão Crítica*. Revista Portuguesa de Ciência do Desporto, vol.1, n°1, 73-79 pp., 2001 - http://www.fade.up.pt/rpcd/arquivo/artigos_soltos/vol.1_nr.1/10.pdf Acesso em 28/08/2007.
- MEDICI, A. C., *Sistema Único de Saúde*. <http://www.mre.gov.br/cdbrasil/itamaraty/web/port/polsoc/saude/estsist/sus/index.htm> Acesso em 19/09/2007.
- MELGAÇO, C. A et al. *Aspectos Ortodôntico /Ortopédicos e Fonoaudiológicos Relacionados a Pacientes Portadores de Fissuras Labiopalatinas*. J. Brás. Ortodon e Ortop. Facial, Curitiba, v.7, n.37, p 23-32, jan/fev. 2002.
- MOISEICHYK, A. E., *Organizações Enquanto Culturas: um Estudo de Caso do Clima Organizacional de uma Empresa Catarinense*, Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.
- MONLLEÓ, I. L., LOPES, V. L. S. *Anomalias Craniofaciais: Descrição e Avaliação das Características Gerais da Atenção no Sistema Único de Saúde* – Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(5):913-922, mai, 2006. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500004&lng=pt&nrm=iso Acesso em 03/06/2008.
- MORAIS, J. C., *Reabilitação não é Voltar a Andar*. <http://www.entreamigos.com.br/textos/reabili/reabilitação.html> Acesso em 28/08/2007.
- MOTA, C. R., MEDEIROS, C. M.B., DUARTE, F. J. C. M., et. al. *Gestão Pública*. Brasília, SESI/DN, 2006.
- MUNIZ, E., *Reabilitação Física – Um Mercado em Expansão*. Coordenadoria Estadual para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - <http://www.ceid.pi.gov.br/noticia.php?id=148>. Acesso em 28/08/2007.

- NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F., BÓGUS, C. M. *Considerações Sobre a Metodologia Qualitativa Como Recurso Para o Estudo das Ações de Humanização em Saúde* - Revista Saúde e Sociedade, vol. 13, n. 3, São Paulo set/dez. 2004. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 12/06/2008.
- NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F., *Humanização na Saúde: a Relação Médico-Paciente no Microscópio* – Revista Ser Médico – São Paulo, v. 18 – 2002a http://apsp.org.br/saudesociedade/XIII_3/artigos%2013.3%20PDF/revista%2013.3%20artigo%205.pdf. Acesso em 12/06/2008.
- NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F., *Oficinas de Humanização*. In: VILELLA, W.; KALCKMAN, S.; PESSOTO, U. C. (Org.). *Investigar para o SUS: Construindo Linhas de Pesquisa* (Coleção Temas de Saúde Coletiva II) – São Paulo: Instituto de Saúde – 2002b. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902004000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em 12/06/2008.
- NORBERT, E. *Envolvimento e Alienação* – Bertrand Brasil – Rio de Janeiro – 1998.
- NUNES, T. C. M., *A Especialização em Saúde Pública e os Serviços de Saúde no Brasil de 1970 a 1989*. [Doutorado], Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1998.
- OLIVEIRA, L. A., LANDRONI, M.A.S., KUROKAWA, N.E., AYRES, J.R.C.M., *Humanização e Cuidado: a Experiência da Equipe de um Serviço de DST/Aids no Município de São Paulo*. *Ciência & Saúde Coletiva* – v. 10, n. 3 – Rio de Janeiro jul./set. 2005. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=0002S141381232005000300025&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 12/06/2008.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes. <http://www.institutoparadigma.org.br/site/conteúdo.asp?id=100>. Acesso em 28/08/2007.
- PAYNE, R.L., MANSFIEL, S. *Clima Organizacional e a Satisfação*. São Paulo: Human Performance, 1983.
- PINHEIRO, F. F., *Anomalias Cromossômicas* – Brasil-Escola – <http://www.brasilecola.com/biologia/anomalias-cromossomicas.htm>. Acesso em 21/09/2007.
- QUELHAS, O. L. G. & GOMES, A. A. P., *A Motivação no Ambiente Organizacional*, Revista Produção on line, Vol. 3, n.3 Set/2003, UFSC, Florianópolis.
- RAAD, I. L. F. – *Deficiência como Iatrogênese – A Medicina, a Família e a Escola Como Cúmplices no Processo de Adoecimento* – Dissertação de Mestrado – Universidade de Brasília – Faculdade de Educação – Brasília, 2007. http://btdt.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2272 Acesso em 03/06/2008.

- REIS, A. O. A., MARAZINA, I. V., GALLO, P. R. *A Humanização na Saúde como Instância Libertadora* – Saúde e Sociedade – v. 13, n. 3 – São Paulo set/dez 2004 – http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 03/06/2008.
- REIS, A. E., PATRÍCIO, Z. M. *Aplicação das Ações Preconizadas Pelo Ministério da Saúde Para o Parto Humanizado em um Hospital de Santa Catarina* – Ciência & Saúde Coletiva – v. 10, supl.0 – Rio de Janeiro set./dez. 2005 http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000500023&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt Acesso em 12/06/2008.
- RESENDE, M. C., CUNHA, C. P. B., SILVA, A. P., et. al. *Rede de Relações e Satisfação com a Vida em Pessoas com Amputação de Membros*. Ciências & Cognição, ano 04, vol. 10, 164 -177 pp. <http://www.cienciasecognicao.org>. Acesso em 07/05/2007.
- RESENDE, M. C., NERI, A. L., *Atitudes de Adultos com Deficiência Física Frente ao Idoso, à Velhice Pessoal e a Pessoas com Deficiência Física*. Campinas, vol. 22, nº 2, 123 – 131 p. http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S03-166X2005000200002&lng=pt&nrm=isso. Acesso em 03/09/2007
- RICHTER, M.G. et al. *Pesquisa-Ação e Paradigma Indiciário : Construindo Aproximações*. http://www.ufsm.br/lec/01_02/MarcosJulianaAyrtonL.htm. Acesso em 12/03/2008.
- ROLLEMBERG, M., *Saúde no Brasil*. 2ª Reunião de Coordenação Regional da Biblioteca Virtual - <http://crics5.bvsalud.org/E/presentreuniao/bvsbrasil.ppt#1> Acesso em 24/09/2007.
- SANTIAGO, M.B., RÖHR, F., *Formação e Diálogo nos Discursos de Martin Buber* - <http://www.anped.org.br/reunioes/29ra/trabalhos/trabalho/GT17-2672--Int.pdf> Acesso em 22/10/2007.
- SANTOS, A. L. R., *O Conceito de Doença: uma Interlocação Entre Medicina e Filosofia*. UFOP - 1997 http://www.fafich.ufmg.br/~scientia/art_ana.htm Acesso em 28/08/2007.
- SANTOS, E. M. B., *O Conceito de Doença Preexistente nos Contratos de Planos de Saúde*. Teresina, ano 8, n. 297, 2004. <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=5134>. Acesso em 24/09/2007.
- SANTOS, L. *Saúde: Conceitos e Atribuições do Sistema Único de Saúde*. Campinas – SP – 2005 - <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7378> Acesso em 24/09/2007.
- SEGRE, M. FERRAZ, F. C. *O Conceito de Saúde* – Revista de Saúde Pública – vol. 13 n. 5 – São Paulo out. 1997 – http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016 Acesso em 12/06/2008.

- SEVALHO, G. *Uma Abordagem Histórica das Representações Sociais de Saúde e Doença*. Cadernos de Saúde Pública, v. 9, n. 3, Rio de Janeiro, jul/set 1993. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1993000300022&lng=pt&nrm=iso Acesso em 03/06/2008.
- SILVA, L. F., *Estudo da Economia da Saúde em Goiânia*. <http://www.seplan.go.gov.br/sep/sep/pub/conj/conj4/03.htm> Acesso em 22/08/2007
- SPINK, P., CLEMENTE, R., (org.). *20 Experiências de Gestão Pública e Cidadania*. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1997.
- TENDLER, J., *Bom Governo nos Trópicos – Uma Visão Crítica*. Tradução de Maria Cristina Cupertino, Rio de Janeiro, Revan, 1998.
- WERNER JUNIOR, J. *Transtornos Hipercinéticos: Contribuições do Trabalho de Vygotsky para Reavaliar o Significado do Diagnóstico* Dissertação de Mestrado – Universidade de Campinas/FCM – Campinas – São Paulo – 1997.
- ZUBEN, N.A., *Martin Buber e a Nostalgia de um Mundo Novo* – <http://www.fae.unicamp.br/vonzuben/nostalg.html> Acesso em 22/10/2007.