

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

1. Introdução:

Ao longo do tempo na gerência do Ambulatório do Hospital das Clínicas da UFMG, sempre foi algo intrigante ouvir dentro da instituição uma fala corrente na comunidade hospitalar sobre certo encantamento do paciente para com o Hospital. Por outro lado, também é comum ouvir do paciente que solicita marcação de consulta que quer ser atendido porque é um hospital escola, onde há interesse em se descobrir o que ele tem.

Observando o passar de diversas turmas de alunos pelo Ambulatório, o cotidiano do atendimento em várias disciplinas e todos os problemas enfrentados na gestão de um serviço de saúde, tornou-se importante saber como esses pacientes se sentem sendo objetos de ensino nesse sistema. Será que eles têm consciência dos seus direitos como pacientes? Será que a instituição está cumprindo o seu papel em relação à garantia desses direitos?

O Hospital das Clínicas tem se esforçado para implantar medidas que atendam as diretrizes da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde. A busca da melhoria da qualidade em todos os níveis da atenção tem sido preocupação das últimas diretorias.

A criação do Conselho de Saúde do Hospital das Clínicas, em 1997 pode ser considerada como forte indício do interesse da gestão em atender as necessidades da clientela.

No gerenciamento das Unidades Funcionais (unidades gerenciais) que compõem o HC/UFMG tem sido implantados indicadores de qualidade, com metas a serem cumpridas e que vão desde melhorias nas estruturas físicas à avaliação do comportamento dos profissionais.

Um desses indicadores refere-se às atividades de ensino e pesquisa dentro de cada Unidade Funcional que tem o intuito de dimensioná-las e ao mesmo tempo demonstrar a sua importância para o desempenho do Hospital como universitário e gerador de conhecimento.

Desta forma busca-se promover, considerando as exigências do Sistema Único de Saúde vigente, a interação entre o ensino realizado pelas Unidades Acadêmicas com o planejamento e organização da assistência feita pelo HC/UFMG.

Em adição a este panorama interno, vive-se um momento da sociedade em que direitos na saúde são salientados com a promulgação de leis e edição de cartilhas, Carta de Direitos dos Usuários da Saúde, criação de associações de portadores de patologias crônicas, política governamental de humanização da assistência, sistemas de certificação da qualidade do atendimento e acreditação hospitalar dentre outros. A discussão da cidadania aflora reivindicações básicas como o respeito à individualidade, à autonomia e o acesso à informação. Nesse processo de mudança, como o cliente tem reagido ao ser atendido em

um hospital público de ensino? A prática do ensino-assistência instituída possibilita contemplar essa nova mentalidade?

O trabalho pretende caracterizar as impressões dos clientes atendidos em primeiras consultas nos ambulatórios do HC/UFMG, realizadas por professores e alunos de três disciplinas da graduação do curso médico da Faculdade de Medicina da UFMG. Essas impressões serão relacionadas principalmente à legislação sobre direitos do paciente, Código de Ética Médica, diretrizes da política nacional de humanização para a saúde e políticas de qualidade.

As informações foram coletadas através de questionário direcionado aos clientes, visando conhecer também como os profissionais do ensino/assistência têm incorporado práticas concernentes a estas mudanças políticas e ético-sociais.

Apresenta-se justificada a escolha das disciplinas alvo desta pesquisa, dentre as inúmeras que poderiam ter sido abordadas, presentes no contexto dos vários ambulatórios do HC/UFMG.

Longe da intenção de apontar possíveis falhas ou fazer contestações, o presente estudo convida à reflexão sobre o tema dos direitos do paciente na assistência ambulatorial de um hospital universitário.

CAPÍTULO 2

REVISÃO DA LITERATURA

2. Revisão da Literatura

2.1 O Ensino Médico

A grande mudança na medicina ocidental ocorreu devido à revolução cartesiana. O estudo do corpo e da alma deu lugar à ênfase no aprendizado sobre os órgãos, células, moléculas e suas patologias. (NUTO, 2006).

Grande parte das escolas médicas brasileiras adota cursos tradicionais que privilegiam os aspectos biológicos, separando de forma nítida as disciplinas básicas e clínicas. Esse modelo inspira-se no relatório Flexner, publicado nos Estados Unidos em 1910, pela *Carnegie Foundation for the Advance of Teaching*, cujas principais características são: o estudo das patologias e a especialização, separando ensino básico e ensino clínico, aulas para grandes grupos de alunos, ênfase no papel do professor como fonte de conhecimento, cursos independentes e utilização de residentes como instrutores. Muitas escolas médicas em vários países ainda praticam este formato de ensino. (DUTRA DE OLIVEIRA, 1991).

De acordo com Iochida e Batista (2002), o ensino médico no Brasil encontra-se atualmente em uma situação de transição, em que terá que passar do modelo centrado no professor para um modelo construtivista, centrado no aluno.

Uma evolução do currículo deve considerar a prática do exercício profissional do médico como linha mestra, propiciando que o aluno participe ativamente da construção do conhecimento, considerando as dimensões biopsicossociais e ambientais do processo de saúde-doença.

Durante as aulas de Semiologia além dos sentimentos do paciente estão presentes também os sentimentos do estudante, a sua insegurança. O professor é fundamental para dar as orientações e ensinamentos sem, no entanto, exigir do aluno algo acima de sua capacidade.

Em cursos tradicionais, como é o caso da UFMG, o ensino de Semiologia Médica, do qual faz parte a Semiologia do Adulto, tem sido a primeira aproximação do estudante de medicina com o paciente.

Na realidade, a disciplina de Semiologia introduz o estudante de Medicina a um modelo de pensar a pessoa doente. O estudante continua este aprendizado pelo restante do curso e ainda, posteriormente, durante a sua atividade profissional. (GOULART, 1998)

Deve-se considerar como fator importante que influencia a formação profissional do médico o que ocorre hoje em diversas universidades brasileiras. Já nos primeiros anos do curso, os

próprios estudantes buscam de variadas formas a diversificação do seu currículo. Através de atividades extracurriculares, têm o intuito de desenvolver competências e alcançar maior empregabilidade.

Essas atividades são antigas e generalizadas. São consideradas por alunos e professores como importantes para a formação profissional, possibilitando experiências diretamente ligadas ao campo do trabalho. Além de adquirir habilidades e atitudes da área médica, permitem que o estudante conheça e participe de atividades relacionadas à organização de instituições de saúde. (TAVARES, 2006)

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina (DCN - 2001) definem o perfil do formando como:

Médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em elementos éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Segundo Campos (1999), para formar médicos mais capacitados a atender à sociedade, é necessário que o ensino saia do interior dos ambulatórios e hospitais universitários, que se tornaram altamente especializados e alcance também outras instâncias do sistema de saúde como centros de saúde, domicílios e escolas.

Esta aproximação do aluno de outras estruturas de atendimento não universitárias implica em conhecer a realidade dos indivíduos, em estar perto das dificuldades de saúde vividas pelos cidadãos, ao melhor entendimento das políticas públicas e dos direitos individuais, bem como do comportamento ético ao lidar com todas estas questões.

Conforme dito por Iochida e Batista (2002), a grande maioria de clientes, no Brasil e no mundo, apresenta problemas de saúde de menor complexidade e apenas um por cento necessitará de internação. O investimento em formação de profissionais com perfil para atender esta população pode evitar agravos, contribuindo com menores custos e não congestionando o sistema de saúde.

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais adota o modelo de ensino aprendido em que o aluno, a partir do quinto período do curso, tem suas aulas práticas em ambulatórios e mesmo em hospitais. A partir de então, o aluno inicia, formalmente, o contato direto com pacientes em consultórios e enfermarias, com supervisão docente.

Tentativas de diversificação e aprimoramento desse modelo de ensino médico vêm sendo feitas.

O incentivo à diversificação dos campos de atuação do ensino médico, não só hospitais, mas ambulatorios e postos de saúde tem sido uma realidade. A aproximação entre as Faculdades e o Sistema Único de Saúde (SUS) deve promover uma formação profissional de acordo com as realidades de saúde e de trabalho.

Ribeiro (1998), em sua tese de doutoramento, faz um estudo sobre a mudança curricular no ensino médico na UFMG, na década de 1970:

O ponto de partida foi, de um lado, os aspectos intra-institucionais, que deram a dimensão do campo educacional, onde se dá a formação dos profissionais médicos; do outro, os aspectos extra-institucionais, que revelaram o campo profissional, onde se dá a prática médico-assistencial e a realidade de saúde.

Segundo Melo (1998), na implantação da reforma curricular em 1975, professores foram deslocados com os alunos para o ensino em ambulatorios periféricos. Mas problemas estruturais dos centros de saúde e a falta de uma política de aprimoramento para que os docentes dessem conta da nova tarefa foram fatores decisivos para o retrocesso e o retorno gradativo ao ambulatório central.

Ainda sobre a reforma curricular Ribeiro (1998) conclui:

Lamentavelmente, este processo “perdeu-se” em meados da década de 80. Algumas propostas que garantiriam a evolução do processo, tais como: o estabelecimento de um calendário contínuo para o ensino médico, a manutenção de uma política de cuidado progressivo no Hospital das Clínicas, a reestruturação departamental, a integração dos ciclos básico/profissional, não tiveram “fôlego” suficiente para se desenvolver.

Contudo, a Faculdade de Medicina, por meio de seus diretores e corpo docente tem feito, nos últimos anos, grandes esforços para a retomada da mudança curricular.

No momento, o Curso de Medicina passa por mudanças curriculares que têm por objetivo realizar a integração entre as disciplinas do Ciclo Básico e deste com o Ciclo Profissional, inserir o aluno nos cenários de prática profissional já nos primeiros anos do Curso, aumentar a integração do ensino com a rede municipal e estadual de saúde, diversificar os cenários de prática dos alunos, reestruturar o ensino de semiologia e melhorar o aprendizado das urgências/emergências e nos internatos. ([http:// www.medicina.ufmg.br](http://www.medicina.ufmg.br), 2007)

Esta reformulação está sendo implementada pelo projeto RECRIAR.

[...] um projeto de transformação curricular do curso de medicina da UFMG, que propõe adequações na graduação, pós-graduação, pesquisa, residência e extensão. O objetivo é proporcionar uma formação mais adequada às

necessidades profissionais do médico e à realidade social e de saúde da população brasileira. (<http://www.medicina.ufmg.br/recriar/projeto.htm>, 2007).

Financiado pelo M.S., M.E. e O.P.S., o Projeto RECRIAR possui uma coordenação e várias comissões, cada qual com um objetivo específico vinculado à proposta geral.

2.2 Bioética, Direitos do Paciente e legislações pertinentes.

Desde os primórdios a vida em sociedade foi balizada pela moral e pela ética, mesmo que de forma sutil. Aristóteles, 384 aC-322 aC., introduziu a ética na Filosofia, distinguindo-a da estética. Trouxe a idéia de que as virtudes éticas, que surgem com a prática, têm o papel de ordenar a vida, diferentemente das virtudes fundamentais como a inteligência e a razão. (COHEN, 2006).

O termo bioética surgiu em 1971, quando o médico Van Rensselaer Potter o propõe como uma relação entre a ética e as humanidades médicas. Em 1978, com a publicação do relatório Belmont, fundamentou-se a normatização sobre pesquisas com seres humanos e em seguida Beauchamp e Childress elaboram os *Principles of Biomedical Ethics*. Tais princípios têm sua origem naqueles defendidos pela Revolução Francesa, ou seja, liberdade (autonomia), fraternidade (beneficência e não maleficência) e igualdade (justiça). (COHEN, 2006).

Segundo Pessini & Barchifontaine (1994), a beneficência se constitui no valor mais antigo da ética médica, baseando-se essencialmente em “fazer o bem” e “não causar dano”.

O critério da autonomia vem provocando alterações na relação médico-paciente, que tem evoluído de uma relação sujeito-objeto para uma relação sujeito-sujeito, propiciando o respeito mútuo. (BOEMER & SAMPAIO, 1997).

No século XX, mais precisamente com a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, os indivíduos passaram a ser reconhecidos merecedores do respeito à autodeterminação, primeiramente em relação à participação em pesquisas e depois em relação ao atendimento médico em geral. A partir da década de 60, o princípio do respeito à autonomia de um indivíduo passou a ser mais significativo, não tendo sido por acaso que tenha ocorrido concomitante à luta pelos direitos civis dos negros norte-americanos e das mulheres e, na área da assistência à saúde, pela descoberta da pílula anticoncepcional, da diálise renal e da realização do transplante cardíaco. (TAQUETTE et al, 2005).

Almeida (2000) relata que as associações de doentes crônicos no Brasil como, por exemplo, a dos portadores de Diabetes, Hanseníase e HIV, têm desempenhado papel importante na

defesa da autonomia dos pacientes. Dentre outras frentes, essas associações têm feito inserções para que pacientes ambulatoriais e internados recebam informações adequadas sobre suas doenças. Para o autor, médicos e instituições deveriam enxergar estas associações como parceiras para o alcance de melhorias nas relações entre profissionais e pacientes.

Para Pessini & Barchifontaine (1994), o critério bioético da justiça pressupõe a distribuição justa, equitativa e universal dos benefícios prestados pelos serviços de saúde aludindo ao exercício da cidadania e direito à saúde.

A cidadania constitui-se em direito fundamental do paciente e a sua garantia deve ser interpretada como qualificadora dos serviços de saúde. (FORTES, 1996).

Segundo Timi, 2003, “não existe um código brasileiro de direitos do pacientes.” O assunto é colocado por vários textos legais que vão de leis a declarações de princípios.

No Brasil, como em outros países latino-americanos, a Política Nacional de Saúde tem dado ênfase ao direito do cidadão aos benefícios do sistema, o que tem provocado mudanças de postura dos profissionais de serviços de saúde. Por outro lado, o paciente tem assumido um papel mais ativo e consciente com relação aos seus direitos, discutindo e colocando as suas opiniões em relação ao seu tratamento. (BOEMER & SAMPAIO, 1997).

Os direitos do paciente no Brasil estão fundamentalmente definidos na Constituição de 1988, em seu artigo 196. Este determina o “acesso universal e igualitário dos cidadãos às ações de saúde, para sua promoção, proteção e recuperação”.

Como defendido por Stancioli, (2005):

Os princípios constitucionais não são meras “declarações de intenção”, ou mesmo “máximas de interpretação”. Princípios Constitucionais são *Normas*. Sua observância é, portanto, obrigatória. Mais além, desrespeitá-los pode dar azo à *responsabilização civil* (art. 186 c/c art. 927 et. seq. do Código Civil Brasileiro)...

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, define as condições para atender o que foi previsto na Constituição, instaurando os princípios do Sistema Único de Saúde. Em seu Artigo 7º trata, dentre outros aspectos, da “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”, da “igualdade à assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” e do “direito à informação às pessoas assistidas sobre sua saúde”.

Em complementação à garantia dos direitos do cidadão à saúde, a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 define a participação da comunidade na gestão do SUS instituindo as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde, dentre outras medidas.

Além destas leis, há de se considerar o Código de Defesa do Consumidor e o Código Civil brasileiros, que trazem no seu bojo artigos que tratam de direitos intrínsecos à pessoa humana, no que diz respeito à proteção às relações de consumo e aos direitos e deveres da personalidade respectivamente, inspirados nos direitos fundamentais normalizados pela Constituição.

Ressalta-se também o papel importante assumido pelo estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069 de 1990, que possui capítulos que tratam de direitos fundamentais, direito à vida e à saúde, direito à liberdade, respeito e dignidade. Da mesma forma a Lei 10.741 de 2002, que institui o Estatuto do Idoso cujo Capítulo I trata do direito à vida, o Capítulo II do direito à liberdade, ao respeito e à dignidade.

Várias cartilhas foram elaboradas por órgãos oficiais, instituições de saúde e associações de pacientes como forma de possibilitar o cumprimento dos direitos fundamentais postos pela lei maior da Constituição, pelas leis ordinárias e códigos. É o caso da Cartilha de Direitos do Paciente, criada em 1995, pelo Fórum de Patologias do Estado de São Paulo, cujos 35 itens se inspiram naqueles contidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos e também estão presentes nos códigos de ética médica de outros países. (VAITSMAN & ANDRADE, 2005)

Em dois de agosto de 2004, foi aprovada a Lei nº8.926, referente aos direitos dos usuários dos serviços e ações de saúde de Belo Horizonte.

Em 2006, o Ministério da Saúde brasileiro publicou a Portaria GM/MS 675, que aprovou a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, consolidando “os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o país.” Tal publicação faz referências ao artigo 196 da Constituição Federal, à Lei nº8.080/1990, à Lei 8.142/1990 e à necessidade de humanização do atendimento dentre outras.

Merece destaque o seu artigo Art. 2º:

Convidar todos os gestores, os profissionais de saúde, as organizações civis, as instituições e as pessoas interessadas em promover o respeito desses direitos e a assegurar seu reconhecimento efetivo e sua aplicação.

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde baseia-se em seis princípios: o direito de todo cidadão ao acesso aos sistemas de saúde, ao tratamento adequado, atendimento humanizado e sem discriminação, ao atendimento respeitoso, o dever de responsabilidade sobre a sua doença e o direito ao comprometimento dos gestores públicos para fazer cumprir esses princípios.

Selecionou-se nos QUADROS 1 e 2 a seguir, alguns dos direitos constantes da Lei nº 8.926/2004 do Município de Belo Horizonte e da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde,

por dizerem respeito às questões que nortearam a elaboração deste estudo, já que serão abordados pontos relativos ao direito do paciente na assistência.

QUADRO 1

Direitos do paciente na assistência: Lei nº 8.926, de 2 de agosto de 2004 - Dispõe sobre os direitos do usuário dos serviços e das ações de Saúde, no Município de Belo Horizonte.

| Art. 2º - São direitos do usuário dos serviços de Saúde no Município: |
|--|
| I - atendimento digno, atencioso e respeitoso; II - identificação e tratamento pelo nome ou sobrenome; II -A- não identificação ou tratamento por: a) números; b) códigos, c) de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso; |
| III - sigilo sobre seus dados pessoais, com a manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública; |
| IV - identificação dos responsáveis direta ou indiretamente por sua assistência, por meio de crachá visível, legível e que contenha, pelo menos, o nome do profissional e da instituição. |
| “V - recebimento de informação clara, objetiva e compreensível sobre: a) hipóteses diagnósticas; b) diagnósticos realizados; c) exames solicitados; d) ações terapêuticas; e) riscos, benefícios e inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas; f) duração prevista do tratamento proposto;...” |
| VI - consentimento ou recusa, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, a procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, assistência psicológica ou social; |
| IX - recebimento do diagnóstico e do tratamento indicado, por escrito, com a identificação do nome do profissional e de seu número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão; |
| X - recebimento da receita médica: a) com o nome genérico das substâncias prescritas; b) datilografada, digitada ou em letra legível; c) sem a utilização de código ou abreviatura; d) com o nome e a assinatura do profissional e o seu carimbo com o número do CRM; e) datada, com posologia e dosagem; |
| XIV - garantia, durante consulta, internação, procedimento diagnóstico e terapêutico e na satisfação de suas necessidades fisiológicas, de: a) integridade física; b) privacidade; c) individualidade; d) respeito aos seus valores éticos e culturais; e) confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal; f) segurança do procedimento; g) integridade psicológica; |

| |
|--|
| Conclusão QUADRO 1 - Art. 2º - São direitos do usuário dos serviços de Saúde no Município: |
| XVII - recebimento, por parte do profissional competente, de auxílio imediato e oportuno para a melhoria de seu conforto e bem-estar; |
| XVIII - realização do atendimento em local digno e adequado; |
| XIX - recebimento, prévia e expressamente, de informação, quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa, conforme legislação em vigor; |
| Parágrafo único - O direito à igualdade de condições de acesso a serviço, a exame, a procedimento e à sua qualidade, nos termos desta Lei, é extensivo à autarquia, a instituto, a fundação, hospital universitário e a demais entidades públicas ou privadas que recebam recursos do SUS. |

Fonte: elaboração própria

QUADRO 2

Direitos do paciente na assistência: Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde – Brasil – MS 2006.

| |
|--|
| Todo usuário tem o direito a: |
| II. II - Informações sobre o seu estado de saúde, extensivas aos seus familiares e/ou acompanhantes, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível e adaptada à condição cultural, respeitados os limites éticos por parte da equipe de saúde. |
| II. V - O recebimento das receitas e prescrições terapêuticas, que devem conter: a) o nome genérico das substâncias prescritas; b) clara indicação da posologia e dosagem; c) escrita impressa, datilografadas ou digitadas, ou em caligrafia legível; d) textos sem códigos ou abreviaturas; e) o nome legível do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão; f) a assinatura do profissional e data. |
| III.I - A identificação pelo nome e sobrenome, devendo existir em todo documento de identificação do usuário um campo para se registrar o nome pelo qual prefere ser chamado, independentemente do registro civil, não podendo ser tratado por número, nome da doença, códigos, de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso. |
| III.II - Profissionais que se responsabilizam por sua atenção, identificados por meio de crachás visíveis, legíveis ou por outras formas de identificação de fácil percepção. |
| III. III - Nas consultas, procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações, o respeito a: a) integridade física; b) privacidade e conforto; c) individualidade; d) seus valores éticos, culturais e religiosos; e) confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal; f) segurança do procedimento; g) bem-estar psíquico e emocional. |

| Conclusão QUADRO 2 - Todo usuário tem o direito a: |
|---|
| IV. II - O sigilo e a confidencialidade de todas as informações pessoais, mesmo após a morte, salvo quando houver expressa autorização do usuário ou em caso de imposição legal, como situações de risco à saúde pública. |
| IV. V - Consentimento ou recusa de forma livre, voluntária e esclarecida, depois de adequada informação, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo se isso acarretar risco à saúde pública. O consentimento ou a recusa dados anteriormente poderão ser revogados a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais, administrativas ou legais. |
| IV. X - Ser prévia e expressamente informado quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa, decidindo de forma livre e esclarecida, sobre sua participação. |
| IV. XII - Ter acesso aos mecanismos de escuta para apresentar sugestões, reclamações e denúncias aos gestores e às gerências das unidades prestadoras de serviços de saúde e às ouvidorias, sendo respeitada a privacidade, o sigilo e a confidencialidade. |

Fonte: elaboração própria

2.3 Código de Ética Médica

O Código de Ética Médica brasileiro em seus artigos 46 e 48 aborda questões que se aplicam ao respeito aos direitos do paciente, vedando ao médico “efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida e exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem estar.”

No artigo 102, é vedado ao médico: “revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente”.

Sobre a informação ao paciente, Lima (2005), coloca que o relacionamento entre profissionais de saúde e pacientes deve constar de todas as informações possíveis relativas ao tratamento que será necessário. O dever da informação também está imposto ao paciente e seus familiares, pois são eles que primeiramente fornecerão os elementos necessários sobre o problema de saúde, que possibilitarão o diagnóstico e a conduta médica.

2.4 A política de Humanização do Ministério da Saúde.

Em 2001 a introdução do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar reforçou a necessidade dos profissionais de saúde voltarem-se para a “humanização” de seus atos ao lidar com a vida humana.

Na apresentação do programa, o então Ministro de Estado da Saúde, José Serra, justificou a sua implantação devido à situação de má qualidade da atenção à saúde, causada, sobretudo, pela falta de um atendimento humanizado. Ressaltou ser essencial para um bom atendimento, o comportamento ético e humanitário dos profissionais que deveriam se preocupar em tratar o paciente com respeito e solidariedade. E, como a maioria das queixas dos usuários referenciava a esse tema, era preciso uma mudança de atitude dos profissionais em relação ao trato com os usuários. Para isso era necessário cuidar também dos profissionais de saúde:

Evidentemente, esta ação não deverá se restringir à busca de melhorias na instituição hospitalar, mas também estender-se à formação educacional dos profissionais de saúde - atualmente bastante deficiente no que se refere à questão da humanização do atendimento. É no processo de formação que se podem enraizar valores e atitudes de respeito à vida humana, indispensáveis à consolidação e à sustentação de uma nova cultura de atendimento à saúde.

É direito de todo cidadão receber um atendimento público de qualidade na área da saúde. Para garantir esse direito, é preciso empreender um esforço coletivo de melhoria do sistema de saúde no Brasil, uma ação com potencial para disseminar uma nova cultura de atendimento humanizado.

O programa enfatiza os aspectos do relacionamento humano como os psico-sociais, a ética e a educação. Trouxe o entendimento de humanização como valor, buscando resgatar o respeito à vida humana. Esse valor se coloca em complementaridade à tecnologia e ao cientificismo onde são ressaltadas a objetividade, a generalidade e a especialização do saber. Acrescenta-se assim na área de saúde, um comportamento profissional que ousa conjugar estas duas polaridades, na busca de uma atenção mais qualificada. (PNHAH, 2000)

Fortes (2004), diz que a humanização tem uma postura inovadora em relação às propostas de direitos dos usuários, que é a acentuada preocupação em valorizar e capacitar os trabalhadores da “tarefa do cuidar”. Ações que propiciem melhores condições para aqueles que cuidam, devem estar contidas nas diretrizes políticas para a saúde.

Uma evolução desta iniciativa do Ministério da Saúde ocorreu em 2004, quando a proposta é estendida para além das estruturas hospitalares. São incluídos os outros níveis da atenção, configurando-se como uma Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS – HumanizaSUS. Assume caráter inovador na medida em que acentua a necessidade

de melhorar a organização do sistema e dos serviços de saúde, ressaltando as diretrizes de assistência integral, universalidade, hierarquização e controle social. (HumanizaSUS, 2004).

Segundo Fortes (2004) esta proposta classifica como humanizadora a postura de cuidar do acesso dos usuários aos serviços, apontando para a qualidade no atendimento através da minimização dos aspectos negativos como fila de espera, falta de comunicação e informação, estabelecimento da referência e contra-referência e incentivo ao entrosamento entre equipes de saúde e usuários. Sugere que devem ser criados os Serviços de Atendimento ao Cliente e Ouvidorias com a função de atender e apurar queixas dos cidadãos.

Para Puccini & Cecílio (2004), a humanização é um movimento que busca um ideal que pode ser entendido como perfeição moral e elevação da dignidade humana. Na saúde, essa intenção humanizadora traz diferentes propostas como melhorar a relação médico-paciente, implementar atividades de convívio e lúdicas, possibilitar a ampliação de acompanhamento para internados, melhorar a atenção para os diversos tipos de pacientes entre outras tantas.

Os autores também se referem ao tecnicismo na medicina como um dos principais fatores desencadeadores da “desumanização” da ação do profissional médico.

Porém, essa situação deve ser analisada em um contexto social mais amplo, onde se situa a evolução das relações sociais, dos interesses, das classes sociais, da cultura e do Estado, para conseguir ir além de uma postura apenas saudosa e romântica com relação à profissão do médico. Isto porque ele, como os demais trabalhadores, é influenciado pelas relações capitalistas. Ainda para esses autores, a humanização apresenta-se também pela busca da qualidade na prestação de serviços de saúde.

O pensamento de Fortes (2004) reflete a preocupação com essa qualidade que, para ser alcançada depende de mudanças de postura e de mentalidade:

O conhecimento das condições por que passa grande parte dos serviços de saúde nos mostra que é necessário que se reformule as práticas cotidianas de gestão e de atenção à saúde, substituindo culturas institucionais, infelizmente ainda muito disseminadas entre nós, que tendem a “coisificar” as pessoas que utilizam os serviços de saúde tentando a satisfação de suas necessidades. Assim, se entendemos e valorizamos o fato de que políticas públicas de humanização da atenção à saúde vêm sendo consolidadas nos últimos anos, devemos considerar que, para melhor atingir seus objetivos, devam se orientar pelo denominado princípio da humanidade, pelo qual o homem deve ser considerado como o centro da ação ética, aceitando-se a aplicação do imperativo categórico kantiano que afirma que a ação eticamente adequada deve considerar o homem como um fim em si mesmo, e não somente como um meio de satisfação dos interesses das diversas forças sociais atuantes na atenção em saúde.

Para Vaitsman & Andrade (2005), o conceito de humanização na área saúde diz respeito a uma concepção política que visa à garantia dos direitos do usuário.

2.4.1 A Política de Humanização no HC/UFMG.

As primeiras iniciativas de implantação do Programa de Humanização no Hospital das Clínicas da UFMG ocorreram por volta do ano de 2002. Houve a identificação de projetos e ações que já existiam no interior da Instituição e que se caracterizavam pela atitude profissional humanizada na assistência ou por promoção de atividades lúdicas para determinados grupos de pacientes.

Nos Planos Diretores 2004-2006 e 2006-2010 a humanização se configura como um dos projetos institucionais e está incluída na linha mestra “Consolidar o Projeto de Humanização na Assistência do HC/UFMG”.

Um dos desafios deste Projeto de Humanização é “institucionalizar a política de humanização na formação dos trabalhadores de saúde no sentido de promover um processo de educação continuada, considerando que o ensino é uma característica essencial do Hospital.” (DIR-HC/UFMG, 2006-2010).

Dentre as estratégias previstas está a divulgação dos direitos e deveres dos pacientes e acompanhantes para a comunidade hospitalar, adequando estruturas e processos para o seu devido cumprimento.

Outra diretriz é a de divulgar o projeto junto aos alunos de graduação e pós-graduação que atuam no Hospital, incluindo o conteúdo da PNH em aulas inaugurais e discussões de casos.

Ação inovadora é a de incluir novos indicadores relativos à PNH nas planilhas de avaliação de desempenho das Unidades Funcionais, o que de certa forma, indica o compromisso da gestão com a humanização da assistência. As unidades gerenciais do Hospital terão que se preocupar com o cumprimento de metas relacionadas a ações de humanização do atendimento.

Tal proposta está em sintonia com o que preconiza a política nacional quanto ao papel do gestor, enfatizado por Fortes (2004), quando defende que o gestor deve ser o responsável por proporcionar condições adequadas à efetivação das ações humanizadoras.

2.5 Sistemas de Qualidade no Setor Saúde

A partir das idéias Donabedian (1984), a satisfação do paciente tornou-se um dos itens da avaliação da qualidade nos serviços de saúde, ladeada pela avaliação do médico e da comunidade. A definição de parâmetros e a mensuração da qualidade passaram a considerar os pacientes e não mais ignorá-los. (VAITSMAN & ANDRADE, 2005)

Nos últimos anos, pode-se observar um crescente interesse pela qualidade da assistência muitas vezes ocorrendo em detrimento dos custos da saúde, da complexidade e da tecnologia. Essa preocupação também se dá em decorrência das exigências dos usuários e seus questionamentos judiciais. (MORENO JÚNIOR & ZUCCHI, 2005)

A oficialização da “Gestão pela Qualidade” no setor público brasileiro, teve início quando da criação do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade, em 1991, estabelecendo-se como o Programa 2.057 do Plano Plurianual 2000-2003. (PUCCINI & CECÍLIO, 2004).

Em 1998, o Sistema Brasileiro de Acreditação Hospitalar, instituído pelo Ministério da Saúde e posteriormente coordenado pela Organização Nacional de Acreditação - ONA, em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, estabelece para as organizações de saúde a importância do seu comprometimento com a segurança, com a ética profissional, com os procedimentos que realiza e com a garantia da qualidade do atendimento à população. Preconiza para o atendimento ambulatorial, que o paciente deve ser orientado acerca dos procedimentos a que será submetido e estabelece que deva haver um sistema de aferição de satisfação do cliente, bem como consentimento esclarecido em diversas situações.

Em 2001, o Ministério da Saúde, instituiu programa, hoje conhecido como PNASS, Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde, que se destina a apoiar a gestão do SUS em relação à qualidade da assistência oferecida aos seus usuários. Este programa visa promover a auto-avaliação bem como avaliar a qualidade da assistência prestada pelos hospitais aos pacientes do SUS. (MALIK, 2005).

2.5.1 A Qualidade no HC/UFMG e prerrogativas para o atendimento adequado.

A preocupação da gestão do Hospital das Clínicas com a questão da qualidade, assim como com a humanização, está expressa nos dois últimos planos diretores.

Tenta-se alcançar a certificação em acreditação hospitalar, através do Sistema da ONA.

Para isso foi instituído o Projeto de Gestão pela Qualidade em Saúde - GESQUALIS.

Várias ações se encontram em andamento para chegar ao objetivo. Mais do que a certificação, a meta é promover a gestão pela qualidade em todo o complexo hospitalar.

Essa intenção vai de encontro à idéia dos autores Quinto Neto & Bittar (2004), que afirmam que a acreditação de uma instituição de saúde deve ser vista muito mais como a demonstração de sua competência em prestar serviços do que meramente um título de certificação. A acreditação implica em responsabilidade pública e compromisso com clientes internos e externos.

Dentre as estratégias do referido projeto está a de “mapear, padronizar e avaliar sistematicamente os processos de trabalho administrativos, assistenciais, de ensino e pesquisa e suas interações na instituição, divulgando esses dados para toda a comunidade.” (DIR - HC/UFMG, 2006-2010).

Como o Nível I do Sistema de Acreditação ONA se relaciona à segurança, serão implementados todos os itens necessários para propiciar a segurança da instituição, dos profissionais e dos pacientes assistidos.

No que diz respeito ao atendimento ambulatorial um dos itens de orientação do Manual Brasileiro de Acreditação é a “humanização da atenção ao cliente/paciente”. (ONA, 2006)

Foi criado recentemente pelo projeto de gestão pela qualidade do HC/UFMG um grupo para elaboração dos protocolos clínicos junto a todos os serviços assistenciais, que conseqüentemente irá implantar termos de consentimento onde ainda não existem e se façam necessários.

CAPÍTULO 3

JUSTIFICATIVA

3 Justificativa.

No Brasil, desde 1988, primeiramente no Código de Ética Médica e a partir de 1990 nos outros códigos profissionais, tem sido enfatizada a busca de maior autonomia dos usuários dos serviços de saúde. No entanto, essa ênfase ainda permanece mais na indicação de como deve ser do que na prática cotidiana do fazer.

Por outro lado o surgimento de diversas associações de pacientes portadores de doenças crônicas como imunodeficiências primárias, mucoviscidose, ostomizados, transplantados, entidades de apoio a portadores de hiv-aids etc, e também a instituição dos conselhos nacional, municipais e distritais de saúde, além daqueles específicos de determinados hospitais, como é o caso do Conselho de Saúde do HC/UFMG, tem demandado cada vez mais enfaticamente, que os serviços de saúde se preocupem em compatibilizar a sua ação com a garantia dos direitos dos pacientes.

No caso específico do Hospital das clínicas da UFMG, que é um hospital universitário, essa preocupação torna-se essencial por parte de quem gerencia os processos de atendimento.

Assim como é eticamente correto que seres humanos participantes de pesquisas tenham os seus direitos respeitados e dêem o seu consentimento, é importante refletir-se se não seria correto que seres humanos atendidos por professores e alunos com objetivo de ensino e aprendizado também tenham que dar o seu consentimento, já que não se trata apenas de prestação de serviço assistencial e que a relação estabelecida no consultório envolverá uma terceira pessoa: o aluno.

Gonçalves e Verdi (2005), referindo-se aos hospitais-escola colocam que a característica peculiar destas instituições de ensino pode propiciar que os indivíduos atendidos fiquem em situação vulnerável. Isto porque o seu funcionamento tem uma prática muito mais de academia do que de assistência. Essa natureza acaba por prevalecer e transformar as pessoas em “objetos para o ensino”. Aliado a este fato, essas pessoas que procuram estes serviços por não terem outras opções no sistema público de saúde, tornam-se vulneráveis.

Em seu trabalho “A Formação ética dos médicos”, Rego (2003), conclui que ao finalizar o século XX, percebem-se mudanças na prática médica com relação ao mercado de trabalho. Os pacientes também mudaram, pois apesar de existir ainda muita desinformação, a população tem maior acesso à informação científica. Os direitos individuais e coletivos são mais reconhecidos pela sociedade e pelo Estado. A atualidade é marcada pelo surgimento das Organizações Não Governamentais- ONGs que defendem direitos humanos e dos Conselhos

de Saúde que se constituem em espaços de negociação das áreas envolvidas na assistência. Apesar de todas essas transformações, a maior parte das escolas de medicina adota os mesmos instrumentos de ensino do início do século passado, para a formação ética dos alunos. Mesmo que em algumas disciplinas seja enfatizada a relação médico-paciente, considerando os dois como sujeitos, no cotidiano de enfermarias, ambulatórios, maternidades e emergências estão presentes exemplos nos quais os pacientes são meros objetos de trabalho, “não-sujeitos”.

Em decorrência dessa realidade, “... é importante refletir sobre as diferentes questões éticas envolvidas na relação terapêutica protagonizada pelo paciente, pelo aluno e o professor.” (GONÇALVES E VERDI, 2005).

Segundo Fortes, 2004:

Todo ser humano, quando na posição de paciente, deve ser tratado em virtude de suas necessidades de saúde e não como meio para a satisfação de interesses de terceiros, da ciência, dos profissionais de saúde ou de interesses industriais e comerciais.

Em estudo intitulado “percepção de pacientes sobre a internação em um hospital universitário: implicações para o ensino médico, Cortopassi et al (2006), dizem que saber o que pensam e sentem os pacientes a respeito de seu contato com os alunos e profissionais é importante na formulação das atividades práticas desenvolvidas pelas escolas médicas”.

Para Franco & Campos (1998), avaliar se torna necessário quando se quer alcançar a qualidade na atenção à saúde.

É necessário que as instituições de saúde tenham uma prática que garanta o respeito aos direitos do paciente.

Ambulatórios de hospitais universitários estão necessariamente entre estas instituições, sendo importante detectar como essa prática vem ocorrendo. Torna-se igualmente importante promover a reflexão sobre o modelo de atendimento com professores e alunos.

Nesse sentido, a caracterização do ensino-assistência proposta por este trabalho, através da ótica do paciente, pretende ser um incentivo e uma contribuição à melhoria da qualidade do atendimento, do ensino e das relações entre quem assiste e quem é assistido.

3.1 Desafio à gestão

No contexto geral do Ambulatório Bias Fortes do HC/UFMG, convivem atividades de caráter acadêmico-assistencial, de pesquisa e puramente assistenciais. As influências de uns sobre

outros, principalmente considerando a interface com a política do SUS, tem sido um desafio à gestão.

Na realidade como o corpo de médicos que faz a assistência em sua maioria está formalmente vinculado à escola, fica sempre uma lacuna entre a administração dos processos necessários para atender à regulação do sistema de saúde e a administração da estrutura e dos processos necessários às atividades do ensino-assistência e pesquisa.

Muitas vezes, o principal prejudicado com esta lacuna é o cliente, que não tem as informações adequadas e não é tratado adequadamente como cidadão. É envolvido em um esquema de atendimento que falha por não conseguir ainda compatibilizar o que necessita para si com o que é humano para o paciente. Exemplos deste descompasso são as interrupções de atendimentos ambulatoriais durante os períodos de férias e a participação dos profissionais em congressos e cursos sem o devido planejamento para substituições, ocasionando o adiamento de agendas lotadas.

Estudar a visão do cliente atendido por professores e alunos neste contexto, também pode ser uma possibilidade de qualificar a gestão para lidar com esta dicotomia, identificando o que é necessário melhorar para o cliente, para a escola e para o Hospital.

3.2 A opção pelos termos cliente e paciente.

O primeiro termo utilizado foi cliente. Para tal opção, buscou-se a conceituação constante no documento intitulado Humaniza SUS, do Ministério da Saúde (2006):

Usuário, cliente, paciente:

Cliente é a palavra usada para designar qualquer comprador de um bem ou serviço, incluindo quem confia sua saúde a um trabalhador da saúde. O termo incorpora a idéia de poder contratual e de contrato terapêutico efetuado. Se nos serviços de saúde, o paciente é aquele que sofre, conceito reformulado historicamente para aquele que se submete, passivamente, sem criticar o tratamento recomendado, prefere-se usar o termo cliente, pois implica em capacidade contratual, poder de decisão e equilíbrio de direitos. Usuário, isto é, aquele que usa, indica significado mais abrangente, capaz de envolver tanto o cliente como o acompanhante do cliente, o familiar do cliente, o trabalhador da instituição, o gerente da instituição e o gestor do sistema.

Porém, no decorrer do trabalho percebeu-se que a palavra paciente, entendida enquanto a definição constante do Anexo à Resolução do CFM nº 1.627/2001 citada a seguir, poderia

também ser empregada, tendo em vista principalmente a cultura organizacional em que se deu a pesquisa, onde o termo paciente é largamente utilizado.

A designação paciente não tem qualquer conotação de passividade ou de dependência. Enquanto a expressão profissional-cliente privilegia a dimensão contratual e mercantil da interação social e a expressão relação prestador-usuário de um serviço destaca a interação técnica, administrativa e civil no âmbito dos serviços públicos principalmente, a expressão relação médico-paciente destaca a interação humana e ética entre o padecente e quem trata dele. Mas tem alcance mais amplo e engloba todas as demais que foram mencionadas.

Dessa forma os dois termos estão presentes no estudo mediante a pretensão de caracterizar a visão do próprio cliente/paciente, não estendendo a análise para impressões de outros atores ou usuários dos serviços de saúde. Procurou-se mostrar a visão daquele que sofre a ação direta do atendimento, aquele que está diante da equipe composta pelo professor e os alunos, sendo depositada nele a expectativa do conhecimento de seus direitos.

CAPÍTULO 4

OBJETIVOS

4 Objetivos

4.1 Objetivo Geral.

Verificar qual é a visão do cliente atendido nas disciplinas de Semiologia I – Módulo Adultos, Medicina Geral de Adultos - MGA I, no Ambulatório Bias Fortes e Doenças Infecciosas e Parasitárias no Serviço Especial de Doenças Infecciosas e Parasitárias – DIP – CTRDIP – Orestes Diniz , com relação ao respeito aos seus direitos, fazendo reflexão sobre a prática do ensino/ assistência. Os direitos aqui mencionados se referem ao paciente ser tratado com dignidade e respeito, o direito à informação e orientação, ao exercício da autonomia e à privacidade.

4.2 Objetivos Específicos

1. Identificar as impressões dos clientes atendidos por professores e alunos nas disciplinas de Semiologia I - Módulo Adultos e MGA I ministradas no Ambulatório Bias Fortes, e na disciplina Doenças Infecciosas e Parasitárias-DIP, no Ambulatório Orestes Diniz através da aplicação e análise de questionário, em relação ao respeito aos seus direitos.
2. Verificar se a prática do ensino-assistência hoje realizada no ambulatório, tendo como parâmetro as disciplinas de Semiologia I - Módulo Adultos, MGA-I e DIP, é compatível com o que determina a legislação concernente aos direitos do paciente.
3. Contribuir com o Hospital das Clínicas e Faculdade de Medicina da UFMG trazendo reflexões sobre o ensino-assistência praticado e verificando em que medidas estão sendo atendidas orientações voltadas para a humanização e qualidade do atendimento.

CAPÍTULO 5

HIPÓTESES

5 Hipóteses

1. Os clientes atendidos no ambulatório, nas disciplinas de Semiologia I - Módulo Adultos e MGA-I e DIP, têm conhecimento prévio de que serão atendidos em esquema de aula.
2. Está sendo perguntado para esses clientes se consentem em passarem pela primeira consulta na forma como ela é praticada hoje.
3. O atendimento ao paciente realizado por professores e alunos adota os preceitos da legislação focada nos direitos do paciente.
4. Os clientes atendidos, nas disciplinas estudadas, se sentem plenamente contemplados nos seus direitos.

CAPÍTULO 6

MÉTODO

6 Método

Este estudo foi baseado em revisão bibliográfica e análise de questionários.

Foram utilizados os descritores: bioética, educação médica, direitos do paciente, relações médico-paciente, humanização da assistência e gestão de serviços de saúde, sendo selecionados na base de dados Lilacs 27 referências, na Pubmed 20 referências, na Scielo 9 referências e na MedCarib 6 referências.

As fontes para a pesquisa foram artigos científicos, legislações, documentos institucionais, documentos oficiais do Ministério da Saúde, sítios na internet, capítulos de livros, teses, dissertações e os questionários respondidos pelos clientes das disciplinas estudadas.

6.1 Desenho do estudo

O presente trabalho constitui-se como um estudo observacional. Utilizou-se a metodologia da pesquisa quantitativa de coleta de dados através de questionários e da pesquisa qualitativa a partir das análises dos mesmos

6.1.1 *População estudada*

Pacientes atendidos em primeiras consultas realizadas por professores e alunos das disciplinas de Semiologia I – Módulo Adultos e Medicina Geral de Adultos I no Ambulatório Bias Fortes do HC-UFG, primeiro semestre de 2007, e Doenças Infecciosas e Parasitárias no segundo semestre de 2007, CTR-DIP Orestes Diniz.

A Disciplina de Semiologia I é interdepartamental e divide-se em três módulos: Adultos, Pediatria e Especialidades Médicas. Este estudo refere-se aos clientes atendidos no Módulo Adultos da Semiologia I.

6.1.2 Considerações sobre o Ambulatório Bias Fortes do HC-UFMG

O Bias Fortes, unidade ambulatorial do HC-UFMG é um prédio de sete andares que conta com cento e quarenta consultórios, sendo o ambulatório de maior porte do Hospital. São atendidas cerca de setenta especialidades médicas, muitas das quais são disciplinas do curso médico. Utilizam este espaço os cursos de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Enfermagem, Psicologia e Fonoaudiologia da UFMG.

Neste prédio estão instalados o SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística), o Laboratório de Função Pulmonar, a Farmácia Ambulatorial, um sub-setor de Radiologia, o setor de Eletrocardiografia, o Projeto de Atenção Domiciliar, o Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso, o Serviço de Assistência à Saúde do Trabalhador e o CREST, Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador.

Desde janeiro de 2004, o Ambulatório Bias Fortes juntamente com o Ambulatório Borges da Costa, constituíram formalmente, uma Unidade Funcional, de acordo com o novo modelo de gestão do HC-UFMG, denominado Projeto de Unidades Funcionais. A Unidade Funcional Bias Fortes e Borges da Costa tem por missão:

Manter infra-estrutura ambulatorial adequada para atender às diversas Unidades Funcionais em suas atividades de ensino, pesquisa e assistência, em consonância com as diretrizes do HC-UFMG, dentro dos preceitos do SUS. (DIR - HC/UFMG, 2004).

Assim, todas as Unidades Funcionais Assistenciais, Departamentos da Faculdade de Medicina e das demais unidades da área de saúde da UFMG estão presentes cotidianamente na Unidade Bias Fortes e Borges da Costa, onde realizam suas atividades de ensino-assistência ambulatorial, pesquisa e extensão.

O corpo clínico do Ambulatório compõe-se basicamente de professores, alunos e residentes, excetuando-se alguns poucos médicos contratados, vinculados aos Serviços Médicos do HC/UFMG e ou às respectivas Unidades Funcionais Assistenciais.

A clientela é cem por cento constituída de pacientes oriundos do SUS, cujo volume mensal perfaz o montante de treze mil e duzentos atendimentos. (SAME/HC/UFMG, 2007)

As formas de acesso às primeiras consultas nas especialidades ocorrem de quatro formas diferentes. A primeira delas via CMC (Central de Marcação de Consultas) do SUS-PBH, para aquelas especialidades que fazem parte do convênio HC-UFMG-PBH: o Ambulatório disponibiliza semestralmente as agendas para a CMC-PBH. Diariamente, os Postos de Saúde

solicitam à CMC o agendamento, mediante encaminhamento à especialidade identificada pelo clínico do Posto que atendeu o paciente. A CMC recebe a demanda via telefone e através de um sistema informatizado agenda a consulta.

A segunda forma de acesso ocorre por agendamento direto no Ambulatório pelas secretarias dos andares para as especialidades que são consideradas de referência, ou seja, clínicas que fazem tratamentos específicos de patologias mais complexas e que requerem pré-requisitos para marcação de consultas. Cada andar comporta um número de especialidades agrupadas por afinidade e perfil do paciente. Ao iniciar o semestre letivo, o número de vagas é definido nas agendas e apesar de serem marcados pacientes externos, os encaminhamentos internos, de uma clínica para outra, consomem a grande maioria destas vagas.

A terceira porta de entrada ocorre via o Pronto Atendimento do HC-UFMG. Os pacientes atendidos na urgência, muitas vezes requerem continuidade imediata de tratamento ambulatorial, não podendo ser referenciados para a rede de Postos de Saúde. Nestes casos os pacientes não podem esperar muito tempo para uma primeira consulta na especialidade. Assim são encaminhados para o Ambulatório, que prioriza a marcação.

A quarta forma de agendamento ocorre via Setor de Marcação de Consultas do SAME, que organiza a agenda de algumas especialidades, entre elas a Semiologia I - Módulo Adultos e a MGA-I. Nas datas especificadas divulga para o público e faz a marcação das consultas.

Em geral as vagas são bastante disputadas.

Por ser um Ambulatório de ensino respeita-se o calendário escolar para a organização das agendas. Como a procura por consultas é sempre maior que a oferta de vagas, no final do semestre ocorre um represamento da demanda de encaminhamentos internos (interconsultas) e de solicitações externas. O represamento é atenuado quando as agendas de primeiras consultas reabrem no início do semestre seguinte. Esse ciclo tem se repetido no decorrer dos anos, agravado pelo aumento do número de retornos necessários aos tratamentos mais prolongados e pelo fraco sistema de contra-referência para outras unidades de saúde.

6.1.3 Considerações sobre o Centro de Referência Orestes Diniz -co-gestão UFMG-PBH

O Centro de Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias Orestes Diniz funciona através de um sistema de Co-gestão entre Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e UFMG, firmado em convênio.

A gerência é da PBH assim como grande parte do corpo clínico.

O Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias do HC-UFMG e também as disciplinas da área pertencentes ao Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG, exercem no CTR-DIP Orestes Diniz, a maioria das suas atividades ambulatoriais.

Cinco docentes do Departamento de Clínica Médica ministram aí suas aulas práticas para alunos do 9º período do curso médico. Para isso, contam com pessoal, equipamentos, material e infra-estrutura provenientes deste convênio.

O trabalho destes professores ultrapassa os limites da docência, já que se constitui em referência em pesquisas na área de doenças infecciosas e parasitárias.

Cem por cento dos atendimentos são realizados pelo SUS. O acesso às consultas ocorre mediante encaminhamento às especialidades e agendamento.

6.1.4 As disciplinas selecionadas para o estudo.

Como já mencionado existem muitas disciplinas cujas aulas práticas são realizadas no complexo ambulatorial do HC/UFMG. Ao refletir sobre quais delas estudar, a autora deparou-se com várias questões: em quais disciplinas poderia haver maior número de situações eticamente conflituosas com relação aos direitos dos pacientes? Em quais dessas disciplinas seria oportuno um estudo sobre os direitos dos pacientes? Em quais delas haveria a possibilidade de realizar o estudo compatibilizando-se a vertente acadêmica com o conhecimento e proximidade com a vivência gerencial? Situações conflituosas que envolveram pacientes em diversas clínicas foram vivenciadas durante os anos de gerência no Ambulatório. Poderiam ter sido selecionadas disciplinas da área de gineco-obstetrícia, ou de áreas cirúrgicas ou de saúde mental. Mas, tendo feito a seleção para o mestrado em Ciências da Saúde, do programa de Pós-Graduação em Infectologia e Medicina Tropical, ligado ao Departamento de Clínica Médica, o estudo em disciplinas do referido departamento seria mais factível e apropriado. Além disso, foi possível estabelecer uma lógica de pesquisar em disciplinas de caráter básico e em uma especialidade, com chances de visualizar possíveis diferenças dada a evolução do curso. Pode ser que se a seleção de disciplinas fosse outra, os resultados encontrados fossem diferentes. Mas em se tratando dos objetivos estabelecidos no trabalho, acredita-se que as conclusões poderão subsidiar novos estudos e quem sabe contribuir para que reflexões sejam feitas em outras especialidades.

Com o foco no Departamento de Clínica Médica, duas das disciplinas selecionadas para o estudo, foram escolhidas pelo seu caráter geral. Uma do quinto período, início do aluno em

consultório; a segunda do sétimo período, quando o aluno está na metade do curso. A terceira do nono período, foi selecionada por ser uma especialidade, onde o atendimento é mais dinâmico e mais participativo por parte do estudante.

Para o entendimento do que denominou-se neste estudo “disciplina Semiologia I – Módulo Adultos” é necessário esclarecer: a disciplina Semiologia I caracteriza-se por ser interdepartamental e conter outros módulos, como já explicitado no item 6.1.1. O presente trabalho refere-se somente ao Módulo Adultos que pertence ao quadro do Departamento de Clínica Médica.

A disciplina Semiologia I – Módulo Adultos é teórico-prática, obrigatória, sendo ministrada para os alunos do quinto período. São formadas trinta e duas turmas de cinco a seis alunos. (Durante o semestre os alunos do quinto período se revezam entre os módulos de forma que todos passam pelos módulos da Semiologia I) O Módulo Adultos tem carga horária de 60 horas. Para cada turma é designado um professor, responsável por cumprir os objetivos e repassar todo o conteúdo. Além da introdução do aluno na prática clínica através da realização de anamnese e do exame físico geral do paciente, a disciplina objetiva ainda que o aluno aprenda a relacionar-se adequadamente com o paciente, tendo uma percepção deste como ser biopsicossocial; saiba considerar as características específicas de determinados grupos de pacientes como adolescentes, idosos e portadores de necessidades especiais; organizar os dados coletados, registrando-os de maneira adequada, dentro dos padrões estabelecidos para o Ambulatório do Hospital das Clínicas; resumir verbalmente a anamnese; medir e anotar os dados biométricos e vitais; avaliar a capacidade e as dificuldades do contato interpessoal; realizar o exame físico geral (ectoscopia), registrando-o; iniciar o raciocínio clínico, estabelecendo qual (is) o(s) sistema(s) fisiológico(s) envolvido(s). A dinâmica da aula é determinada pelo grupo de alunos e professor. A anamnese é realizada pelos alunos, o exame físico e a conduta ficam a cargo do professor, que é também o responsável pelo atendimento. A proposta é discutir a consulta como tema central da aula. (LEAL, 2007).

A organização da disciplina também estabelece uma relação de temas indispensáveis de serem abordados. São eles: semiologia da dor, dor torácica, dor abdominal, cefaléia, dispnéia, semiologia das alterações do hábito intestinal, semiologia das alterações do hábito de urinar, edema. Além das aulas práticas são feitas discussões e avaliações. (LEAL, 2007).

Para possibilitar esse aprendizado prático, a coordenação da disciplina organiza semestralmente uma escala com um número determinado de vagas para marcação de primeiras consultas, conforme a necessidade das aulas a serem ministradas. Cada sub-turma atende uma

primeira consulta e dois retornos por dia de aula em um consultório/ sala de aula. A escala de primeiras consultas é encaminhada ao Setor de Arquivo Médico e Estatística do Hospital das Clínicas, que organiza a marcação das consultas e disponibiliza para pacientes de toda rede pública de saúde, atendendo ao pré-requisito de agendar pacientes com queixas clínicas e não agudas.

A marcação é feita pessoalmente e ocorre duas vezes por mês para preenchimento das vagas que são bastante disputadas.

Nos dias de atendimento, os oito pacientes chegam às sete horas da manhã, são encaminhados pela Portaria do Ambulatório para o local do atendimento. Neste local os pacientes são recebidos pela secretaria, distribuídos para as oito turmas e devem aguardar até que sejam chamados pelo médico (professor) ou alunos. Estas consultas geram retornos que são agendados pelo próprio professor, na medida em que os exames solicitados aos pacientes se concretizam. Os retornos são agendados para a mesma turma, com o propósito de que os alunos tenham continuidade de aprendizado dos casos e o paciente possa ter seqüência do tratamento.

A Disciplina de Medicina Geral de Adultos I, também do Departamento de Clínica Médica, é ministrada para os alunos do sétimo período do curso. Tem por objetivo geral integrar os conteúdos de Semiologia I e II, resultando no raciocínio clínico de identificação de problemas.

A disciplina tenciona

[...] levar o aluno a atuar junto ao indivíduo ou a seus familiares no sentido de obter reconhecimento de suas necessidades de saúde e as de sua comunidade. Estabelecer o diagnóstico do estado de saúde do indivíduo no seu contexto sócio-econômico-cultural; prescrever medidas preventivas, terapêuticas e de reabilitação não especializadas; avaliar e corrigir o efeito da prescrição. (BEDRAN, 2007)

Estão incluídas no conteúdo programático a avaliação e conduta no paciente com hipertensão arterial, distúrbios gástricos, osteoartrite, diabetes mellitus, tabagismo, cefaléia dentre outras.

A carga horária total da disciplina é de 150 horas, das quais 105 são destinadas à prática ambulatorial. São dezesseis turmas, de dez a doze alunos, distribuídos em três consultórios, sob a supervisão de um professor. Cada turma tem 8 horas aula por semana, ou seja, dois turnos de ambulatório. Atendem uma primeira consulta e retornos conforme determinação do professor. São realizadas discussões referentes aos casos atendidos, focando-se o raciocínio clínico.

Da mesma forma que a Semiologia I - Módulo Adultos, a MGA-I tem suas consultas agendadas pelo Setor de Marcação do SAME do Hospital.

A disciplina Doenças Infecciosas e Parasitárias pertence ao quadro de disciplinas do nono período, do Departamento de Clínica Médica. As aulas ocorrem no Centro de Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias Orestes Diniz. Este Centro funciona em um sistema de co-gestão entre a Universidade Federal de Minas Gerais e Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. São referenciados, para atendimento, pacientes provenientes de todo o Estado de Minas Gerais.

No CTR-DIP Orestes Diniz, os professores têm uma agenda permanentemente aberta com um número de vagas para a disciplina, de duas primeiras consultas por turno de atendimento. Além destas vagas definidas, cada professor recebe demanda espontânea, muitas vezes, excedendo a capacidade do serviço. Como os alunos da disciplina são do nono período, o atendimento é mais dinâmico, contando com a orientação e supervisão direta dos professores. Os pacientes são atendidos e em seguida é feita discussão das condutas, momento em que o professor procura desenvolver no aluno a habilidade do raciocínio clínico aprofundado.

Como este ambulatório é referência para todo o estado de Minas Gerais muitos pacientes vêm do interior e passam por uma equipe de acolhimento que define se a assistência deverá ocorrer no Orestes Diniz, ou se o cliente deverá ser encaminhado a outras unidades do sistema.

6.1.5 O planejamento da pesquisa

O projeto deste estudo tramitou em todas as instâncias da Universidade obtendo os pareceres que aprovaram a sua realização, levando-se em conta a Resolução 196, concernente à pesquisa envolvendo seres humanos.

O planejamento para realização foi feito de acordo com a lógica de funcionamento das disciplinas alvo da pesquisa. As três são ofertadas semestralmente, com um número de vagas de primeiras consultas definido previamente.

Foi apresentado pela pesquisadora um Termo de Consentimento - ANEXO 1 - para os professores e alunos, sendo explicadas as intenções do trabalho. A concordância foi unânime e na maioria das vezes, foi percebido grande interesse por parte de docentes e discentes quanto ao resultado do mesmo.

Não foi permitido a eles o acesso ao questionário que seria aplicado aos pacientes, medida adotada para evitar possível viés.

O cronograma de aplicação dos questionários para os clientes foi previsto para o primeiro semestre de 2007 contemplando as três disciplinas. No entanto, detectou-se a necessidade do projeto tramitar também no Comitê de Pesquisa da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, por causa do vínculo do CTR-DIP Orestes Diniz. Houve atraso e a coleta de dados da DIP teve que ser adiada para o segundo semestre. Apesar deste fato, não houve prejuízo, já que são disciplinas diferentes, com número de primeiras consultas independentes.

Os períodos de coleta foram estabelecidos conforme cronograma a seguir:

QUADRO 3

Cronograma de aplicação dos questionários:

| Disciplina | Período de coleta | | Clientes entrevistados | |
|---|-----------------------|-----------------------|------------------------|------------|
| | Piloto | Pesquisa | Piloto | Pesquisa |
| Semiologia I – Módulo Adultos | 26/02 a 05/03/2007 | 06/03 a 05/06/2007 | 14 | 131 |
| Medicina Geral de Adultos - I | 26/02 a 05/03/2007 | 06/03 a 05/06/2007 | 7 | 97 |
| Doenças Infecciosas e Parasitárias | 01 a 10/09/2007 | 18/09 a 22/11/2007 | 3 | 14 |
| Total | | | 24 | 242 |

Fonte: elaboração própria

Os questionários foram mantidos em local restrito à pesquisadora durante todo o período de aplicação e posteriormente a ele.

6.1.5.1 Critérios para definição da amostra.

6.1.5.1.1 População

A primeira condição para inclusão na amostra foi a de ser cliente de primeira consulta, atendido em uma das disciplinas selecionadas, com idade igual ou superior a 18 anos, com condições de responder por si mesmo e que consentisse formalmente em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ANEXO 2.

Desta forma, pacientes adultos atendidos em primeiras consultas nas disciplinas Semiologia I – Módulo Adultos, MGA-I no primeiro semestre de 2007 e na DIP, segundo semestre, foram:

420 (55%) na Semiologia I – Módulo Adultos, 286 (38%) na MGA e 55 (7%) na DIP, totalizando 761 atendimentos.

6.1.5.1.2 Cálculo amostral

As disciplinas foram consideradas como “estratos”, o que significa dizer que representam subgrupos da população por necessidade desse estudo. Dessa forma, através do estudo-piloto que foi constituído por 24 questionários, 14 da Semiologia I – Modulo Adultos, 7 da MGA-I e 3 DIP, foram obtidas as seguintes estimativas de proporção das respostas de interesse:

TABELA 1

Estimativas de proporção das respostas de interesse.

| <i>Disciplina</i> | <i>Total de avaliações</i> | <i>Proporção de respostas de interesse</i> |
|-------------------------|----------------------------|--|
| Semiologia I – Mod. Ad. | 218 | 0,78 |
| MGA-I | 109 | 0,67 |
| DIP | 48 | 0,77 |

Fonte: elaboração própria

Obteve-se as respostas das questões fechadas, de múltipla escolha, segundo o quadro abaixo:

QUADRO 4

Instrumento de pesquisa, respostas de interesse.

| Questão (forma resumida) | Resposta de interesse |
|---|-----------------------|
| 1 Ao chegar foi informado quem iria atender | Sim |
| 2 Ao iniciar a consulta ficou claro o esquema de aula | Sim |
| 3 Foi perguntado se concordava | Sim |
| 4 Foi examinado por quem | Professor e Alunos |
| 5 Professor usava crachá | Sim |
| 6 Aluno usava crachá | Sim |
| 7 Professor se identificou pelo nome e se apresentou | Sim |
| 8 Professor lhe chamou pelo nome | Sim |
| 9 Alunos se identificaram e se apresentaram | Sim |
| 10 Alunos lhe chamaram pelo nome | Sim |
| 11 a) orientações quanto à doença | Sim |
| 11 b) orientações quanto aos exames | Sim |
| 11 c) orientações quanto aos medicamentos | Sim |
| 11 d) orientações quanto ao tratam. | Sim |
| 12 Orientações foram satisfatórias | Sim |
| 13 a) Durante a consulta sentiu-se a vontade | Sim |

| Continuação Quadro 4 | |
|----------------------------------|-----------------------|
| Questão (forma resumida) | Resposta de interesse |
| 13 b) Privacidade foi respeitada | Sim |
| 14 Como avalia a consulta | ótima+boa |
| 15 Como classifica o atendimento | ótimo+bom |

Fonte: elaboração própria

Somou-se todas as respostas de interesse obtidas para cada uma das questões por disciplinas, e o resultado foi dividido pelo número total de respostas, obtendo a proporção p.

E então foi aplicada a fórmula de amostragem estratificada, mostrada a seguir:

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 \sum_{h=1}^L N_h^2 P_h (1 - P_h) / w_h}{N^2 d^2}$$

Onde o $z_{1-\alpha/2}$ é obtido na distribuição normal, L é o número de estratos na população (nesse caso 3), P_h é a proporção da resposta de interesse obtida em cada estrato, w_h é o peso dado a cada estrato, nesse caso obtido por estratificação proporcional, N é o tamanho da população e d o erro.

Assim, com 95% de confiança e 3% de erro, o tamanho da amostra obtido foi 203 questionários, que divididos proporcionalmente entre as disciplinas são 112 para Semiologia, 77 para MGA e 14 para DIP.

6.1.5.2 Variáveis consideradas

Foram levantados dados relativos à idade, sexo, escolaridade, profissão, procedência dos respondentes.

Averiguou-se também o conhecimento prévio do cliente sobre o atendimento em esquema de aula, o consentimento em ser atendido dessa forma, o atendimento em acordo com as legislações pertinentes aos direitos do paciente, e o sentimento dos clientes em relação ao atendimento ter contemplado ou não os seus direitos.

6.1.5.3 Instrumento de pesquisa e coleta das informações.

Foi elaborado questionário individual, com 16 perguntas (ANEXO 3) direcionadas aos pacientes atendidos em primeiras consultas, definidos conforme os critérios já mencionados.

A entrevista foi feita de forma estruturada, porém todas as questões possibilitavam que o entrevistado pudesse fazer observações.

As perguntas versaram sobre a informação acerca da forma de atendimento, identificação dos profissionais e alunos, informações recebidas na consulta, impressões sobre o atendimento.

A aplicação dos questionários contou com o trabalho de seis aplicadoras, inclusive a pesquisadora. Foi feito treinamento introdutório para que todas tivessem a mesma conduta ao fazer as entrevistas.

Os clientes foram escolhidos de forma aleatória, sem a preocupação de vinculação à turma ou ao professor.

Após saírem dos consultórios os pacientes eram abordados sobre a sua concordância em participar da pesquisa, sendo conduzidos ao local determinado para a entrevista. O TCLE era lhes explicado e em seguida assinado.

Ressaltou-se que a participação na pesquisa não influenciaria a continuidade do tratamento na Instituição e que tudo o que fosse dito pelo entrevistado ficaria em sigilo.

Foi dada liberdade ao respondente de ele mesmo escrever as respostas, o que ocorreu em alguns casos. A grande maioria preferiu que a entrevistadora as escrevesse.

Cada respondente ficou com uma cópia do TCLE para si, no qual foram explicitados os telefones da pesquisadora e dos Comitês de Ética em Pesquisa da UFMG e Prefeitura de Belo Horizonte.

A maior dificuldade enfrentada na fase de aplicação dos questionários está relacionada ao tempo de duração da consulta. Dependendo do caso, a consulta durou até três horas ou mais e dessa forma os pacientes alegavam que não podiam mais permanecer no Ambulatório para entrevista. Outras vezes, por serem oito turmas na Semiologia I – Módulo Adultos e quatro ou três na MGA-I, por turno, localizadas no 2º andar e 3º andares, pacientes saíam da consulta ao mesmo tempo e ao serem abordados argumentavam não poder aguardar a entrevistadora. Em consequência, conseguia-se em um turno com possibilidade de doze entrevistas, apenas três ou quatro.

Outra dificuldade que se apresentou foi a realização da pesquisa no CTRDIP-Orestes Diniz. Quando já estávamos com todo o trâmite do projeto aprovado na UFMG, precisamos entrar com a solicitação de aprovação da pesquisa no Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, pois apesar de que iríamos entrevistar apenas pacientes atendidos pelos professores da disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias, esta ocorre dentro de uma

unidade assistencial sob gestão da UFMG-PBH. Assim, a coleta de dados no CTR-DIP acabou atrasando, só sendo possível realizá-la no segundo semestre de 2007.

Logo nos primeiros dias da coleta de dados na DIP, observou-se que os pacientes do período da tarde eram agendados para as 13 horas, quando o horário do atendimento de fato se iniciava cerca de duas horas mais tarde. Procuramos a gerência do CTR-DIP, que imediatamente constatou o problema e reorientou o horário para agendamento das primeiras consultas.

Em geral houve poucas recusas por parte dos pacientes em participar na Semiologia I – Módulo Adultos e na MGA- I, cinco e dezoito respectivamente. Os motivos de recusa foram: demora no atendimento e os pacientes estavam ansiosos para ir embora; em dois casos os pacientes declararam que tinham receio de responder e preferiam não participar.

Na DIP, como o atendimento também era demorado, nove pacientes que foram abordados não se dispuseram a participar da pesquisa por se sentirem já cansados e dependerem do transporte que já os aguardava. Dos quatorze pacientes que foram entrevistados, dez eram de outras cidades. Três clientes, após serem abordados pelas entrevistadoras, concordaram em participar após irem ao guichê do SAME e fazer o cartão. Porém não retornaram.

Em cinco datas estabelecidas no cronograma para entrevistas, não houve agendamento de primeiras consultas na disciplina conforme havia sido previsto, por motivo de provas e ou reuniões.

Outro fator que dificultou conseguir um número maior de entrevistas é que nem sempre o cliente foi atendido pela equipe de professores e alunos. Existe uma rotina que é a seguinte: o paciente passa por uma equipe de acolhimento e se o caso não for pertinente para o atendimento da especialidade no CTR- DIP Orestes Diniz, ele é re-encaminhado para outros centros de atendimento.

Como o tempo era um fator primordial ao estudo e já estava escasso, não foi possível continuar as tentativas após 22 de novembro de 2006.

CAPÍTULO 7

RESULTADOS OBTIDOS E ANÁLISES

7. Resultados obtidos e análises:

A análise dos dados obtidos foi feita considerando-se aspectos quantitativos e qualitativos por disciplina, comparativamente entre as três disciplinas e total.

7.1 Informações sobre os respondentes das três disciplinas.

TABELA 2

Distribuição percentual dos entrevistados por sexo e por disciplinas.

| Sexo | Semiologia I – Mód. Ad. | | MGA-I | | DIP | |
|-----------|-------------------------|-----|-------|----|------|----|
| | % | n | % | n | % | n |
| Feminino | 66 % | 87 | 76 % | 74 | 57 % | 8 |
| Masculino | 34 % | 44 | 24 % | 23 | 43 % | 6 |
| Total | 100% | 131 | 100% | 97 | 100% | 14 |

Fonte: elaboração própria

Na TAB. 2 pode ser observado que a maior parte dos pacientes é do sexo feminino para as três disciplinas. Porém, o maior percentual de pacientes do sexo masculino é da DIP, e o menor da MGA-I.

TABELA 3

Descritivas da variável idade por disciplinas.

| Idade/anos | Semiologia I – Mod. Ad. | MGA - I | DIP |
|---------------|-------------------------|---------|-----|
| Média | 50 | 56 | 44 |
| Desvio-padrão | 14 | 15 | 15 |
| Mínimo | 18 | 18 | 19 |
| Máximo | 78 | 86 | 65 |

Fonte: elaboração própria.

Através da TAB. 3 pode ser visto que a disciplina com pacientes mais idosos, em média, é a MGA-I. E a de pacientes mais jovens é a DIP. O desvio-padrão das idades é bem parecido nas três disciplinas, assim como a idade mínima. A informação obtida pela média é confirmada pela idade máxima, a disciplina que possui o paciente mais velho é a MGA-I.

TABELA 4

Níveis de escolaridade com maiores percentuais por disciplinas.

| Escolaridade | Semiologia I – Mód. Ad. | MGA-I | DIP |
|------------------------|-------------------------|-------|-----|
| Primário completo | - | 20 | 29 |
| Fundamental incompleto | 37 | 26 | - |
| Fundamental completo | 13 | - | 21 |
| Médio completo | 23 | 14 | 21 |
| Total % | 63 | 60 | 71 |

Fonte: elaboração própria.

Em relação às distribuições por escolaridade, pode-se observar pela TAB. 4 que o Fundamental incompleto é o mais freqüente para a Semiologia I - Módulo Adultos e para a MGA -I, enquanto para a DIP é o Primário completo. Alternando posições, o nível Médio completo aparece para as 3 disciplinas, em segundo lugar na Semiologia I - Módulo Adultos e em terceiro na MGA-I e na DIP.

Os Gráficos 1 e 2 a seguir mostram a distribuição por nível de escolaridade da totalidade da amostra das três disciplinas. Estão demonstrados por número e percentual todos os níveis citados pelos respondentes. Podem ser observados índices de analfabetos nas três disciplinas.

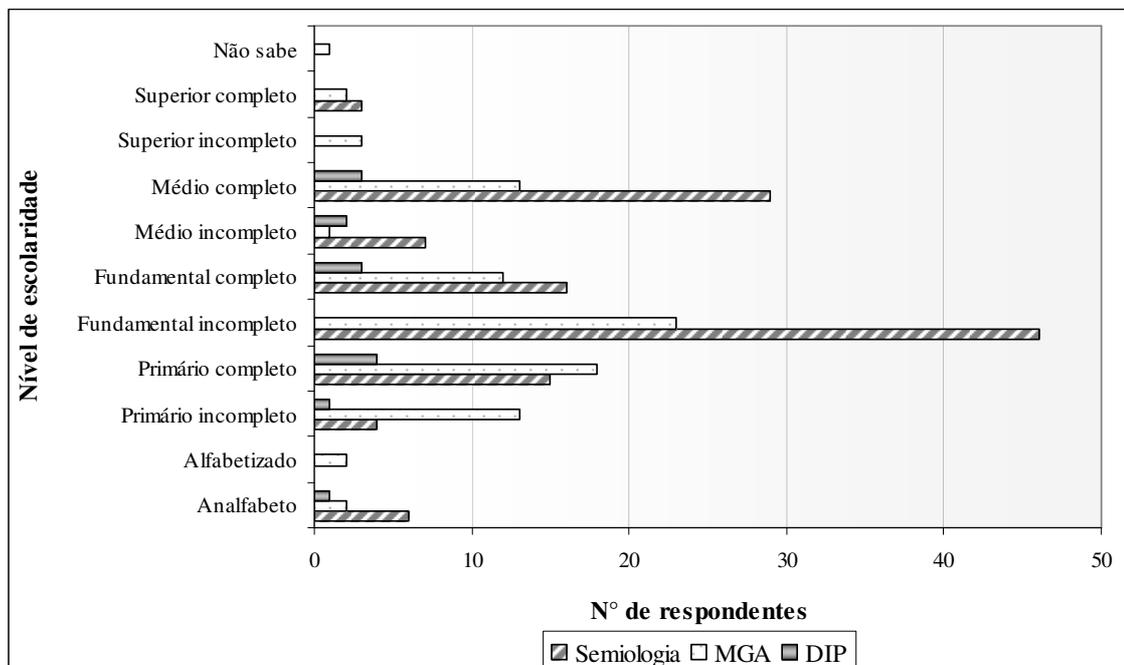


Gráfico 1: Nível de escolaridade por quantidade de respondentes em cada disciplina.

Fonte: elaboração própria.

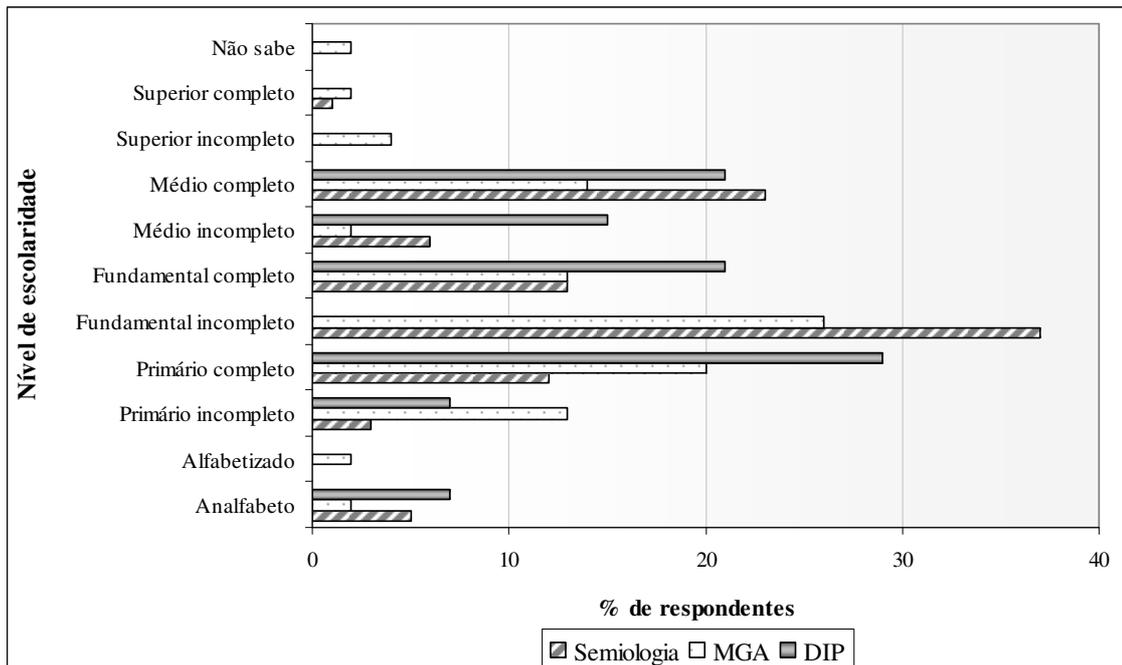


Gráfico 2: Nível de escolaridade por percentual de respondentes em cada disciplina.
Fonte: elaboração própria.

TABELA 5

Procedência dos respondentes, por disciplinas.

| Localidade | Semiologia I – Mód. Ad. | | MGA-I | | DIP | | Total | |
|-----------------------------------|-------------------------|------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|------------|
| | % | n | % | n | % | n | % | n |
| Belo Horizonte | 39 % | 51 | 66 % | 64 | 28 % | 4 | 49% | 119 |
| Municípios circunvizinhos a BH | 53 % | 69 | 30 % | 29 | 36 % | 5 | 43% | 103 |
| Outros municípios de Minas Gerais | 7 % | 9 | 4 % | 4 | 36 % | 5 | 8% | 18 |
| Outros estados | 1 % | 1 | 0 % | 0 | 0 % | 0 | 0% | 1 |
| Total | 100% | 130 | 100% | 97 | 100% | 14 | 100% | 241 |

Fonte: elaboração própria.

Como pode ser observado na TAB. 5, grande parte dos respondentes que consultaram na Semiologia I – Módulo Adultos, são oriundos de municípios circunvizinhos a Belo Horizonte ou vieram de outras cidades do interior do Estado, assim como na DIP. Um respondente da Semiologia I – Módulo Adultos não informou o endereço.

TABELA 6

Distribuição percentual por tipo de consulta, por disciplinas.

| Tipo de consulta | Semiologia I – Mód. Ad. | | MGA -I | | DIP | |
|------------------|-------------------------|-----|--------|----|------|----|
| | % | n | % | n | % | n |
| Primeira vez | 100 % | 131 | 54% | 52 | 79% | 11 |
| Interconsulta | 0% | 0 | 46% | 45 | 21% | 3 |
| Total | 100% | 131 | 100% | 97 | 100% | 14 |

Fonte: elaboração própria

O resultado de 100% de consultas de primeira vez na disciplina de Semiologia I – Módulo Adultos deve-se ao pré-requisito de não agendar clientes que já tivessem consultado no HC, isto é, que já possuíssem prontuário na Instituição. Quanto à MGA-I, pacientes que consultam nas especialidades do ambulatório costumam ser encaminhados para a Clínica Médica e conseguem agendamento na disciplina. Quanto ao percentual de 79% da DIP, por ser uma especialidade de referência para todo o Estado, a maioria dos pacientes vem de outras cidades, como pode ser visto na TAB. 5 e nunca consultou no HC.

TABELA 7

Número absoluto e percentual de respondentes, por tipo de ocupação, por disciplinas.

| Ocupação | Semiologia I – Mód. Ad. | | MGA -I | | DIP | |
|---|-------------------------|-----|--------|----|-----|----|
| | % | n | % | n | % | n |
| Aposentado , pensionista | 22 | 28 | 21 | 20 | 14 | 2 |
| Autônomo (tecelã, biscateiro, artesão, sacoleira, bordadeira, cabeleireira, costureira, mecânico, manicura, artista plástico, acompanhante de hospital) | 11 | 14 | 11 | 10 | 0 | 0 |
| Comércio (balconista, vendedor, cantineira, camareira, pacoteiro, açougueiro comerciante) | 6 | 8 | 6 | 6 | 0 | 0 |
| Construção civil (bombeiro, eng. civil, pedreiro, projetista, servente de pedreiro, pintor de parede, técnico em instalações, | 5 | 7 | 4 | 4 | 8 | 1 |
| Desempregado | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Do lar | 21 | 27 | 28 | 27 | 21 | 3 |
| Educação (professora, estudante, desinfetador de livros) | 2 | 3 | 2 | 2 | 8 | 1 |
| Indústria (chefe de manutenção, Insp. de mecânica, marceneiro, sapateiro, soldador, aux. de produção, ourives, metalúrgico, operador) | 5 | 6 | 3 | 3 | 14 | 2 |
| Prof. Liberal (contador, músico) | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Rural (lavrador) | 0 | 1 | 3 | 3 | 0 | 0 |
| Segurança (segurança, vigilante, porteiro) | 3 | 4 | 1 | 1 | 14 | 2 |
| Serviços administrativos (almozarife, aux. de serv. gerais, aux. administrativo, aux. de escritório, recepcionista, gestor de R.H., escriturário, agente de saúde) | 5 | 7 | 3 | 3 | 0 | 0 |
| Serviços domésticos (doméstica, cozinheiro, faxineira, lavadeira, passadeira) | 11 | 14 | 11 | 11 | 14 | 2 |
| Transporte (taxista, motorista, cobrador, aeroviário) | 2 | 3 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Não citada | 5 | 6 | 5 | 5 | 7 | 1 |
| Total | 100 | 131 | 100 | 97 | 100 | 14 |

Fonte: elaboração própria

Na TAB. 7, as profissões foram agrupadas por natureza da atividade. Pode-se observar maior concentração nas categorias de aposentados, do lar, serviços domésticos, autônomos e comércio que representam 69% dos entrevistados na Semiologia I – Módulo Adultos, 75% na MGA-I. Na DIP, a soma de aposentados, do lar e serviços domésticos perfazem 50% dos respondentes.

7.2 Análise quantitativa das respostas das três disciplinas

Estão apresentadas as proporções amostrais encontradas em cada resposta.

7.2.1 Semiologia I – Módulo Adultos

TABELA 8

Respostas por questões, obtidas nos questionários da Semiologia I - Módulo Adultos

| Questões (forma resumida) | Sim | | Não | | Não sei / Não se aplica | |
|---|-----|-----|-----|----|-------------------------|----|
| | % | n | % | n | % | n |
| 1. Foi informado de quem iria atendê-lo? | 37% | 48 | 63% | 83 | 0% | 0 |
| 2. Ao iniciar a consulta ficou claro o esquema de aula? | 78% | 102 | 22% | 28 | 0% | 0 |
| 3. Foi perguntado se concordava? | 36% | 48 | 63% | 82 | 1% | 1 |
| 5. Professor usava identificação crachá? | 69% | 91 | 7% | 9 | 24% | 31 |
| 6. Aluno usava identificação crachá? | 86% | 113 | 1% | 1 | 13% | 17 |
| 7. Professor identificou-se e apresentou-se? | 76% | 100 | 22% | 29 | 2% | 2 |
| 8. Professor lhe chamou pelo nome? | 96% | 126 | 3% | 4 | 1% | 1 |
| 9. Alunos identificaram-se e se apresentaram? | 77% | 101 | 22% | 29 | 1% | 1 |
| 10. Alunos lhe chamaram pelo nome? | 92% | 120 | 8% | 10 | 0% | 1 |
| 11.a) Recebeu orientações quanto à doença? | 85% | 111 | 10% | 12 | 5% | 7 |
| 11.b) exames? | 80% | 104 | 8% | 10 | 12% | 16 |
| 11.c) medicamentos? | 48% | 63 | 12% | 15 | 40% | 52 |
| 11.d) continuidade do tratamento? | 95% | 124 | 4% | 5 | 1% | 1 |
| 12. Orientações foram satisfatórias? | 97% | 127 | 3% | 4 | 0% | 0 |
| 13 a) Durante a consulta sentiu-se à vontade? | 95% | 122 | 5% | 6 | 0% | 0 |
| 13 b) Teve sua privacidade respeitada? | 98% | 128 | 2% | 3 | 0% | 0 |

Fonte: elaboração própria.

Nota: a opção **Não se aplica**, refere-se à questão 11

Para a questão 4:

Professor (10%), Professor e Alunos (86%), Alunos (4%), Não sei (0%)

Para as questões 14 e 15

14: ótima (73%), boa (26%), regular (1%), ruim (0%)

15: ótimo (52%), boa (46%), regular (1%), ruim (1%)

Pelos resultados apresentados na TAB. 8, no que se refere ao paciente ter informações sobre quem iria atendê-lo e dar o seu consentimento, os índices de respostas afirmativas foram insatisfatórios, 37% e 36%, já que na maioria das vezes o cliente não sabia quem iria atendê-lo e também não lhe foi perguntado se consentia em ser atendido em esquema de aula.

Na questão 4, o resultado foi de 4% de pacientes examinados por alunos, apesar do resultado positivo da maioria ter sido examinada por professores e alunos.

A identificação pelo crachá foi percebida pelo cliente em maior índice para alunos, 86%, do que para professores, 69%. Quanto a chamarem o paciente pelo nome, os percentuais são bem próximos para professores e alunos. Com relação a se identificarem e se apresentarem, tanto professores quanto alunos, na percepção do paciente, apresentam índice negativo de 22%.

Quanto às orientações recebidas, apesar de 12% dos respondentes atestarem que não se sentiram satisfeitos com relação às informações sobre os medicamentos prescritos, 97% afirmaram estarem satisfeitos com as orientações de maneira geral.

Tomando como referência as respostas “bom” e “ótimo”, 99% dos respondentes aprovaram a consulta e 96% ficaram satisfeitos com o atendimento como um todo.

7.2.2 Medicina Geral de Adultos - I

TABELA 9

Respostas por questões, obtidas nos questionários da MGA-I.

| Questões (forma resumida) | Sim | | Não | | Não sei / Não se aplica | |
|---|-----|----|-----|----|-------------------------|----|
| | % | n | % | n | % | n |
| 1. Foi informado de quem iria atendê-lo? | 71% | 69 | 29% | 28 | 0% | 0 |
| 2. Ao iniciar a consulta ficou claro o esquema de aula? | 73% | 71 | 27% | 26 | 0% | 0 |
| 3. Foi perguntado se concordava? | 23% | 22 | 75% | 73 | 2% | 2 |
| 5. Professor usava identificação crachá? | 64% | 62 | 5% | 5 | 31% | 30 |
| 6. Aluno usava identificação crachá? | 72% | 70 | 7% | 7 | 21% | 20 |
| 7. Professor identificou-se e apresentou-se? | 69% | 66 | 28% | 27 | 3% | 3 |
| 8. Professor lhe chamou pelo nome? | 74% | 71 | 21% | 20 | 5% | 5 |
| 9. Alunos identificaram-se e se apresentaram? | 81% | 79 | 19% | 18 | 0% | 0 |
| 10. Alunos lhe chamaram pelo nome? | 87% | 84 | 13% | 13 | 0% | 0 |
| 11.a) Recebeu orientações quanto à doença? | 76% | 74 | 14% | 13 | 10% | 10 |
| 11.b) exames? | 86% | 83 | 8% | 8 | 6% | 6 |
| 11.c) medicamentos? | 57% | 55 | 3% | 3 | 40% | 39 |
| 11.d) continuidade do tratamento? | 93% | 90 | 4% | 4 | 3% | 3 |
| 12. Orientações foram satisfatórias? | 96% | 93 | 4% | 4 | 0% | 0 |
| 13 a) Durante a consulta sentiu-se à vontade? | 98% | 95 | 2% | 2 | 0% | 0 |
| 13 b) Teve sua privacidade respeitada? | 99% | 96 | 1% | 1 | 0% | 0 |

Fonte: elaboração própria

Nota: a opção **Não se aplica**, refere-se à questão 11.

Para a questão 4:

Professor 0 (0%), Professor e Alunos 70 (72%), Alunos 26 (27%), Não sei 1 (1%)

Para as questões 14 e 15

14: ótima 81 (84%), boa 14 (14%), regular 2 (2%), ruim 0 (0%)

15: ótimo 63 (66%), bom 30 (31%), regular 3 (3%), ruim 0 (0%)

Ao chegar para a consulta o cliente é recebido pela secretária do local do atendimento. De acordo com os dados da TAB. 9, pode concluir-se, pelo resultado de 71% de respostas afirmativas, que na maioria das vezes o paciente foi informado. O percentual de falta desta informação é 29%.

Para 75% dos entrevistados, professores e alunos não perguntaram se concordavam em ser atendidos em esquema de aula; 23% responderam que sim e 2% não sabia.

Segundo 64% dos entrevistados, os professores usavam o crachá e 72% dos respondentes declararam a utilização de crachá pelos alunos. O alto índice de resposta “não sei”, 21% para alunos e 31% para professores, pode significar que os clientes entrevistados não atribuem a este aspecto a importância real que ele tem com relação ao cumprimento da legislação, por parte de quem os assiste.

Em 87% das entrevistas o cliente afirmou que os alunos lhe chamaram pelo nome. É compreensível este índice, pois na rotina do atendimento muitas vezes são os alunos que se encarregam de verificar a lista de pacientes agendados e de chamá-los para a consulta. A partir deste momento eles já se familiarizam com o nome do paciente.

Pelos índices das questões de 7 e 9, observa-se, segundo os pacientes, que alunos se identificaram e se apresentaram mais do que professores.

Deixar o paciente à vontade e respeito à privacidade do paciente, foram os itens que receberam maior índice de satisfação (98% e 99% , respectivamente).

Observou-se pelos resultados das questões 14 e 15, que os clientes ficaram satisfeitos em maior grau com relação à consulta, se comparado aos índices de ótimo e bom em relação à classificação do atendimento como um todo. Esse resultado pode ser explicado pelos comentários finais com relação à demora do atendimento e informações inadequadas na portaria do ambulatório conforme será apresentado no QUADRO 6.

7.2.3 Doenças Infecciosas e Parasitárias

TABELA 10

Percentual de respostas por questões, obtidas nos questionários da DIP.

| Questões (forma resumida) | Sim | | Não | | Não sei / Não se aplica | |
|---|------|----|-----|---|----------------------------|---|
| | % | n | % | n | % | n |
| 1. Foi informado de quem iria atendê-lo? | 86% | 12 | 14% | 2 | 0% | 0 |
| 2. Ao iniciar a consulta ficou claro o esquema de aula? | 79% | 11 | 21% | 3 | 0% | 0 |
| 3. Foi perguntado se concordava? | 43% | 6 | 57% | 8 | 0% | 0 |
| 5. Professor usava identificação crachá? | 64% | 9 | 14% | 2 | 21% | 3 |
| 6. Aluno usava identificação crachá? | 36% | 5 | 43% | 6 | 21% | 3 |
| 7. Professor identificou-se e apresentou-se? | 71% | 10 | 21% | 3 | 8% | 1 |
| 8. Professor lhe chamou pelo nome? | 71% | 10 | 21% | 3 | 8% | 1 |
| 9. Alunos identificaram-se e se apresentaram? | 93% | 13 | 7% | 1 | 0% | 0 |
| 10. Alunos lhe chamaram pelo nome? | 100% | 14 | 0% | 0 | 0% | 0 |
| 11.a) Recebeu orientações quanto à doença? | 93% | 13 | 7% | 1 | 0% | 0 |
| 11.b) exames? | 86% | 12 | 14% | 2 | 0% | 0 |
| 11.c) medicamentos? | 50% | 7 | 29% | 4 | 21% | 3 |
| 11.d) continuidade do tratamento? | 71% | 10 | 29% | 4 | 0% | 0 |
| 12. Orientações foram satisfatórias? | 100% | 14 | 0% | 0 | 0% | 0 |
| 13 a) Durante a consulta sentiu-se à vontade? | 86% | 12 | 14% | 2 | 0% | 0 |
| 13 b) Teve sua privacidade respeitada? | 86% | 12 | 14% | 2 | 0% | 0 |

Fonte: elaboração própria

Nota: a opção **Não se aplica**, refere-se à questão 11.

Para a questão 4:

Professor 0 (0%), Professor e Alunos 8 (57%), Alunos 6 (43%), Não sei 0 (0%)

Para as questões 14 e 15

14: ótima 8 (57%), boa 6 (43%), regular 0 (0%), ruim 0 (0%)

15: ótimo 5 (36%), boa 8 (57%), regular 1 (7%), ruim 0 (0%)

Com referência à TAB. 10, apesar de o cliente ter se sentido melhor informado sobre quais profissionais iriam atendê-lo e de que forma, com relação ao consentimento, ou seja, aos professores e alunos indagarem ou não se concordavam em ser atendidos em esquema de aula, o percentual de respostas “não” ficou em 57%.

O percentual de 43% de clientes atendidos pelos alunos e 57% por professores, pode justificar-se pelo fato de, nesta disciplina, como os alunos estão numa fase mais avançada do

curso, eles passam a maior parte do tempo da consulta com o paciente e, somente ao final é feita discussão. Quanto ao uso do crachá, previsto na legislação e também na PNH e políticas de qualidade, constatou-se que é mais praticado por professores do que por alunos.

Os altos índices obtidos quanto à apresentarem-se para os pacientes e tratá-los pelo nome, indica possível preocupação por parte de professores e alunos em estabelecer um bom relacionamento com os pacientes.

Quanto às orientações recebidas, em geral, o paciente ficou satisfeito. Já no que se refere ao respeito à privacidade e sentir-se a vontade, o índice de insatisfação foi de 14% .

7.3 Soma dos resultados das três disciplinas.

TABELA 11

Proporções do somatório de todas as respostas, por questões.

| Questões (forma resumida) | Sim | | Não | | Não sei / Não se aplica | |
|---|-----------|-----|-----|-----|-------------------------|----|
| | % | n | % | n | % | n |
| 1. Foi informado de quem iria atendê-lo? | 53 | 128 | 47 | 114 | 0 | 0 |
| 2. Ao iniciar a consulta ficou claro o esquema de aula? | 76 | 184 | 24 | 58 | 0 | 0 |
| 3. Foi perguntado se concordava? | 31 | 75 | 67 | 162 | 2 | 5 |
| 5. Professor usava identificação crachá? | 67 | 162 | 7 | 17 | 26 | 63 |
| 6. Aluno usava identificação crachá? | 78 | 189 | 6 | 14 | 16 | 39 |
| 7. Professor identificou-se e apresentou-se? | 73 | 177 | 25 | 60 | 2 | 5 |
| 8. Professor lhe chamou pelo nome? | 86 | 208 | 11 | 27 | 3 | 7 |
| 9. Alunos identificaram-se e se apresentaram? | 80 | 194 | 20 | 48 | 0 | 0 |
| 10. Alunos lhe chamaram pelo nome? | 90 | 218 | 10 | 24 | 0 | 0 |
| 11.a) Recebeu orientações quanto à doença? | 82 | 198 | 11 | 27 | 7 | 17 |
| 11.b) exames? | 83 | 201 | 8 | 19 | 9 | 22 |
| 11.c) medicamentos? | 52 | 126 | 9 | 22 | 39 | 94 |
| 11.d) continuidade do tratamento? | 93 | 225 | 5 | 12 | 2 | 5 |
| 12. Orientações foram satisfatórias? | 97 | 235 | 3 | 7 | 0 | 0 |
| 13 a) Durante a consulta sentiu-se à vontade? | 96 | 232 | 4 | 10 | 0 | 0 |
| 13 b) Teve sua privacidade respeitada? | 98 | 237 | 2 | 5 | 0 | 0 |

Fonte: elaboração própria.

Para a questão 4:

Professor (15%), Professor e Alunos (79%), Alunos (6%), Não sei (0%)

Para as questões 14 e 15

14: ótima (75%), boa (23%), regular (2%), ruim (0%)

15: ótimo (57%), boa (41%), regular (2%), ruim (0%)

Na análise de todas as respostas, merecem destaque as questões 1, 3 e 11 (medicamentos), que tiveram as menores proporções de respostas “sim”. Na questão 1 ficou bem dividido entre sim e não, na questão 3 a proporção de “não” foi bem maior que a de “sim”, e na questão 11 a proporção de “sim” foi próxima de 0,5, porém não é tão preocupante porque a proporção de “não sei” também foi alta.

7.4 Análise comparativa das três disciplinas.

TABELA 12

Percentuais de respostas “sim” para cada uma das questões, por disciplinas.

| Questões (forma resumida) | Semiologia I – Mód. Ad. | MGA-I | DIP |
|---|----------------------------|-------|-----|
| 1. Foi informado de quem iria atendê-lo? | 37 | 71 | 86 |
| 2. Ao iniciar a consulta ficou claro o esquema de aula? | 78 | 73 | 79 |
| 3. Foi perguntado se concordava? | 36 | 23 | 43 |
| 5. Professor usava identificação crachá? | 69 | 64 | 64 |
| 6. Aluno usava identificação crachá? | 86 | 72 | 36 |
| 7. Professor identificou-se e apresentou-se? | 76 | 69 | 71 |
| 8. Professor lhe chamou pelo nome? | 96 | 74 | 71 |
| 9. Alunos identificaram-se e se apresentaram? | 77 | 81 | 93 |
| 10. Alunos lhe chamaram pelo nome? | 92 | 87 | 100 |
| 11.a) Recebeu orientações quanto à doença? | 85 | 76 | 93 |
| 11.b) exames? | 80 | 86 | 86 |
| 11.c) medicamentos? | 48 | 57 | 50 |
| 11.d) continuidade do tratamento? | 95 | 93 | 71 |
| 12. Orientações foram satisfatórias? | 97 | 96 | 100 |
| 13 a) Durante a consulta sentiu-se à vontade? | 95 | 98 | 86 |
| 13 b) Teve sua privacidade respeitada? | 98 | 99 | 86 |

Fonte: elaboração própria.

Na TAB. 12 pode ser visto que em algumas das questões, o percentual de respostas “sim” tem um padrão diferente por disciplinas. No caso da questão 1, que pergunta se o paciente recebeu informações sobre qual profissional iria atendê-lo, a proporção de “sim” para a Semiologia I – Módulo Adultos é menor que para as outras disciplinas. No caso da questão 6, que trata sobre a identificação do aluno, a proporção de “sim” foi menor para a DIP. Assim também na questão 8, que pergunta se o professor chamou o paciente pelo nome, a proporção de “sim” na DIP é menor e da mesma forma na questão 11, que pergunta se o paciente recebeu

informações sobre o tratamento. Esses foram os principais pontos de diferenças entre as disciplinas.

Na questão 3, que refere-se à se foi perguntado se o paciente concordava em ser atendido em esquema de aula, pode-se observar que os percentuais de respostas “sim” são baixos na MGA-I 23%, na Semiologia – I Módulo Adultos, 36% e DIP 43%.

Nas questões de 5 a 10, que versam sobre a identificação de professores e alunos para com o paciente, observa-se que na Semiologia – I Módulo Adultos professores e alunos utilizam mais o crachá; professores desta mesma disciplina também se apresentam e tratam o paciente pelo nome numa proporção maior. Porém observou-se que na especialidade DIP, apesar dos alunos serem os que menos utilizam crachá, se comparados aos das outras disciplinas estudadas, eles se apresentam mais e chamam pelo nome o paciente, o que pode se dever à prática e ao aprendizado dos períodos anteriores.

Houve observações de pacientes que atestam problemas com relação à falta de identificação na Semiologia-I Módulo Adultos e MGA-I: alunos que não conversaram com o paciente; pacientes que saíram dos consultórios sem saber nome de alunos que os atenderam, pacientes que declararam que não foram atendidos pelo professor e outros que não viram o professor. Estas observações poderão ser encontradas nos QUADROS 5 e 6.

As questões 11 e 12 dizem respeito às orientações dadas ao cliente/paciente. Na visão destes, em geral as orientações foram satisfatórias, porém na DIP, 29% dos respondentes não se sentiram bem orientados quanto aos medicamentos que deveriam tomar e também quanto à continuidade do tratamento.

A questão 13 refere-se às impressões dos clientes com relação ao respeito a sua privacidade. Pelos índices alcançados pode-se concluir que os pacientes se sentem à vontade sendo atendidos por professores e alunos e que têm a sua privacidade respeitada. Porém, observou-se que no caso da DIP, o índice de satisfação ficou em 86%. Há que se considerar a declaração do cliente que disse que “toda hora a porta era aberta e as pessoas entravam e saíam”, conforme será visto no QUADRO 7.

TABELA 13

Percentuais de atendimento por categoria por disciplinas.

| Categoria | Semiologia-I Mód. Ad | MGA-I | DIP |
|--------------------|----------------------|-------|-----|
| Professor | 10 | 0 | 0 |
| Professor e Alunos | 86 | 72 | 57 |
| Alunos | 4 | 17 | 43 |

Fonte: elaboração própria

Na Semiologia I – Módulo Adultos, clientes declararam terem sido atendidos somente pelo professor, esse percentual é nulo para as outras duas disciplinas.

Como esperado, a maioria dos pacientes foi atendida por professores e alunos. Porém, esse percentual é bem menor para a DIP, o que provavelmente está relacionado ao maior grau de independência do aluno na especialidade.

TABELA 14

Percentuais de avaliações positivas “bom”+”ótimo” nas questões de avaliação, por disciplinas.

| Questões | Semiologi-I Mód. Ad. | MGA-I | DIP |
|--------------------------------|----------------------|-------|-----|
| Como você avalia a consulta? | 99 | 98 | 100 |
| Como classifica o atendimento? | 98 | 97 | 93 |

Fonte: elaboração própria.

Observa-se, pelos resultados apresentados na TAB.14, que os pacientes entrevistados sentiram-se satisfeitos tanto com a consulta quanto com o atendimento como um todo.

7.5 Análise qualitativa das respostas das três disciplinas.

Foram explicitadas todas as observações referentes às questões nas quais havia o campo para que o respondente pudesse fazer comentários.

QUADRO 5

Observações dos respondentes da disciplina de Semiologia I- Mód.Ad.

| Semiologia I – Módulo Adultos – 131 respondentes | | |
|--|-------------------|---|
| Questão (forma resumida) | Nº de observações | Observações do paciente |
| 1. Foi informado de quem iria atendê-lo | 1 | - A informação foi obtida por outro paciente. |
| | 3 | - Deveria ter alguém para informar sobre isso. |
| | 2 | - Já sabia. |
| | 13 | - Ficou sabendo no posto de enfermagem / portaria. |
| | 1 | - Teve sensação de triagem. |
| 2. Ao iniciar a consulta ficou claro o esquema de aula | 2 | - Só ficou sabendo na hora da consulta. |
| | 2 | - Acha que ele deveria ter sido informado antes da consulta. |
| | 1 | - Não informaram, mas ele sabia por ser um hospital-escola. |
| | 1 | - Soube através de outro paciente. |
| 3. Foi perguntado se concordava | 2 | - Não, mas acha que deveria ser perguntado antes da consulta. |
| | 1 | - Não, mas deveria ser perguntado, apesar de não ter opção por ser hospital-escola. |
| | 1 | - Não, faltam orientações a respeito. |
| | 1 | - Ficou tímido por ser a primeira consulta e a sala estar cheia de alunos. |
| 4. Foi examinado por quem | 2 | - Gostou do atendimento feito. |
| | 4 | - Foi examinado pelos alunos. |
| | 1 | - O professor ficou só observando. |
| | 1 | - O professor entrou depois do exame e fez orientações. |
| 5. Professor usava identificação crachá | 9 | - O professor usava crachá. |
| | 1 | - O paciente não viu o professor. |
| | 3 | - Não se lembra / não reparou. |

| Continuação Quadro 5 - Semiologia I – Módulo Adultos – 131 respondentes | | |
|--|-------------------|---|
| Questão (forma resumida) | Nº de observações | Observações do paciente |
| | 2 | - O professor usava o nome do bolso do jaleco. |
| 6. Aluno usava identificação crachá | 10 | - O(s) aluno(s) usava(m) crachá. |
| | 4 | - O(s) aluno(s) usava(m) o nome no bolso do Jaleco. |
| | 4 | - Não se lembra / não reparou. |
| 7. Professor identificou-se pelo nome e apresentou-se | 1 | - Ficou sem saber quem era o médico. |
| | 1 | - Perguntou ao médico. |
| | 1 | O paciente não foi atendido pelo professor. |
| | 1 | - O aluno apresentou o professor. |
| 8. Professor lhe chamou pelo nome | 1 | - Não foi atendido pelo professor. |
| | 1 | - O professor não chegou perto dele. |
| 9. Alunos identificaram-se e se apresentaram | 4 | - O aluno que examinou o paciente se apresentou, os demais não. |
| | 3 | - Alguns alunos não se identificaram. |
| 10. Alunos lhe chamaram pelo nome | 3 | - Apenas o aluno que examinou o paciente |
| | 1 | - Seria correto chamá-lo pelo nome. |
| | 1 | - Teve a impressão de que a aluna estava com sorriso de deboche |
| 12. Orientações foram satisfatórias | 12 | - Ficou satisfeito. |
| | 1 | - Ainda restam dúvidas. |
| | 1 | - Mandaram fazer os exames e levar o resultado. |
| | 1 | - Não concordou com o diagnóstico. |
| 13. Durante a consulta: a) Sentiu-se à vontade. b) Privacidade foi respeitada. | 12 | - Ficou constrangido com a presença de muitas pessoas na sala. |
| | 1 | - Ficou satisfeito. |

| Conclusão Quadro 5 - Semiologia I – Módulo Adultos – 131 respondentes | | |
|--|--|---|
| Questão (forma resumida) | Nº de observações | Observações do paciente |
| | 1 | - Pediram licença para examiná-lo. |
| | 1 | - Pediram para aguardar fora do consultório e depois voltar. |
| 16. Comentários finais | 54 | - Ficou muito satisfeito com o atendimento. |
| | 11 | - Marcar consultas / exames no Ambulatório e não no Posto de Saúde. |
| | 7 | - Atendimento ruim no telefone / portaria . |
| | 1 | - Achou que a consulta demorou muito. Ficou nervosa porque achou que estavam rindo dela. Ficou confusa em relação aos exames. No posto de enfermagem é que foi orientada. Ficou insatisfeita porque não passaram receita. |
| | 1 | - Achou que demorou para fazer o cartão. |
| | 1 | - Achou ruim ter que enfrentar filas. |
| | 1 | - Acha que é bom ser examinado por alunos e professores, porque sempre quando vai a uma policlínica não são examinados direito, mas no HC é examinado nos mínimos detalhes. |
| | 1 | - Quer fazer os exames o mais rápido possível para ficar livre. |
| | 1 | - Ficou constrangida com a presença dos alunos. |
| | 1 | - Foi barrada por atraso, mas reclamou por ser de outra cidade e ter dificuldades para chegar. |
| 1 | - Sugeriu um médico substituto para eventuais problemas. | |

Fonte: elaboração própria.

Com base nas informações constantes no QUADRO 5, pode-se observar que a visão do cliente quanto ao direito de consentir ou não demonstrou ser ainda insipiente. Apesar de ter sido perguntado se concordava para apenas 36% dos respondentes, houve somente 5 observações quanto a este assunto dentre os 63% que responderam “não”: dois pacientes disseram que não foi perguntado, mas acham que deveria ser; outro que deveria ser perguntado, apesar de não ter opção por ser hospital-escola; outro que faltam orientações a

respeito e um último, que ficou tímido por ser a primeira consulta e a sala estar cheia de alunos.

Nas questões 4,5,7 e 8 há observações que se referem à ausência ou distanciamento do professor (médico).

Segundo a visão dos clientes, alunos e professores da Semiologia I – Módulo Adultos se identificam e os chamam pelo nome de forma satisfatória. Porém, algumas observações são essenciais para reflexões acerca da expectativa do cliente em relação à forma como será tratado pelo médico, já abordada neste trabalho: o paciente ficou sem saber quem era o médico; o aluno que examinou o paciente se apresentou os demais não (4 observações); alguns alunos não se identificaram (3 observações); apenas o aluno que examinou o paciente se identificou (3 observações); seria correto chamá-lo pelo nome; a paciente teve a impressão de que a aluna estava com sorriso de deboche; o professor não chegou perto dele.

A respeito do assunto privacidade, no campo de observações, 12 pacientes declararam que se sentiram constrangidos com a presença de muitas pessoas no consultório.

Um dos respondentes ressaltou como positiva a diferença entre ser examinado nos mínimos detalhes por professores e alunos em um ambulatório-escola e não ser examinado adequadamente em uma policlínica.

Foram apontados ainda pelos clientes, pontos problemáticos que têm a ver com a estrutura de funcionamento do Ambulatório.

QUADRO 6

Observações dos respondentes da disciplina MGA-I.

| MGA-I – 97 respondentes | | |
|---|-------------------|--|
| Questão (forma resumida) | Nº de observações | Observações registradas. |
| 1. Foi informado de quem iria atendê-lo | 2 | - Sim, mas não se lembra. |
| | | - Ficou sabendo na hora que entrou na sala. |
| | 1 | - Já sabia por que o médico que o acompanha já o havia explicado |
| | 1 | - Ficou sabendo na portaria |
| | 11 | - Ficou sabendo no posto de enfermagem. |

| Continuação Quadro 6 - MGA-I – 97 respondentes | | |
|--|-------------------|---|
| Questão (forma resumida) | Nº de observações | Observações registradas. |
| 2. Ao iniciar a consulta ficou claro o esquema de aula | 1 | - Perguntou a respeito. |
| | 1 | - A esposa do paciente percebeu. |
| | 3 | - Ele percebeu isso. |
| | 4 | - Já sabia. |
| | 1 | - Não sabia que um dos atendentes médicos era aluno. |
| | 1 | - Percebeu no momento da apresentação dos alunos |
| 3. Foi perguntado se concordava | 1 | - Disse que não, mas que os jovens são o futuro de amanhã. |
| | 4 | - Disse que não, mas já sabia que seria atendido dessa forma. |
| | 4 | - Disse que não, mas gostou do atendimento. |
| 4. Foi examinado por quem | 1 | - Ficou na dúvida, mas acha que foi o aluno. |
| | 1 | - Não viu o professor. |
| 5. Professor usava identificação crachá | 6 | - O professor usava crachá. |
| | 5 | - Não foi atendido pelo professor / não viu o professor. |
| | 5 | - Não se lembra / não reparou. |
| 6. Aluno usava identificação crachá | 7 | - O(s) aluno(s) usava(m) crachá. |
| | 1 | - O aluno não usava, mas se apresentou. |
| | 7 | - Não se lembra / não reparou. |
| 7. Professor identificou-se pelo nome e apresentou-se | 2 | - Não, mas já conhecia o médico. |
| | 2 | - O paciente perguntou ao médico. |
| | 2 | - Não se lembra. |
| | 1 | - Não foi atendido pelo professor. |
| 8. Professor lhe chamou pelo nome | 5 | - Não foi atendido pelo professor. |

| Continuação Quadro 6 - MGA-I – 97 respondentes – | | |
|--|-------------------|--|
| Questão (forma resumida) | Nº de observações | Observações registradas. |
| | 1 | - Não se lembra. |
| 9. Alunos identificaram-se e se apresentaram | 4 | - O aluno que examinou o paciente se apresentou, os demais não. |
| | 1 | - O aluno se apresentou, mas não guardou o nome dele. |
| 10. Alunos lhe chamaram pelo nome | 3 | - Apenas o aluno que o examinou. |
| | 1 | - Os alunos não conversaram com o ele. |
| | 1 | - Se fizeram algo de errado, não vai poder reclamar, pois não sabe o nome dos alunos. |
| 12. Orientações foram satisfatórias | 1 | - Apesar de não ter sido atendida pelo professor ficou satisfeita. |
| | 2 | - Ficou satisfeito. |
| | 1 | - Preferia ter sido atendido pelo médico (professor). |
| | 1 | - Não informaram sobre o motivo das dores, disseram que seria falado só depois dos exames. |
| | 2 | - Só pediram exames. |
| 13. Durante a consulta: a) Sentiu-se à vontade. b) Privacidade foi respeitada. | 1 | - Apesar da presença dos jovens, sentiu-se bem. |
| | 1 | - Contaram piada pra ele. |
| | 1 | - Está acostumado com jovens por ter netos e sobrinhos |
| | 1 | - Sentiu vergonha de despir-se na frente dos alunos. |
| 16. Comentários finais | 35 | - O paciente ficou muito satisfeito com o atendimento. |
| | 13 | - Apesar da demora, gostou do atendimento |
| | 1 | - Apesar de não ter sido atendido pelo professor, ficou satisfeito. |
| | 1 | - Acha que deveria ter atendimento em mais especialidades. |
| | 1 | - A informação na portaria foi ruim. |

| Conclusão Quadro 6 - MGA-I – 97 respondentes – | | |
|---|-------------------|---|
| Questão (forma resumida) | Nº de observações | Observações registradas. |
| | 1 | - Ficou insatisfeito porque veio sem o encaminhamento do posto de saúde, e não pôde ser atendido. |

Fonte: elaboração própria.

Como descrito no QUADRO 6, foram obtidas 11 anotações de que o paciente ficou sabendo que seria uma aula por outros motivos, que não a explicação pelo professor e alunos.

Nas questões 4,5,7,8,10,12 houve observações de clientes que declararam não terem sido atendidos pelo professor ou que não viram o professor.

Quanto a sentir-se a vontade e à privacidade, duas anotações merecem destaque: apesar da presença dos jovens, sentiu-se bem e outra, sentiu vergonha de despir-se na frente dos alunos.

Nas questões 12, 13 e nos comentários finais, observa-se que os pacientes externam as suas insatisfações, fazendo ressalvas.

QUADRO 7

Observações dos respondentes da disciplina DIP.

| DIP – 14 respondentes | | |
|--|-------------------|---|
| Questão (forma resumida) | Nº de observações | Observações do paciente |
| 1. Foi informado de quem iria atendê-lo | 1 | - Foi encaminhado, então já sabia quem iria atendê-lo. |
| | 1 | - Não foi informado sobre o nome do atendente. |
| 2. Ao iniciar a consulta ficou claro o esquema de aula | 1 | - O paciente gostou dos alunos que o acompanharam até o Hospital São Geraldo. |
| 3. Foi perguntado se concordava | - | Não houve observações. |
| 4. Foi examinado por quem | 1 | - Primeiro a aluna, depois o professor. |
| 5. Professor usava identificação crachá | 1 | - Crachá |
| 6. Aluno usava identificação crachá | - | Não houve observações |

| Conclusão QUADRO 7 - DIP – 14 respondentes | | |
|--|-------------------|---|
| Questão (forma resumida) | Nº de observações | Observações do paciente |
| 7. Professor identificou-se pelo nome e apresentou-se | 1 | - No momento em que entrou no consultório só havia um aluno, depois chegaram o professor e os outros alunos. |
| | 1 | - Disse que já conhecia o professor. |
| 8. Professor lhe chamou pelo nome | - | - Não houve observações. |
| 9. Alunos identificaram-se e se apresentaram | 1 | - A maioria deles se apresentou. |
| 10. Alunos lhe chamaram pelo nome | - | - Não houve observações. |
| 12. Orientações foram satisfatórias | 1 | - Conversou muito com a oftalmologista. (dito por uma cliente que foi encaminhada da DIP para a Oftalmologia no Hospital São Geraldo do HC) |
| 13. Durante a consulta: a) Sentiu-se à vontade. b) Privacidade foi respeitada. | - | - Não houve observações. |
| 16. Comentários finais | 1 | - Reclamou da demora no atendimento. |
| | 1 | - Elogiou o atendimento. |
| | 1 | - A consulta foi realizada pela aluna. O médico chegou posteriormente e interrogou o paciente com a porta aberta. Toda hora a porta era aberta e as pessoas entravam e saíam. Teve um momento que o professor ficou com vários alunos e o paciente. |
| | 1 | - Faltam informações adequadas sobre os aspectos administrativos. |

Fonte: elaboração própria.

Não houve observações dos respondentes nas questões de número 3, 6, 8, 10 e 13.

TABELA 15

Classificação da consulta e do atendimento pelos respondentes que fizeram observações negativas nos questionários.

| Disciplina | Classificação Consulta | | | | | Classificação atendimento | | | | |
|---------------------------|------------------------|-----------|----------|----------|----------|---------------------------|-----------|----------|----------|----------|
| | Ótima | Boa | Reg. | Ruim | NR | Ótimo | Bom | Reg. | Ruim | NR |
| Semiologia I – M.Ad. | 18 | 8 | 2 | 0 | 0 | 10 | 15 | 1 | 1 | 1 |
| MGA -I | 13 | 8 | 2 | 0 | 0 | 9 | 10 | 3 | 0 | 1 |
| DIP | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| Total | 31 | 19 | 4 | 0 | 0 | 19 | 27 | 5 | 1 | 2 |
| Total respondentes | 54 | | | | | 54 | | | | |

Fonte: elaboração própria

Nota: NR= não respondeu

Dos 242 pacientes entrevistados, 54 fizeram observações de caráter negativo. Como pode ser visto pelos números da TAB. 15, 50 deles classificaram a consulta como ótima e boa e 46 classificaram o atendimento em geral como ótimo e bom.

CAPÍTULO 8

DISCUSSÃO

8 Discussão.

Uma provável limitação deste estudo foi o fato de terem sido utilizadas seis entrevistadoras (incluindo a pesquisadora). Apesar do treinamento introdutório e do acompanhamento a subjetividade sempre é fator a ser considerado. Entretanto, nesse tipo de pesquisa, espera-se que o entrevistador registre fielmente a resposta e que seja educado, amigável e imparcial. (CHAGAS, 2007)

Outro condicionador foi a ocorrência da pesquisa no CTR-DIP Orestes Diniz ter ficado para o segundo semestre de 2007. O CTR-DIP apresentou demanda de aprovação no COEP da PBH, o que acabou por influenciar no tempo da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas após a consulta, quando, na maioria das vezes, os clientes já haviam aguardado muito tempo e por isso não se mostraram propensos a participar da pesquisa.

O ambiente da entrevista também foi fator determinante, uma vez que optou-se pela aplicação do questionário dentro do ambulatório, local do atendimento. Pode ser que se os clientes tivessem sido entrevistados em outro momento em suas residências, por exemplo, os resultados fossem diversos destes aqui apresentados.

É importante ressaltar o fato de que os professores e alunos foram contatados previamente para assinatura de termo de consentimento, sendo-lhes explicado o objetivo do trabalho.

Outra consideração a ser feita diz respeito ao sentimento de gratidão do respondente em ter conseguido uma consulta no Hospital das Clínicas da UFMG. Vaitsman & Andrade (2005), ressaltam o sentimento de gratidão dificultando a visão crítica do atendimento. O cliente evita criticar os serviços tanto por medo de perder o acesso quanto pela relação de dependência com os profissionais de saúde.

Com o intuito de organizar o raciocínio da discussão optou-se por apresentá-la na mesma lógica dos resultados.

8.1 Perfil dos respondentes das três disciplinas.

Na amostra da disciplina Semiologia I - Módulo Adultos predominou o sexo feminino, com idade média de 50 anos. O nível de escolaridade foi de 63% na faixa do ensino fundamental incompleto ao médio completo. Predominaram aposentados, do lar, domésticos, trabalhadores

em atividades comerciais e autônomos. Consultaram pela primeira vez no Hospital das Clínicas e são oriundos em sua maioria de cidades circunvizinhas a Belo Horizonte.

Os respondentes da disciplina MGA-I foram predominantemente do sexo feminino, com média de idade de 56 anos e nível de escolaridade de 60% localizando-se entre o primário completo e o ensino médio completo. Destacaram-se as ocupações aposentados, do lar, trabalhadores do comércio, domésticos e autônomos. Os clientes se dividem entre aqueles de consulta de primeira vez no Hospital das Clínicas e outros encaminhados por especialidades internas do ambulatório, com procedência, em sua maioria da Capital.

Na DIP também predominou o sexo feminino entre os entrevistados, com média de idade 44 anos, um pouco abaixo daquelas predominantes nas outras disciplinas. O nível de escolaridade situa-se entre o primário completo e o médio completo (71%). Além de aposentados, do lar e domésticos, destacam-se trabalhadores da indústria e do ramo de segurança. Em sua maioria foram pacientes de consulta de primeira vez e oriundos principalmente do interior do estado.

8.2 Discussão dos resultados das três disciplinas

O resultado obtido na disciplina de Semiologia I – Módulo Adultos, quanto aos pacientes serem informados sobre quem iria atendê-los foi de 37% .

Em relação a se lhes foi perguntado se concordavam em serem atendidos em esquema de aula, 36% dos respondentes disseram que sim.

É importante avaliar até que ponto o direito do estudante ao ensino clínico deve se pautar na obrigação dos pacientes em participar dele. Na realidade, nenhuma obrigação legal deve ser atribuída ao paciente. Este deve ter o direito de consentir ou não, o direito de exercer a sua autonomia. Acredita-se que existe uma obrigação moral para que pacientes participem do ensino clínico aos estudantes, pautando-se nos seguintes argumentos: possibilitar a promoção da educação médica; compensação quando impossibilitado de pagar pelo serviço; o cuidado de certo nível prestado em um hospital de ensino; o direito que o estudante tem ao ensino envolvendo pacientes. A revisão da literatura à procura de evidências de apoio a esses argumentos concluiu que não são verídicos ou não atribuem necessariamente obrigações aos pacientes. Apesar de ser evidente que pacientes de hoje se beneficiam do envolvimento de pacientes de ontem, o ensino clínico pode ser realizado sem arriscar o direito de um paciente recusar participação. As instituições de ensino podem adotar políticas incentivadoras. Pode-se aproveitar a vontade natural de participar assim como o uso de pacientes simulados ou a

interação de todos esses métodos para promover a continuidade da educação médica. (WATERBURY, 2001).

Ainda referente à questão da concordância de ser atendido em esquema de aula, um dos clientes entrevistados disse que “deveria ser perguntado, apesar de não ter opção por ser hospital-escola”. De fato, a realidade do Ambulatório Bias Fortes talvez não permitisse outra opção pelo fato do HC-UFMG e de seus Anexos serem campo de formação profissional. Zoboli & Fracoli (2001) falando da vulnerabilidade social do sujeito na pesquisa, questionam se depois de enfrentar tantas dificuldades para conseguir um atendimento, o paciente pode sentir-se livre para exercer sua autonomia. Teria ele outras opções para ser atendido ou não há outro recurso? Teme que sua recusa possa marginalizá-lo perante a equipe que o atende?

Almeida (2000), em estudo sobre a moral paternalista e o respeito à autonomia do paciente diz que é primordial para se garantir esta autonomia, o reconhecimento do direito da pessoa de ter a sua compreensão do mundo, de escolher e agir conforme suas crenças e valores.

Pelos resultados deste estudo, 22% dos respondentes declararam que alunos e professores não se apresentaram na Semiologia I - Módulo Adultos. Rego (2003), em estudo realizado sobre a formação ética dos médicos refere-se à necessidade de se pensar quais valores estão sendo “ensinados/demonstrados/sugeridos/difundidos entre e para os estudantes”, durante o curso médico.

O índice de satisfação com as orientações recebidas pelo cliente nesta disciplina foi de 97%. Franco & Campos (1998) encontraram o índice de 78,8% de satisfação com orientações recebidas por acompanhantes de pacientes pediátricos em um ambulatório de hospital universitário. Afirmam que o resultado demonstrou que a clientela tem informações adequadas acerca do seu problema de saúde, o que é esperado do atendimento em um hospital universitário. O processo de formação do médico deve priorizar a informação como fundamental na relação médico-paciente.

Vale ressaltar que na Semiologia I – Módulo Adultos, 78 clientes dos 131 entrevistados são originários de outras cidades (cidades vizinhas à Belo Horizonte, interior de Minas e um do Estado do Espírito Santo). Diante dos mecanismos de regulação de fluxo de pacientes implantados pela Gestão do SUS em todo o Estado de Minas Gerais, o acesso ao atendimento na Capital tem sido restringido às pessoas oriundas de outras cidades. E considerando-se as formas de agendamento adotadas pelo Ambulatório Bias Fortes, descritas neste trabalho, estima-se a dificuldade por que passaram estes pacientes para conseguirem a consulta.

O índice na MGA-I de 29% de respostas negativas em relação à informação prévia de quem iria atender os pacientes, denota problemas de falta de informações adequadas aos clientes por parte do serviço. Considerando o que determina a Política Nacional de Humanização, a Lei Municipal Nº 8.926, a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde e as políticas de qualidade, é imprescindível que o paciente seja informado quanto aos procedimentos que irá realizar.

Segundo os entrevistados, 23% responderam que lhes foi perguntado se concordavam com o atendimento em esquema de aula, 2% não soube dizer e a 75% não foi perguntado. Partindo-se do princípio que na consulta-aula, o cliente não é apenas paciente, configurando-se como objeto de ensino, constatou-se que a maioria dos clientes não deu o seu consentimento explícito para participar. No entanto pode-se entender pelas observações do QUADRO 6 que não houve contraposição por parte dos clientes. Um deles declarou que não lhe foi perguntado, mas que “os jovens são o futuro de amanhã”, demonstrando o sentimento de estar contribuindo para algo grandioso que muitos pacientes demonstram quando são atendidos em hospitais de ensino (CORTOPASSI et al, 2006; WARTERBURY, 2001)

Por outro lado há de se considerar a fala de Verdi (2005), segundo o qual o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é frequentemente associado à autonomia do paciente. Em teoria, deve proteger o sujeito na pesquisa ou no tratamento, informando-o sobre os procedimentos a serem realizados, seus objetivos, buscando dessa forma respeitar a vontade do indivíduo em consentir ou não com a realização de determinada ação.

Waterbury (2001) refere-se à visão utilitarista da participação do paciente no ensino clínico. Esta visão argumenta que enquanto o aluno aprende o paciente consegue um procedimento do qual necessita. Nesse caso o valor (de utilidade) da participação do paciente excede o valor do seu direito a recusar. Assim o paciente estaria moralmente obrigado a participar em contribuição ao bem maior. A regra do utilitário se sobrepõe à autonomia do paciente. Neste caso a obrigação é equívoca. O correto seria preservar a liberdade de escolha do paciente em participar ou recusar participação.

Em estudo realizado com 25 pessoas internadas em um hospital universitário, com relação à percepção de pacientes sobre a internação e as implicações para o ensino médico, foi constatado que embora as avaliações dos pacientes tenham sido em geral positivas dois fatos foram destacados: o primeiro é a avaliação que os pacientes fazem da "aula em volta do leito" – não compreendem o que é falado; o outro foi um paciente que referiu se sentir como “um bicho na gaiola”, durante a visita médica (CORTOPASSI et al, 2006).

Zoboli & Fracolli (2001) relatam que mesmo diante da condição vulnerável do sujeito, no que concerne à sua situação de pobreza, desigualdade social, dificuldades de acesso às ações e serviços de saúde, tem-se que indagar se ele consente ao propor-lhe participação em pesquisas. “Tratar os sujeitos somente como simples meios e não fins em si mesmos constitui violação ao princípio de respeito às pessoas enquanto agentes autônomos.”

Nas questões de números 4,5,7,8,10,12 houve observações de clientes que declararam não terem sido atendidos pelo professor ou que não estiveram com o professor. O Código de Ética Médica preconiza que a medicina somente pode ser exercida por profissionais habilitados. Portanto, se alunos não são habilitados, não deveriam atender sozinhos. Se qualquer atitude da equipe de professor e alunos deu margem para esse tipo de observação, então, provavelmente a identificação não aconteceu da forma como deveria.

O uso do crachá pelos alunos foi observado em maior percentual do que o uso pelos professores. O mesmo ocorreu com relação à identificação pelo nome e apresentação aos clientes. Em seu estudo, Cortopassi et al (2006) ressaltam que para se resgatar a humanização na formação médica, “é necessário recuperar aspectos tão simples e ao mesmo tempo tão fundamentais como médico e paciente se conhecerem pelo nome”.

Em 87% das entrevistas os clientes afirmaram que os alunos lhes chamaram pelo nome. Foram constatados altos índices de satisfação dos clientes quanto às orientações recebidas durante a consulta pelos professores e alunos da MGA-I.

Um dos respondentes declarou que lhe contaram piada durante a consulta e o outro disse que se sentiu envergonhado de despir-se na frente dos alunos. Falando sobre a relação médico-paciente, Moreira Filho (2005), ressalta que uma das condições gerais desta relação é a atenção à singularidade de cada um. O relacionamento deve se diferenciar de paciente para paciente já que o que é bom com um cliente pode não ser com outro. Cada indivíduo tem suas próprias características psíquicas e um modo próprio de reagir às situações.

Rego (2003), expõe relatos de estudantes sobre o “desrespeito à pessoa: coisificação do ser”. São vários os depoimentos, mas sobre a questão da preservação da intimidade, uma aluna conta que o “monitor de semiologia estava fazendo uma revisão com o meu grupo em um paciente internado. Só que ele deixou o paciente nu por mais de duas horas, sem deixar nem o lençol cobrindo ele.”

Observou-se pelos resultados das questões 14 e 15, que os clientes ficaram satisfeitos com a consulta e com o atendimento na sua totalidade, 98% e 97%. Entretanto, nos comentários

finais aparecem observações com relação à demora do atendimento e informações inadequadas na portaria do ambulatório.

Resultado semelhante foi encontrado em estudo realizado com acompanhantes de pacientes pediátricos do Hospital das Clínicas da Unicamp: 93,2% de satisfeitos. Porém os mesmos acompanhantes relatam diversos problemas no atendimento. O alto índice de satisfação foi explicado pelo fato de estes problemas não serem tão relevantes para os clientes quando comparados com a qualidade da atenção recebida ou com a falta de opção de serviço de saúde a ser utilizado. (FRANCO & CAMPOS, 1998).

O cliente atendido na disciplina DIP sentiu-se bem informado sobre quais profissionais iriam atendê-lo e de que forma.

Com relação ao consentimento, ou seja, aos professores e alunos indagarem ou não para os clientes se concordavam em ser atendidos em esquema de aula, o percentual de respostas sim foi 43%, contrariando a hipótese deste estudo.

O percentual de 43% de clientes atendidos pelos alunos e 57% por professores e alunos, pode justificar-se pelo fato de, nesta disciplina, como os alunos estão numa fase mais avançada do curso, eles passam a maior parte do tempo da consulta com o paciente e, somente ao final é feita discussão.

No início do nono período, findo o ciclo ambulatorial geral, inclusive com o atendimento na rede pública de saúde o estudante passa a ser o médico do paciente, no entanto, com a supervisão direta e presencial do professor, que é quem legalmente responde pelo atendimento. (RIBEIRO, 2006).

Não houve observação que atestasse a ausência do professor. No entanto, não se obteve informações suficientes para afirmar que alunos não estejam atendendo sozinhos, o que contrariaria o Código de Ética Médica e feriria as políticas de qualidade para o setor saúde, que preconizam habilitação para o exercício profissional.

Quanto ao uso do crachá, previsto na PNH, na Lei Municipal nº 8.926, na Carta de Direitos dos Usuários da Saúde e nas políticas de qualidade, constatou-se que é mais praticado por professores do que por alunos.

Os altos índices obtidos quanto a apresentarem-se para os pacientes e tratá-los pelo nome, demonstram a preocupação de professores e alunos em estabelecer um bom relacionamento com os pacientes.

Quanto às orientações recebidas, em geral, o paciente ficou satisfeito. Porém no que se refere às orientações sobre a continuidade do tratamento, 71% % dos pacientes se sentiram contemplados. Resultado entre 59,4% e 78,8% de acompanhantes que se sentem bem orientados, foi encontrado no estudo feito no ambulatório de pediatria do hospital das Clínicas da Unicamp por Franco & Campos (1998).

Os índices de 29% de respostas negativas na questão sobre orientações quanto aos medicamentos e ao tratamento provavelmente podem estar relacionados à complexidade dos casos atendidos na especialidade. Repassar aos pacientes informações nestes casos pode exigir mais de quem está atendendo. Segundo Campos (1999), nos Hospitais Universitários as especialidades priorizam casos complexos, difíceis de diagnosticar e estabelecer tratamento.

Para Gauderer (1991), a troca de informações e de conhecimentos está na base de uma sociedade democrática. A informação possibilita que a pessoa consiga vislumbrar possibilidades e fazer escolhas conforme suas necessidades e interesses, assumindo a responsabilidade por suas decisões. A informação e o conhecimento permitem ao indivíduo ser mais autônomo e saudável.

No que se refere ao respeito à privacidade e sentir-se a vontade, o índice de insatisfação de 14% pode estar relacionado à observação feita por um dos clientes: a consulta foi realizada pela aluna. O médico chegou posteriormente e interrogou o paciente com a porta aberta. Toda hora a porta era aberta e as pessoas entravam e saíam. Teve um momento que o professor ficou com vários alunos e o paciente.

8.3 Discussão do resultado geral, somatório das três disciplinas

Na Tabela 11, questões de 5 a 10, que tratam da identificação de professores, alunos e pacientes, percebem-se índices percentuais consideráveis de respostas “não” e “não sei.” Pode-se entender que o cliente não tem ainda idéia clara dos seus direitos, não dando a importância devida a este aspecto ou então que ele “aceita o seu papel” conforme interpreta a autora abaixo.

Goulart, (1998), em seu trabalho “Depois que forma, muda”, aborda através da fala das mães dos pacientes pediátricos o sentimento de o filho ser “objeto”. Outra mãe diz que sente que é “uma cobaia para eles” (eles, os estudantes e o professor) e conclui dizendo “acho isso super legal”. A autora coloca:

[...]é interessante notar que a instituição prescreve o perfil da prática que ela insere, formando seus profissionais e moldando seu usuário, para aceitação de seus papéis.” Assim “os estudantes raramente são referidos pelo nome, as mães são chamadas de “mãe”, a criança de “nenen”, “menino”ou “menina”. Os professores geralmente são conhecidos pelos nomes.

No item 7.6 dos resultados, pode-se encontrar nos quadros das três disciplinas, observações de clientes quanto aos problemas na estrutura de funcionamento dos ambulatórios como demoras, filas e atendimento ruim de setores.

A Portaria nº 675 de 2006 do Ministério da Saúde Brasileiro, que aprova a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, em uma de suas considerações fala da “necessidade de promover mudanças de atitude em todas as práticas de atenção e gestão que fortaleçam a autonomia e o direito do cidadão”.

Em trabalho publicado sobre a desumanização da medicina contemporânea, Rosso (1997), aponta como uma das causas, as falhas que, no campo da relação médico-paciente apresentam os atuais currículos das escolas de medicina. Essas falhas são por vezes agravadas pelo ambiente “desumanizado” de alguns serviços de saúde utilizados para o ensino clínico. Certas imposições ao paciente como tramitações burocráticas, longas esperas, autoritarismo do pessoal, falta de acesso à informação e, às vezes, marginalização na tomada de decisões são elementos próprios de uma cultura carente de respeito pela dignidade das pessoas e insensível às necessidades especiais e particulares dos pacientes. Nessa cultura da qual fazem parte os médicos, os doentes perdem sua qualidade de pessoas e adquirem a de “casos clínicos.” Se a essa despersonalização se soma a escassa disponibilidade de tempo, não é surpreendente que a comunicação verbal entre o médico e o paciente se limite à descrição de sintomas e orientações. Assim se estabelece uma relação circunscrita à doença.

Deve-se levar em consideração, pelos dados constantes da TAB. 11, os altos índices de respostas “não” e “não sei” e não se aplica nas questões referentes ao uso de crachá pelo professor e alunos e orientações quanto aos medicamentos.

Nas três disciplinas, a hipótese nula foi confirmada para a questão referente à satisfação geral com o atendimento dados os altos índices percentuais apurados.

Com relação a questão se foi perguntado ao paciente se consentia em participar da consulta-aula, a hipótese nula não se confirmou visto o índice de 31% dos entrevistados que responderam afirmativamente.

Em estudo realizado pela autora Jill Fisher (2007) nos Estados Unidos, em que discorre sobre os últimos sessenta anos da legislação de proteção aos seres humanos participantes de

pesquisas científicas, conclui que as leis americanas ainda são falhas e necessitam ser reestruturadas para garantir a autonomia dos sujeitos. Aponta que problemas estruturais influenciam na vulnerabilidade dessas pessoas. Por carências sócio-econômicas populações são levadas a optarem por participar de pesquisas em troca de dinheiro ou melhores condições de vida. Nesse contexto a sua autonomia é comprometida.

No caso do presente trabalho, não se trata de pesquisa, mas de ensino utilizando seres humanos. Uma situação similar se coloca àquela acima mencionada. Os pacientes atendidos em esquema de aula nos ambulatórios Bias Fortes e CTR-DIP Orestes Diniz, são dependentes de um sistema público de saúde, onde encontram dificuldades de acesso e falta de informações dentre outros obstáculos. Quando conseguem atendimento não tem opção a não ser a de aceitar condições. Nessa situação encontram-se vulneráveis. Cabe às instâncias responsáveis pela gestão desse processo de atendimento, refletirem sobre formas de possibilitar o exercício da autonomia pelos pacientes.

Segundo Waterbury (2001), a universidade pode ter um papel ativo para assegurar que os pacientes estejam dispostos a participar do ensino de maneira autônoma. Primeiro instituindo uma declaração de consentimento para que o paciente entenda que a sua participação é voluntária e não obrigatória. Segundo, publicando um folheto direcionado aos pacientes explicando sobre a importância da sua participação no treinamento dos futuros médicos e os valores e virtudes de ajudar nesse processo. Terceiro, atribuindo ao estudante a tarefa de obter o consentimento do paciente, já que o paciente será examinado por ele. Seria uma oportunidade para o estudante estabelecer contato pessoal com o paciente e também de treinar habilidades em ética e comunicação clínicas. Poderia ser também um momento único para o estudante e o paciente tratarem-se um ao outro como pessoa, antes de serem definidos os papéis dentro da assistência.

Dos 242 pacientes entrevistados, 54 (22%) apontaram alguma falha no atendimento concernente à consulta e ao atendimento em geral. Porém destes 54, praticamente todos responderam ótimo ou bom às questões 14 e 15, que dizem respeito à avaliação da consulta e do atendimento como um todo (dados na TAB.15). Esse comportamento contraditório acaba seguindo certo padrão se comparado aos índices de satisfação detectados por outros estudos do gênero. A idéia de que em um hospital universitário de ensino pode-se conseguir atendimento mais qualificado, o sentimento de gratidão, a certeza de estar contribuindo com algo grandioso, o receio de não poder permanecer no serviço, a situação de pobreza e dependência em relação ao SUS e as dificuldades de acesso, fazem com que tudo mais que não tenha

agradado não tenha importância. Vaitsman & Andrade (2005) ressaltam que a compreensão da visão do sujeito deve considerar que tipo de papel ele pensa ser o seu diante da prestação do serviço. Nem todos os sujeitos têm uma visão crítica, aceitando passivamente o que lhes é ofertado.

CAPÍTULO 9

CONCLUSÃO

9. Conclusão

O estudo realizado revela através do olhar do cliente, alto índice de satisfação com a assistência prestada por professores e alunos nas consultas-aula, no Ambulatório Bias Fortes e CTR-DIP Orestes Diniz.

Foi possível identificar a partir da amostra estudada um contexto satisfatório de atendimento ao direito do paciente saber quem o atendeu e ser tratado com respeito. A maioria dos professores e alunos se identificou através do uso do crachá, se apresentou para os pacientes, chamando-os pelo nome. Também orientou e teve atitudes respeitadas quanto à preservação da privacidade dos mesmos.

O fato de não ter sido perguntado para a maioria dos pacientes se concordavam em ser atendidos em esquema de aula, revela que, do ponto de vista da academia, está subentendido que o paciente concorda em participar do ensino a partir do momento em que este se apresenta para a consulta. Deve-se refletir, no entanto, que para uma parcela significativa de pacientes entrevistados não foi informado com antecedência que se tratava de consulta com professores e alunos. Portanto caberia instituir a pergunta para a totalidade dos pacientes a serem atendidos como prática cotidiana, em conformidade com os direitos dos pacientes. Esta pergunta poderia se configurar, por exemplo, como uma solicitação de autorização ao paciente para ser atendido por professores e alunos.

A partir do estudo pode-se perceber que os pacientes não se mostraram conhecedores dos seus direitos na saúde. Se o foram, provavelmente os fatores vulnerabilidade, sentimento de gratidão e dificuldade de acesso, aliados a outros como faixa etária e nível de escolaridade, acabaram por influenciar o não questionamento diante fatos como demora do atendimento.

Houve clientes que fizeram observações referentes a problemas de falta de informações adequadas, à insegurança e timidez, ao desconhecimento de direitos, ao distanciamento de profissionais, ao constrangimento pela presença de muitas pessoas durante a consulta, ao desconhecimento dos fluxos dos Ambulatórios do HC/UFMG e do SUS, o que demonstra a necessidade de reflexão por parte dos envolvidos com o ensino e aprendizado e a assistência, sobre formas de proporcionar aos pacientes um atendimento humanizado e de qualidade que contemple plenamente os seus direitos.

CAPÍTULO 10

PERSPECTIVAS

10. Perspectivas

Algumas atitudes de caráter pragmático poderiam ser intensificadas por intermédio dos projetos institucionais do Hospital das Clínicas, Política de Humanização, Gestão pela Qualidade em Saúde e Unidades Funcionais, no sentido de promover discussões com a participação de todos os envolvidos, inclusive das unidades acadêmicas, para estabelecer ações a serem implementadas que garantam os direitos do paciente em todas as áreas da Instituição.

Uma atitude de parceria e co-responsabilidade, se não até de cumplicidade entre a gestão do hospitalar e a gestão acadêmica em todos os níveis da sua exequibilidade, poderão minimizar as lacunas existentes entre o interesse do ensino-assistência e a organização da assistência normatizada pelo SUS.

No presente estudo, embora tenham avaliado o atendimento como bom e ótimo, os pacientes apontaram direções em que é possível aprimorar o cuidado prestado no Ambulatório quando falam da falta de informações, quando falam que não foi perguntado se concordavam em ser atendidos em esquema de aula, mas poderia ter sido, ou mesmo quando dizem se sentirem constrangidos durante o atendimento. Em se tratando de um hospital universitário local privilegiado de aprendizagem, melhorar o cuidado prestado ao paciente pode agregar valor ao ensino e à assistência.

O trabalho ora apresentado aponta para a necessidade de realização de um estudo qualitativo aprofundado, que investigue de forma mais específica a contradição encontrada entre as observações dos pacientes que apontam falhas e sua atitude de classificar como bom e ótimo o atendimento prestado. Esse futuro estudo poderá ainda potencializar a caracterização já feita além de investigar atitudes e o real conhecimento dos clientes frente aos seus direitos.

Os direitos na assistência essenciais a um atendimento mais humano foram abordados neste trabalho. Estudos similares podem ser feitos em outras especialidades dos ambulatórios, onde há ensino-assistência, inclusive naquelas onde ocorrem procedimentos invasivos ou que têm a possibilidade de gerar constrangimentos aos pacientes.

Mecanismos de avaliação contínua que abranjam desde a organização da informação aos pacientes participantes do ensino médico, à sua recepção e o processo de atendimento e cuidado pelos profissionais em todas as especialidades, devem ser discutidos e implementados pela gerência do serviço, com o objetivo de ampliar a humanização das práticas cotidianas.

A introdução do estudo da legislação concernente aos direitos do paciente nos programas de capacitação de todos os profissionais do Hospital, independente de categoria funcional, é uma

perspectiva que se concretizada, tem potencial para trazer benefícios à assistência e ao atendimento hospitalar como um todo, qualificando o serviço prestado à comunidade.

O apoio do HC/UFMG dentro de princípios éticos e legais às associações de pacientes pode auxiliar a consolidação da prática dos direitos dos pacientes nas diversas áreas do hospital.

O estímulo por parte da escola à que professores e estudantes incluam como convidados associações e representantes de pacientes, para atividades que tenham temas relacionados aos direitos à saúde, configuraria ação inovadora de conscientização sobre o assunto.

A divulgação deste estudo para professores e alunos no âmbito da Faculdade e do Hospital poderá se constituir em um instrumento de incentivo e reflexão e contribuir com as discussões atuais sobre o ensino médico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

11. Referências bibliográficas

ALMEIDA, José Luiz Teles de. Da Moral Paternalista ao Modelo de Respeito à Autonomia do Paciente: os Desafios para o Ensino da Ética Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro. V. 24, n.1, p. 27-30, jan./abr., 2000.

BEDRAN, José Narciso. Programa da disciplina medicina Geral de Adultos I. <http://www.medicina.ufmg.br> , 2007.

BELO HORIZONTE. **Lei Municipal nº 8.926, de 2 de agosto de 2004**. Dispõe sobre os direitos do usuário dos serviços e das ações de Saúde, no Município. DOM de 03/08/2004.

BOEMER, Magali Roseira. SAMPAIO, Mauren Alexandra. O exercício da enfermagem em sua dimensão bioética. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto v.5, n.2., p. 33-38. Abr. 1997.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução nº 4, de 7 de novembro de 2001**. Estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina. ME, 2001.

BRASIL. Constituição (1988) **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.168p.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Institui o Estatuto da Criança e do Adolescente. www.planalto.gov.br

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

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área da saúde. Senado.1990.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. www.planalto.gov.br

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. www.planalto.gov.br

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 675 de 03 de março de 2006**. Aprova carta dos direitos dos usuários da saúde. http://www.saude.pb.gov.br/web_data/saude/copasems/portaria_675.doc.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 8p (Série E. Legislação de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. 1 ed. Brasília, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.187-193, jan.- mar., 1999.

CHAGAS, Anivaldo Tadeu Roston. **O questionário na pesquisa científica**. Universidade Católica de Campinas. 2007.

COHEN, Cláudio. Como ensinar bioética in Pessini, L & Barchifontaine, CP. **Bioética e Longevidade Humana**. São Paulo. Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola, 2006. p.183-194.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1246/88**. Código de Ética Médica. Brasília, CFM, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Anexo à **Resolução CFM nº1.627/2001. Exposição de Motivos**. Manaus. CFM, 2001.

CORTOPASSI, Andrea Christina; LIMA, Maria Cristina Pereira; GONÇALVES, Irio José; Percepção de pacientes sobre a internação em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.30, n.2 p. 42-48. 2006.

DIRETORIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, GESTÃO 2002-2006. **Contrato da Unidade Funcional Bias Fortes e Borges da Costa**. 2004.

DIRETORIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, GESTÃO 2006-2010. **Plano Diretor HC, 2006-2010**.

DUTRA DE OLIVEIRA, José Eduardo. Aprendendo e ensinando medicina. **Revista da Associação Médica Brasileira**. V. 37, n. 3, p. 127-131. Jul./set., 1991.

FISHER, Jill. Governing human subjects research in the USA: individualized ethics and structural inequalities. **Science and Public Policy**. V.34, n.2, p.117-126. March, 2007. <<http://www.jillfisher.net/papers/S%26PP.pdf>>

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. Ética, cidadania e busca da qualidade na administração dos serviços de saúde. **Saúde em Debate** .V. 49, n.50, p.48-52, 1996.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**. V.13, n.3, p.30-35, set-dez, 2004.

FRANCO, Selma Cristina; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. V.14, n.1, p. 61-70, jan.- mar.,1998.

GAUDERER, E. Christian. Direitos do Paciente. **Méd. HUPE-UERJ**. V. 8, n.1, p. 69-76, jan./mar., 1989.

GONÇALVES, Evelise Ribeiro; VERDI, Marta Inez Machado. A vulnerabilidade e o paciente da clínica odontológica de ensino. **Revista Brasileira de Bioética**. V.1, n.2, p. 195-205, 2005.

GOULART, Lúcia M. H. Figueiredo. “Depois que forma, muda”- estudo da relação médico-paciente no âmbito da prática docente assistencial na Faculdade de Medicina da UFMG in PAIVA, Aparecida; SOARES, Magda. (Organização). **Universidade, Cultura e Conhecimento: a Educação pesquisa a UFMG**. FAE/UFMG. Belo Horizonte, p. 231-249, 1998.

[http:// www.medicina.ufmg.br](http://www.medicina.ufmg.br), Informação sobre o curso de medicina da UFMG, 2007.

<http://www.medicina.ufmg.br/recriar/projeto.htm>, 2007.

IOCHIDA, Lúcia Chistina; BATISTA, Nildo Alves. O ensino de clínica médica: situação atual, perspectivas e desafios. **Revista Brasileira Clínica e Terapêutica**. V.28, n.4, p.142-145, jul, 2002.

LEAL, Sebastião Soares. Programa da disciplina de Semiologia I – Módulo Adultos, <http://www.medicina>, 2007

LIMA, Gilberto Baumann de. **Consentimento Informado na Relação entre Profissionais, Instituições de Saúde e seus Pacientes**. 1ª ed. Londrina: G.B.deLima, Cap. 1, p.14-15, 2005.

MALIK, Ana Maria. Quem é o responsável pela qualidade em saúde? **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro. V.39, n.2, p.351-64, mar.- abr., 2005.

MELO, Egléa Maria da Cunha. Discurso pedagógico e prática institucional- experiência da Faculdade de Medicina – UFMG. In PAIVA, Aparecida; SOARES, Magda. (Organização). **Universidade, Cultura e Conhecimento: a Educação pesquisa a UFMG**. FAE/UFMG. Belo Horizonte. P. 183-208, 1998.

MOREIRA FILHO, A. A. **Relação Médico-Paciente – teoria de prática, o fundamento mais importante da prática médica**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed Editora Médica, 2005.

MORENO JUNIOR; José Maria; ZUCCHI, Paola. Avaliação de qualidade em serviços de saúde: acreditação, certificação e programas de melhoria da qualidade em hospitais públicos e privados do município de São Paulo. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro. V.39, n.1, p.7-16, jan.- fev., 2005.

NUTO, Sharmênia de Araújo Soares; NORO, Luiz Roberto Augusto; CAVALSINA, Paola Gondim; COSTA, Íris do Céu Clara; OLIVEIRA, Ângelo Giuseppe Roncalli da Costa. O

processo de ensino-aprendizagem e suas conseqüências na relação professor-aluno-paciente; **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. V.11, n.1. jan.- mar., 2006.

ONA - Organização Nacional de Acreditação. **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**. Brasília: ONA 2006. 203 p.

PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Problemas atuais de Bioética**. São Paulo. Edições Loyola, 1994.

PUCCINI, Paulo de Tarso; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. V.20, n.5, p.1342-1353. Set-out., 2004.

QUINTO NETO, Antônio; BITTAR, Olímpio J. Nogueira V. **Hospitais: Administração da Qualidade e Acreditação de Organizações Complexas**. Porto Alegre: Editora Dacasa, p.11-12, 2004.

REGO, Sérgio. **A Formação Ética dos Médicos – saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p.103-107 , 2003.

RIBEIRO, Ceres Maria Pinheiro. Caminhos de uma mudança - o ensino médico na UFMG na década de 70. In PAIVA, Aparecida; SOARES, Magda. (Organização). **Universidade, Cultura e Conhecimento: a Educação pesquisa a UFMG**. FAE/UFMG. Belo Horizonte, p. 167-182, 1998.

RIBEIRO, Maria Mônica Freitas. **Avaliação da atitude do estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, a respeito da relação médico-paciente, no decorrer do curso médico. 2006**. Tese de doutorado, UFMG, Belo Horizonte. 116 p.

ROSSO, Pedro. La relación de ayuda y la formación de los futuros médicos. **Revista Médica Chile**. V. 125, n.6, p.37-44, jun. 1997.

SAME/HC/UFMG. **Relatório Estatístico. 2006 e 2007**.

STANCIOLI, Brunello. **“Direiros Fundamentais e Questões Éticas na Pesquisa com Seres Humanos”**. Comunicação apresentada no IV Simpósio de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e I Simpósio de Ética em Experimentação Animal promovidos pela UFMG. Belo Horizonte, 18 e 19 de agosto de 2005.

TAQUETTE, Stella R.; REGO, Sérgio Rego; SCHRAMM, Fermin Roland; SOARES, Luciana Lopes; CARVALHO, Simone Veiga. Situações eticamente conflituosas vivenciadas por estudantes de medicina. **Revista da Associação Médica Brasileira**. V.51, n.1, p.23-28, 2005.

TAVARES, Ari de Pinho. **O “Currículo Paralelo” dos estudantes de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais**. Tese de doutorado. 2006. UFMG. Belo Horizonte. 98p.

TIMI, Jorge R. Ribas. O médico e os direitos do paciente. **J. Vascular Brasileiro**. V.2, n.3, p.271-274, 2003.

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**.V.10, n3, p. 599-613, 2005.

WATERBURY, Jude T.. Refuting patients obligations to clinical training: a critical analysis of the arguments for an obligations of patients to participate in the clinical education of medical students. **Medical Education**.35:286±294, 2001

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Vulnerabilidade do sujeito de pesquisa. **Cadernos de Ética em Pesquisa**, Brasília, 2001; Ano IV, n. 8, p. 20-21.

ANEXOS

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO**1 .IDENTIFICAÇÃO:**

NOME DO (A)PROFESSOR(A)_____

NOME DA(O)ALUNA(O)_____

CLÍNICA:_____

2 . IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO:

O projeto intitulado “**O Ensino – Assistência praticado nas disciplinas de Semiologia I, Medicina Geral de Adultos e Doenças Infecciosas e Parasitárias: o olhar do cliente**” faz parte da minha dissertação do curso de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde – Infectologia e Medicina Tropical, orientado pelo professor Dirceu Bartolomeu Greco e co-orientado pelo professor Itamar Tatuhy Sardinha Pinto.

Foi aprovado pelo COEP – UFMG em 13/12/06, parecer nº ETIC 0474/06 e também pelo COEP/PBH.

3 . ESCLARECIMENTO QUANTO À PESQUISA:

Será proposto um questionário para os pacientes atendidos nesta disciplina com questões que abordam o cuidado assistencial.

Os pacientes que concordarem em participar do estudo, assinarão um termo de consentimento e responderão ao questionário, que será aplicado, após o atendimento. ,

Será mantido o sigilo das informações por eles prestadas, obedecendo-se os preceitos éticos.

Os questionários serão utilizados estritamente para fins deste estudo, cujo resultado será de conhecimento público. Não serão citados nomes de profissionais ou de alunos durante e após a conclusão do trabalho.

Ressaltamos que a pesquisa não afetará a dinâmica do atendimento.

4 . CONFIRMAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO, LOCAL E DATA:

Por este consentimento, confirmo que estou ciente e esclarecido de que serão respeitadas as condições aqui registradas, pelo que estou de acordo com a realização do estudo.

Belo Horizonte, ____/____/200__.

Assinatura do professor

(a)/aluno(a): _____

Assinatura da

pesquisadora: _____

Aparecida Kenia Bisinotto Thomaz

Tels: (31) 91342744 / 3248-9627.

COEP /UFMG: Av. Antônio Carlos , nº 6627, Unidade Adm.II, Sala 2005, BH-MG. Tel:
3499.45.92

COEP/PBH: Av. Afonso Pena, nº 2336. Tel: 3277.8222

ANEXO 2

NÚMERO: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do Paciente: _____

RG: _____ CIC: _____

Atendimento 1ª consulta: Ambulatório Bias Fortes () CTR DIP Orestes

Diniz ()

Data da consulta: ____/____/____.

Clínica _____

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO E OBJETIVO:

Você está convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado **“O Ensino – Assistência praticado nas disciplinas de Semiologia 1, Medicina Geral de Adultos e Doenças Infecciosas e Parasitárias: o olhar do cliente”**. Este projeto faz parte de dissertação do curso de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Infectologia e Medicina Tropical da Faculdade de Medicina da UFMG, orientado pelo professor Dirceu Bartolomeu Greco e co-orientado pelo professor Itamar Tatuhy Sardinha Pinto.

Esta pesquisa tem por objetivo verificar as impressões dos clientes ao serem atendidos em um ambulatório-escola.

Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP-UFMG) em 13/12/06, (parecer nº ETIC 0474/06), cujo telefone para esclarecimento de quaisquer dúvidas é (031) 3499.45.92 e o endereço: Av. Antônio Carlos, nº 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar – Sala 2005, BH-MG.

Tem aprovação também do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte: Av. Afonso Pena, 2336, 9º andar, tel: 3277.8222

2. ESCLARECIMENTOS QUANTO À PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA:

Sua colaboração é voluntária, sendo-lhe assegurado retirar este consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma penalização ou prejuízo à sua pessoa.

É importante ressaltar que a sua participação não influenciará, de nenhuma forma, a continuidade do seu atendimento no Ambulatório.

Você não terá benefício direto caso decida participar. Poderá haver benefício indireto, ou seja, ao participar você estará contribuindo para a reflexão institucional sobre a prática do ensino-assistência ambulatorial e conseqüentemente para a melhoria da qualidade do atendimento.

Solicitamos que, se concordar em participar, responda o questionário que apresentamos e desde já esclarecemos que não haverá divulgação de informações que o (a) identifiquem. O questionário será utilizado estritamente para este estudo, cujo resultado será de conhecimento público e estará disponível para você.

3 . CONFIRMAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO, LOCAL E DATA:

Tive oportunidade de esclarecer minhas dúvidas e por este consentimento, confirmo que estou ciente e esclarecido (a) de que serão respeitadas as condições aqui registradas, pelo que autorizo a utilização das informações por mim fornecidas para fins deste projeto.

Belo Horizonte, ____/____/200__.

Assinatura do respondente

Pesquisadora

Aparecida Kenia Bisinotto Thomaz

Telefone para contato: (31) 9134-2744 /3248-9627

ANEXO 3

v.11/06

NÚMERO: _____

PROJETO DE PESQUISA “O Ensino – Assistência praticado nas disciplinas de Semiologia I, Medicina Geral de Adultos e Doenças Infecciosas e Parasitárias: o olhar do cliente”.**Informações sobre o respondente:**

Sexo:MF

Idade:.....anos.

Escolaridade:.....Profissão:.....

.....

Endereço:.....

.....

.....

.....

Clínica:.....

.....

Consulta 1ª vez. () Interconsulta ()

QUESTIONÁRIO

POR FAVOR, RESPONDA ABAIXO AS PERGUNTAS EM RELAÇÃO À SUA 1ª CONSULTA NESTE AMBULATÓRIO.

1) Ao chegar ao local do atendimento você recebeu informações sobre quais profissionais iriam atendê-lo?

() SIM () NÃO

Observações:.....

.....

.....

2) Ao iniciar a consulta, ficou claro para você que seu atendimento ocorreria em esquema de aula, com professor e alunos?

() SIM () NÃO

Observações:.....

.....

.....

3) Foi perguntado para você se concordava em ser atendido dessa forma?

() SIM () NÃO () NÃO SEI

Observações:.....

.....

.....

4) Você foi examinado por quem?

() Professor () Professor e Alunos () Alunos () NÃO SEI

Observações:.....

5) O professor que o atendeu usava algum tipo de identificação (Crachá)?

() SIM () NÃO () NÃO SEI

Observações:.....

6) O aluno que o atendeu usava algum tipo de identificação (Crachá)?

() SIM () NÃO () NÃO SEI

Observações:.....

7) O PROFESSOR se identificou pelo nome e se apresentou?

() SIM () NÃO () NÃO SEI

Observações:.....

8) O PROFESSOR lhe chamou pelo nome?

() SIM () NÃO () NÃO SEI

Observações:.....

9) Os ALUNOS se identificaram pelo nome e se apresentaram?

() SIM () NÃO () NÃO SEI

Observações:.....

10) Os ALUNOS lhe chamaram pelo nome?

() SIM () NÃO () NÃO SEI

Observações:.....

11) Você recebeu orientações quanto:

| | | | |
|-----------------------------------|---------|---------|-------------------|
| Sua doença? | () SIM | () NÃO | () NÃO SE APLICA |
| Exames solicitados? | () SIM | () NÃO | () NÃO SE APLICA |
| Aos medicamentos que irá tomar? | () SIM | () NÃO | () NÃO SE APLICA |
| À continuidade do seu tratamento? | () SIM | () NÃO | () NÃO SE APLICA |

12) As orientações recebidas foram satisfatórias?

() SIM () NÃO

Observações:.....
.....
.....

13) Durante a consulta:

Sentiu-se à vontade () SIM () NÃO

Teve a sua privacidade respeitada () SIM () NÃO

Observações:

.....
.....
.....

14) Como você avalia sua consulta?

() Ótima () Boa () Regular () Ruim

15) Como você classifica o seu atendimento, considerando todos os aspectos?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim

16) Comentários:

.....
.....
.....
.....
.....