

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA DE GOVERNO FIOCRUZ  
GERÊNCIA REGIONAL DE BRASÍLIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE**

**Charlliane Fernandes Gonçalves Ribeiro**

**“É SOBRE MINHA VIDA, NÉ?! QUE ESSA TUBERCULOSE, ELA  
TAMBÉM MATA”**: fofocando sobre o cuidado a pessoas com tuberculose no  
Hospital São José de Doenças Infecciosas.

**Brasília**

**2023**

**Charlliane Fernandes Gonçalves Ribeiro**

**“É SOBRE MINHA VIDA, NÉ?! QUE ESSA TUBERCULOSE, ELA  
TAMBÉM MATA”:** fofocando sobre o cuidado a pessoas com tuberculose no  
**Hospital São José de Doenças Infecciosas.**

Dissertação apresentada à Escola de Governo  
Fiocruz como requisito parcial para obtenção  
do título de mestre em Políticas Públicas em  
Saúde, na linha de pesquisa Saúde e Justiça  
Social

Orientadora: Dra. Vera Lucia de Azevedo  
Dantas  
Coorientadora: Dra. Paulette Cavalcanti de  
Albuquerque

Brasília

2023

R484s      Ribeiro, Charlliane Fernandes Gonçalves.  
              "É sobre minha vida, né?! Que essa tuberculose, ela também mata":  
              focando sobre o cuidado a pessoas com tuberculose no Hospital São José de  
              Doenças Infecciosas / Charlliane Fernandes Gonçalves Ribeiro. -- 2023.  
              108 f. : il.color.

              Orientadora: Vera Lúcia de Azevedo Dantas.  
              Coorientadora: Paulette Cavalcanti de Albuquerque.  
              Dissertação (Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde) -  
              Fundação Oswaldo Cruz, Gerência Regional de Brasília, Escola de Governo  
              Fiocruz Brasília, Brasília, DF, 2023.  
              Bibliografia: f. 87-90.

              1. Assistência Centrada no Paciente. 2. Tuberculose. 3. Assistência  
              Hospitalar. I. Título.

CDD 614

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Livia Rodrigues Batista - CRB-1/3443  
Biblioteca Fiocruz Brasília

Charlliane Fernandes Gonçalves Ribeiro

**“É SOBRE MINHA VIDA, NÉ?! QUE ESSA TUBERCULOSE, ELA  
TAMBÉM MATA”:** fofocando sobre o cuidado a pessoas com tuberculose no  
**Hospital São José de Doenças Infecciosas.**

Dissertação apresentada à Escola de Governo  
Fiocruz como requisito parcial para obtenção  
do título de mestre em Políticas Públicas em  
Saúde, na linha de pesquisa Saúde e Justiça  
Social.

Aprovado em 23/03/2023.

BANCA EXAMINADORA

*Vera Lúcia de Azevedo Dantas*

---

Dr.(a) Vera Lúcia de Azevedo Dantas- Orientadora - Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília

*P/ Vera Lúcia de Azevedo Dantas*

---

Dr.(a) Paulette Cavalcanti de Albuquerque - Coorientador(a) - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Pernambuco

*P/ Vera Lúcia de Azevedo Dantas*

---

Dr.(a). Thayza Miranda Pereira – Membro Interno - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

*P/ Vera Lúcia de Azevedo Dantas*

---

Dr.(a). Maria Rocineide Ferreira da Silva – Membro Externo - Universidade Estadual do Ceará - UECE

*P/ Vera Lúcia de Azevedo Dantas*

---

Dr.(a). Vanira Matos Pessoa - Suplente - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Ceará

*Dedico este trabalho ao Irmão Hamilton, pessoa de meu convívio por muitos anos. Morador do bairro Aracapé, na periferia de Fortaleza, pai de três filhos, tinha três trabalhos na época em que descobriu a tuberculose. Religioso, não bebia nem fumava. Ao procurar um serviço de saúde, certamente cansado ao extremo, foi acusado de estar bêbado e não foi avaliado adequadamente. Sentindo-se humilhado não mais buscou por serviços de saúde até piorar e ser levado ao Hospital São José de Doenças Infecciosas. Na época, dado o estigma do hospital, tive receio de visitá-lo. Dias depois soube de sua morte, provavelmente na unidade 'E', na qual hoje trabalho e a partir de onde se construiu esta pesquisa.*

## AGRADECIMENTOS

Há muito a agradecer, nada se constrói solitariamente. Inicialmente reconheço todo meu esforço nessa caminhada. Vivenciar um mestrado em meio a uma pandemia, trabalhando de 48 a 60 horas semanais, sendo mãe de duas crianças não foi tarefa fácil, mas se tornou possível com o suporte de tantas pessoas maravilhosas. Assim expresso minha gratidão:

Ao meu companheiro, Gênesis, que além de afeto demonstrado o dia a dia, dentre outras coisas nos doces e lanches preparados, foi suporte prático ao seguir assumindo suas responsabilidades de pai e na partilha das atividades domésticas;

Aos meus filhos, Benjamin e Dante, que além de me proporcionarem alegria me inspiram a buscar crescer e refletir sobre o que realmente importa na vida;

À minha mãe, Fernanda, que sempre se esforçou para que seus filhos tivessem acesso à melhor educação possível e fez com que me sinta segura de que sou capaz de aprender toda e qualquer coisa que deseje, além de ser suporte no cuidado a meus filhos;

Ao meu pai, Chardley, que dentro das suas possibilidades também se fez presente, sendo socorro em muitas situações;

Aos meus irmãos, Wesley, Willamy e Talita, que de formas diversas me dão suporte e me ajudam a refletir sobre meu modo de andar a vida;

À minha equipe do Serviço social do Hospital São José de Doenças Infecciosas que sempre me acolheu com amor e de fato foi parceira e caminhou comigo nesse processo. Agradeço especialmente à coordenadora e parceira Elisabeth Amaral e às amigas Letícia, Dávila e Talita que sempre foram força e incentivo nessa caminhada;

À minha equipe da unidade 'E', minha 'Ezinha' de açúcar, que me acolhe com muito amor e onde construo ótimas parcerias;

Aos usuários do Hospital São José que a cada dia me apresentam novos desafios e me despertam toda ordem de afetos;

À minha Santa Orientadora, minha Verinha querida, parceira de outras caminhadas que em suas orientações contribuí para que me sinta cada vez mais segura no universo da produção intelectual;

À coorientadora Paulette Cavalcanti que dispôs de seu tempo para contribuir nessa construção;

À Neidinha, que tão carinhosamente me deu suporte de forma essencial para essa produção;

À Thayzinha e Vanira Pessoa que com muito carinho acolheram o convite para compor a banca de defesa;

Muita gratidão também à coordenação pedagógica do mestrado que tão afetuosa e criativamente conduziu essa turma especial. Destacarei aqui o nome de Virgínia Correia, que sempre me atendeu prontamente na busca pelas respostas necessárias;

Aos colegas de turma que foram constante inspiração;

À Fiocruz Brasília que viabilizou essa turma especial de mestrado;

Ao Hospital São José de Doenças Infecciosas que abriu suas portas para a realização deste trabalho e onde muito aprendo;

Aos pesquisadores a partir dos quais pude realizar o diálogo que se apresenta nesse trabalho;

À Aline Gurgel que me apresentou o Mendeley Reference Manager e aos seus desenvolvedores.

Reconheço ainda a força de um elemento maior que me permite restaurar as energias e me reconectar com meu potencial. E destaco o lugar da arte em minha vida e nessa construção, me acompanhando nas leituras, na escrita e como escape dando vida à minha vida.

*“Situações irregulares. Administração em  
desacordo. Cheira a humano”*

*(Fernand Deligny).*



## RESUMO

No Brasil o paradigma da saúde como direito de todos e dever do Estado coloca o cuidado como objetivo central das políticas e serviços de saúde. Diante da complexidade do fenômeno saúde e considerando o referencial da determinação social do processo saúde-doença-cuidado, a busca pelo cuidado usuário centrado, na perspectiva da integralidade, demanda inclusão de diferentes saberes, com destaque para os saberes dos sujeitos usuários. Quando se trata de infecção por tuberculose, a literatura ressalta o peso do fator social, com incidência e prevalência maiores entre as pessoas pretas e pardas, com piores desfechos entre populações específicas, como pessoas em situação de rua. A tuberculose segue como grave problema de saúde pública, entre as dez principais causas de morte no mundo. O Brasil apresenta lugar de destaque nesse ranking negativo em virtude da alta carga da doença. Dentre os desafios estão o elevado índice de abandono de tratamento relacionado ao aumento dos casos de tuberculose multirresistente. A partir de minha inserção laboral em unidade de internação hospitalar voltada ao atendimento de pessoas com tuberculose, realizamos uma pesquisa participante, construída com um grupo sujeito constituído por usuários e trabalhadores da unidade 'E' do Hospital São José de Doenças Infecciosas. Teve como principal objetivo: Analisar como os processos de cuidado no contexto de internação em um hospital de doenças infecciosas podem incluir os sujeitos usuários com seus saberes. Para o levantamento de dados foram realizados círculos de cultura e oficinas. A análise dos dados foi realizada a partir do referencial da hermenêutica-dialética. Identificou-se que as profissionais da unidade já têm se mobilizado em direção ao cuidado usuário centrado, com a realização de adaptações em fluxos e protocolos da unidade. Mas preocupa a não institucionalidade dessas iniciativas, ainda centradas nas figuras de determinados profissionais. Os sentidos atribuídos ao cuidado pelas profissionais e usuários se assemelham e dialogam com as categorias amorosidade, encontro e integralidade. Predominam entre os usuários do grupo sujeito pretos e pardos, todos os participantes foram do sexo masculino, com renda inferior a meio salário-mínimo, sem vínculo trabalhistas, dois com histórico de vivência de situação de rua. Dentre as profissionais houve grande variação de renda e três eram servidoras públicas e duas ligadas a cooperativas, duas com mestrado e uma com especialização. Ao longo de toda a pesquisa se aponta para a educação permanente como caminho para a construção de estratégias que permitam o desenvolvimento de cuidado usuário-centrado a pessoas com tuberculose. Se aponta também para as políticas de humanização e de educação popular em saúde para a construção de uma tríade de sucesso com a política de educação permanente.

Palavras-chave: Cuidado centrado no paciente. Tuberculose. Assistência Hospitalar.

## **ABSTRACT**

In Brazil, the paradigm of health as a right of all and duty of the State places care as the central objective of health policies and services. Given the complexity of the health phenomenon and considering the social determination of the health-disease-care process, the search for user-centered care, from the perspective of integrality, demands the inclusion of different knowledge, especially the knowledge of the users. When it comes to tuberculosis infection, the literature highlights the weight of the social factor, with higher incidence and prevalence among black and brown people, with worse outcomes among specific populations, such as people living on the streets. Tuberculosis remains a serious public health problem, among the ten leading causes of death in the world. Brazil stands out in this negative ranking due to the high burden of the disease. Among the challenges are the high rate of abandonment of treatment related to the increase in cases of multidrug-resistant tuberculosis. Based on my work insertion in a hospital admission unit focused on the care of people with tuberculosis, we carried out a participant research, built with a subject group composed of users and workers of the 'E' unit of the São José Hospital for Infectious Diseases. Its main objective was to analyze how the care processes in the context of hospitalization in a hospital for infectious diseases can include the users with their knowledge. For the data survey, culture circles and workshops were carried out. The data analysis was based on the hermeneutic-dialectic referential. It was identified that the professionals of the unit have already been mobilized towards user-centered care, with adaptations in the flows and protocols of the unit. But the non-institutionality of these initiatives, still centered in the figures of certain professionals, is a concern. The meanings attributed to the care by professionals and users are similar, and are in dialogue with the categories of loving care, encounter, and integrality. Black and brown-skinned people predominate among the users of the subject group, all the participants were male, with an income of less than half a minimum wage, with no employment ties, two with a history of living on the streets. Among the professionals, there was a great variation in income, and three were civil servants and two were connected to cooperatives, two with master's degrees and one with a specialization. Throughout the research, we point to continuing education as a way to build strategies that allow the development of user-centered care for people with tuberculosis. It also points to the humanization and popular health education policies for the construction of a successful triad with the continuing education policy.

**Keywords:** Patient-Centered Care. Tuberculosis. Hospital Care.

## RESUMEN

En Brasil, el paradigma de la salud como derecho de todos y deber del Estado coloca al cuidado como objetivo central de las políticas y servicios de salud. Frente a la complejidad del fenómeno de la salud y considerando el referente de la determinación social del proceso salud-enfermedad-atención, la búsqueda de la atención centrada en el usuario, desde la perspectiva de la integralidad, exige la inclusión de diferentes tipos de saberes, con énfasis sobre el conocimiento de los sujetos usuarios. Cuando se trata de la infección tuberculosa, la literatura enfatiza el peso del factor social, con mayor incidencia y prevalencia entre las personas negras y pardas, con peores resultados entre poblaciones específicas, como las personas sin hogar. La tuberculosis sigue siendo un grave problema de salud pública, entre las diez principales causas de muerte en el mundo. Brasil ocupa un lugar destacado en este ranking negativo debido a la alta carga de la enfermedad. Entre los desafíos se encuentran la alta tasa de abandono del tratamiento relacionada con el aumento de casos de tuberculosis multirresistente. A partir de mi inserción laboral en una unidad de hospitalización dedicada a la atención de personas con tuberculosis, realizamos una investigación participativa, construida con un grupo sujeto compuesto por usuarios y trabajadores de la unidad 'E' del Hospital de Enfermedades Infecciosas São José de. Su objetivo principal fue: Analizar cómo los procesos de atención en el contexto de hospitalización en un hospital de enfermedades infecciosas pueden incluir a los sujetos usuarios con sus conocimientos. Para la recolección de datos, se realizaron círculos de cultura y talleres. El análisis de los datos se realizó con base en el marco hermenéutico-dialéctico. Se identificó que los profesionales de la unidad ya se movilizaban para la atención centrada en el usuario, con adaptaciones a los flujos y protocolos de la unidad. Pero preocupa el carácter no institucional de estas iniciativas, todavía centradas en las figuras de determinados profesionales. Los significados atribuidos al cuidado por profesionales y usuarios son similares y dialogan con las categorías cariño, encuentro y plenitud. Entre los usuarios del grupo sujeto predominan los negros y pardos, todos los participantes eran del sexo masculino, con renta inferior a la mitad del salario mínimo, sin empleo, dos con antecedente de vivir en la calle. Entre los profesionales hubo una amplia variación en los ingresos y tres eran servidores públicos y dos vinculados a cooperativas, dos con maestría y uno con especialización. A lo largo de la investigación, se apunta la educación permanente como una vía para construir estrategias que permitan el desarrollo de la atención centrada en el usuario de las personas con tuberculosis. También apunta a las políticas de humanización y educación popular en salud para la construcción de una tríada exitosa con la política de educación permanente.

Palabras clave: Atención Dirigida al Paciente. Tuberculosis. Atención Hospitalaria

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Ilustração 1- Nuvem de palavras círculos de cultura .....	22
Ilustração 2 – Registro fotográfico de sistematização de fluxo do usuário no hospital ...	23
Ilustração 3 – Matriz FOFA produzida na pesquisa .....	24
Ilustração 4 – Matriz FOFA produzida na pesquisa .....	76

## SUMÁRIO

1 PRA COMEÇO DE CONVERSA, É SOBRE ISSO! .....	13
2. CADEIRAS NA CALÇADA: METODOLOGIA .....	16
2.1 DESENHO DO ESTUDO .....	17
2.2 PERÍODO E LOCAL DO ESTUDO .....	19
2.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	20
2.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS .....	21
2.5 ANÁLISE DOS DADOS .....	26
2.6 ASPECTOS ÉTICOS .....	27
2.7 PRODUTO TÉCNICO .....	28
3 “E ASSIM, EU VEJO QUE, MUITO AMOR AO TRABALHO, QUE NÃO É FÁCIL CUIDAR DE VIDA NÃO” .....	29
3.1 “A REGRA DO HOSPITAL A GENTE NÃO SE CONTRARÉIA COM ISSO.” .....	29
3.2 “MEU PAI TEVE, MINHA MÃE E MEUS IRMÃOS TAMBÉM”.....	41
3.3 ‘A UNIDADE ‘E’ É DIFERENTE’: A EQUIPE E SUAS ESTRATÉGIAS NA DIREÇÃO DO CUIDADO USUÁRIO CENTRADO.....	49
4 “PORQUE CUIDADO A GENTE TEM, NÉ?! 24/48 HORAS” .....	56
4.1 “A GENTE PRECISA DE UMA COISA, É..., NÃO FALHA. SE TÁ SENTINDO ALGUMA COISA ELES DÃO ATENÇÃO, ELES NÃO REVOGAM ATRÁS” .....	56
4.2 “DO ZELADOR ATÉ O... A ASSISTENTE SOCIAL, O MÉDICO, TUDIM TRATA A GENTE BEM E SOMOS RECEBIDO MUITO BEM E ELES SE PREOCUPAM MUITO COM A GENTE, COM A NOSSA SAÚDE...” .....	62
4.3 “ÀS VEZES A NOSSA OPINIÃO TAMBÉM AJUDA. A GENTE PENSA QUE NÃO AJUDA, MAS AJUDA. E DÁ CERTO, É... A NOSSA OPINIÃO, ELA TAMBÉM SERVE. E É ISSO” .....	68
4.4 “PRA EU ESTAR POR DENTRO TAMBÉM” .....	75
5 DOS APRENDIZADOS NESSE CONVERSEIRO .....	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	87
APÊNDICES .....	91
ANEXO.....	99

## 1 PRA COMEÇO DE CONVERSA, É SOBRE ISSO!

*“Gosto de ser gente porque a história em que me faço com os outros e de cuja feitura tomo parte é um tempo de possibilidades, e não de determinismo”*

*Paulo Freire*

Como o título propõe, neste trabalho apresentamos discussões relativas ao cuidado a pessoas com tuberculose no contexto de internação hospitalar, tendo como cenário o Hospital São José de Doenças Infecciosas, da rede da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

Para começar essa conversa vamos pensar sobre a instituição hospital. Conforme nos aponta Foucault (1), o hospital como instituição terapêutica nos moldes conhecidos atualmente só começa a se configurar assim no ocidente no século XVIII. Anteriormente podia ser considerado uma instituição de assistência a pobres que tinha como objetivo a salvação dos religiosos responsáveis por elas e a exclusão dos pobres doentes que eram considerados risco à sociedade. Com as mudanças na sociedade e práticas médicas, essa instituição passou a ter um caráter terapêutico segundo uma lógica biologicista e focada na figura do médico.

Com a complexificação da sociedade, da instituição e das discussões a respeito, o trabalho em equipe ganha espaço nesse campo, mas a desigualdade de poder nas relações persiste e a centralidade na lógica biomédica também. Essa instituição não é isolada e seu funcionamento é organizado dentro de uma lógica societária e conforme uma concepção de saúde.

O entendimento de saúde é histórico, variando em cada época e contexto (2,3) . E também do entendimento de cada pessoa (2). Em 1948 a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresenta um conceito de saúde que ultrapassa o meramente biológico (3). Naomar de Almeida Filho aponta para a necessidade de abordagens em saúde que contemplem a natureza complexa do tema, que se relaciona aos processos de sofrimentos, dor, doença, cuidado, cura e morte que ocorrem aos humanos (3).

A legislação de saúde do Brasil reconhece a amplitude do tema e, em consonância com o movimento de Reforma sanitária, inclui a dimensão social da saúde ao registrar a importância dos determinantes sociais de saúde (DSS), neles inclusos a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (4).

Aqui partimos do referencial da determinação social da saúde. Apesar do avanço que a discussão dos DSS trouxe reforçando o caráter social da saúde, nos referenciamos no conceito

de determinação social pois nele se parte do reconhecimento de que no capitalismo as relações sociais de produção e reprodução da vida relacionadas aos projetos de classe em disputa se expressam em formas desiguais de viver, adoecer e morrer (5). Segundo esse conceito podemos considerar que todo fenômeno natural é socialmente determinado (6).

A ideia de determinação social da saúde dialoga com o modelo de promoção da saúde que inclui prevenção, proteção e promoção da saúde (senso estrito) (3). Considerando que as condições de saúde e doença resultam da interação de diversos elementos sociais, biológicos, políticos, culturais, dentre outros, a atuação sobre esses processos também deve ser de natureza interdisciplinar (3) e considerar a autonomia dos sujeitos sem colocar sobre eles toda a responsabilidade pelo seu cuidado (7).

Quando se pensa em tuberculose o referencial da determinação social da saúde pode ser visualizado de forma nítida, já que é consenso na literatura a influência do fator social na incidência e prevalência do adoecimento. Apesar de se conhecer o agente causador da doença há mais de um século e haver medicação que promove a cura, a doença segue como importante problema de saúde pública no mundo e apesar disso são baixos os investimentos em pesquisa sobre o tema(8).

Nesse contexto cabe a reflexão acerca de um conjunto de agravos que têm sido nomeados como doenças negligenciadas e que refletem a insuficiência de políticas públicas para a sua superação. Elas são causadas por agentes infecciosos ou parasitas e endêmicas em populações de baixa renda e são alvo de baixíssimo investimento em pesquisas e para a produção de medicamentos para seu controle (9).

E é no cenário citado (HSJ), hospital referência no estado do Ceará no tratamento de doenças infecciosas que trabalho e desenvolvi em conjunto com um grupo sujeito constituído por usuários e trabalhadores a presente pesquisa.

Inserida em equipe multiprofissional, atuando com população predominantemente em situação de vulnerabilização social, especialmente pessoas em situação de rua, para as quais têm sido escassa a provisão de políticas públicas que possam reduzir as iniquidades a que estão submetidas, surgem no cotidiano inúmeras inquietações acerca da comunicação no processo de cuidado, trabalho em equipe e em especial no que diz respeito à centralidade do “usuário”<sup>1</sup> no processo de cuidado.

---

<sup>1</sup> Paciente é a forma pela qual hegemonicamente se fala das pessoas atendidas em um serviço de saúde. Alguns optam por chamá-las de clientes, palavra que em si traduz uma visão mercantilista. Decidimos neste trabalho nomear as pessoas que são atendidas no serviço em questão como usuários, considerando o contexto do sistema único de saúde e da oferta de um serviço.

Essas questões têm relação com minha formação como assistente social na qual pude me aproximar do campo da saúde a partir do olhar das ciências sociais, que converge com os ideais da Reforma sanitária brasileira e com as ideias de determinação social da saúde. Assim, é possível perceber o caráter processual da relação saúde-doença na vida dos sujeitos, em uma perspectiva ampliada que vai além do aspecto estritamente biológico. Também têm a ver com minha aproximação da educação popular em saúde que identifica todos como sujeitos, com seus saberes, além de ter tido a oportunidade de experimentar a interprofissionalidade ao vivenciar uma residência multiprofissional.

Essas inquietações me mobilizaram para a realização da presente pesquisa. Além disso, a tuberculose segue com índices alarmantes como problema de saúde pública no mundo e a OMS acredita que esse quadro vá se agravar nos próximos anos em virtude do retrocesso que se teve em seu enfrentamento com a pandemia de Covid-19. Dentre os pilares das diretrizes para o combate à doença se coloca a necessidade de realização de pesquisas relacionadas à ela. Ainda como justificativa à realização desse estudo, está o fato de que são escassos estudos a respeito da centralidade do usuário no cuidado em âmbito hospitalar.

Dessa forma, a pesquisa visa contribuir com esses aspectos, tendo como objetivo geral *analisar como os processos de cuidado no contexto de internação em um hospital de doenças infecciosas podem incluir os sujeitos usuários com seus saberes*. E como objetivos específicos *identificar a concepção de cuidado de profissionais e de usuários internados ou que tenham passado pela experiência de internação na unidade E; caracterizar os fluxos institucionais e processos de trabalho que estejam diretamente ligados ao cuidado na unidade E; identificar e caracterizar os sujeitos e saberes que compõem esses fluxos e processos; problematizar a participação dos usuários com seus saberes em seu processo de cuidado durante a internação; propor estratégias para a inclusão dos usuários com seus saberes nesse contexto*.

Para isso realizamos uma pesquisa de natureza qualitativa do tipo pesquisa participante, no sentido de construir coletivamente possibilidades diante dos desafios identificados. Para a coleta de dados foram realizados círculos de cultura e oficinas com o grupo sujeito composto por profissionais e usuários vinculados à unidade 'E' do HSJ.

Iniciamos esse processo de pesquisa tendo como premissa que a adoção de um modelo tecnoassistencial no qual a Composição Técnica do Trabalho (CTT) privilegie o trabalho vivo e a interprofissionalidade, com a implementação de práticas de educação permanente que apontem para a integralidade do cuidado e práticas comunicativas dialógicas no percurso terapêutico.



O trabalho está organizado em cinco capítulos. O primeiro, *PRA COMEÇO DE CONVERSA, É SOBRE ISSO!*, trata-se desta introdução. O segundo, *CADEIRAS NA CALÇADA: METODOLOGIA*, descreve os aspectos metodológicos. O terceiro, *“E ASSIM, EU VEJO QUE, MUITO AMOR AO TRABALHO, QUE NÃO É FÁCIL CUIDAR DE VIDA NÃO”*, discute a instituição hospitalar, tendo como cenário o HSJ, em especial sua unidade referência em tuberculose. No quarto, *“PORQUE CUIDADO A GENTE TEM, NÉ?! 24/48 HORAS”*, temos a discussão acerca da categoria cuidado. E no quinto *DOS APRENDIZADOS NESSE CONVERSEIRO*, temos as considerações finais do estudo.

Os títulos da dissertação e de seus capítulos e tópicos trazem falas dos usuários participantes da pesquisa sinalizadas por aspas duplas e elaborações nossas, relacionadas ao termo fofoca. O convite ao “fofocar” é citado no texto como uma estratégia para ampliar o diálogo entre profissionais e usuários no serviço pesquisado.

## 2 CADEIRAS NA CALÇADA: METODOLOGIA

### 2.1 DESENHO DO ESTUDO

O objeto desta pesquisa é do campo das ciências sociais e foram refletidas relações, fluxos de trabalho, dinâmica do trabalho em saúde no âmbito da internação em um hospital de doenças infecciosas, pensando acerca da experiência do paciente e sua participação no processo de cuidado durante a internação. Assim, a abordagem qualitativa foi a base sobre a qual caminhamos, buscando “promover a aproximação da suntuosidade e da diversidade que é a vida dos seres humanos em sociedade” (10). Turato indica que os métodos de pesquisa qualitativa “tendem a levar o pesquisador bem próximo da essência da questão em estudo” (11).

Acerca da pesquisa qualitativa em saúde, Turato aponta duas dimensões fundamentais: a de significado e a de processo. Quanto à dimensão da significação, o autor indica que na pesquisa qualitativa no âmbito das ciências sociais o foco não é colocado sobre os fenômenos, mas sobre as representações, sobre “a *significação* que tal fenômeno ganha para os que o vivenciam” (11). Sobre sua dimensão processual, Turato aponta “o método qualitativo como aquele que quer entender como o objeto de estudo acontece ou se manifesta”(11). O autor nos apresenta também a perspectiva de Minayo que traz para a discussão a questão da significação relacionada às estruturas sociais, “procurando conhecer o querer-dizer das estruturas para os sujeitos sob estudo” (11).

Assim, adotamos para este estudo, a abordagem qualitativa realizando uma pesquisa social, entendida como “o processo que, utilizando a metodologia científica, permite a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social” (12).

Considerando que estamos atuando no campo da saúde, realizamos uma pesquisa social em saúde. Sobre esta, Minayo indica que fazem parte desse grupo “todas as investigações que tratam do fenômeno saúde/doença, de sua representação pelos vários atores que atuam no campo: as instituições políticas e de serviços e os profissionais e usuários” (10).

Nesse sentido, realizamos uma pesquisa social do tipo pesquisa participante. A pesquisa participante que tem como principal expoente Carlos Rodrigues Brandão, surge no Brasil e se aproxima em muitos aspectos e princípios, da investigação-ação participativa sistematizada inicialmente pelo sociólogo colombiano Fals Borda. Ambas têm um caráter interventivo, sendo realizada por pesquisadores e “pesquisados” em conjunto como nos indica Gil (12).

Nesse tipo de pesquisa, o pesquisador “compartilha a vivência dos sujeitos pesquisados, participando de forma sistemática e permanente, ao longo do tempo da pesquisa, das suas atividades” (13).

Mota Neto situou a pesquisa participante no campo da discussão da decolonialidade, apontando-a como uma importante contribuição no âmbito da epistemologia mundial. O autor indica que o pensamento decolonial vem

questionando a subalternização dos conhecimentos dos grupos oprimidos de nossa região e propondo uma lógica de pensar diferente, que considere e inclua a densa trama histórica e simbólica que está implicada em tais conhecimentos subalternos (14).

A ideia de decolonialidade aponta para a necessidade de

uma segunda descolonização, que complete a primeira, e que estenda a emancipação para um nível mais amplo que o meramente jurídico-político, incluindo a economia, a ciência, a igualdade racial e de gênero, a educação e a criação de novas formas de sociabilidade e de interação com as pessoas, as culturas e a natureza. É a esta segunda descolonização que se refere o conceito de decolonialidade (14).

Compreendendo a pesquisa participante como uma teoria decolonial, a opção por esse método de pesquisa partiu do desejo de inserir novas vozes no diálogo acadêmico e de construir uma pesquisa não extrativista que vá ao encontro da ideia de que a interpretação dos dados precisa se dar sob o ponto de vista dos sujeitos pesquisados, com a perspectiva da construção de um conhecimento coletivo, voltado a mudanças sociais mais amplas.

Brandão aponta para a necessidade de se superar a relação sujeito-objeto, substituindo-a pela relação do tipo sujeito-sujeito para que se possa realizar a articulação entre os diferentes conhecimentos e entre o conhecimento científico e o popular para a construção de um “conhecimento novo e transformador” (15). Desse modo, a pesquisa participante nos ajudou na ampliação do olhar para uma cientificidade não positivista e na qual todos os participantes deverão ser sujeitos do processo de pesquisa.

Considerando o problema desta pesquisa, o modelo de pesquisa participante se apresentou como adequado por voltar-se a “tornar o trabalho científico de pesquisa de dados uma atividade também pedagógica e, de certo modo, também assumidamente política” (15).

Brandão aponta que a pesquisa participativa é “[um] instrumento científico, político e pedagógico de produção partilhada de conhecimento social [...]” (15). O autor indica também a expectativa de que, considerando sua dimensão pedagógica e dialógica, a pesquisa

participante contribua “em termos de humanização das estruturas e dos processos de gestão da vida social” (15).

É necessário explicitar a inspiração marxista da proposta, com sua abordagem dialética, e como tal, uma perspectiva de compreensão da totalidade. Assim, “a pesquisa deverá envolver, sempre que possível, as interações entre os diferentes planos e domínios de estruturas e processos inter-determinantes da sociedade” (15).

Brandão (15) aponta alguns propósitos da pesquisa participante como o de construir conhecimento acerca de questões a serem participativamente trabalhadas, o fato de ela ser um instrumento dialógico de aprendizado compartilhado, educativa e politicamente formadora, o propósito de participar da construção progressiva de um saber popular e de contribuir para o empoderamento dos movimentos populares e de seus integrantes.

É importante ressaltar que a pesquisa participante vai além de uma observação participante. Como apontado anteriormente, a relação que se pretende é do tipo sujeito-sujeito, assim os “cossujeitos de nossa investigação” (38) serão meus interlocutores, “aquele[s] que no dizer de si-mesmo[s], desenha[m] para mim os cenários de vida e destino que pretendo conhecer e interpretar” (15). O autor indica que nesse movimento o ideal é que esses sujeitos sejam protagonistas e os pesquisadores coadjuvantes do processo.

## 2.2 PERÍODO E LOCAL DO ESTUDO

O estudo apresentado foi realizado no Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ), hospital da rede da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA CE), integrando o Sistema Único de Saúde (SUS). Inaugurado no ano de 1970, é referência estadual para o atendimento a pessoas com doenças infecciosas no estado do Ceará.

No site oficial do hospital se indica o atendimento, inicialmente, à pessoas com doenças transmissíveis como coqueluche, sarampo, tétano, difteria e hepatites, com a necessidade de isolamento, mas que diminuíram com o advento das vacinas. O hospital foi inicialmente o responsável também pelo atendimento às pessoas com HIV/Aids nos anos 1980, tendo sido por muitos anos a única unidade de saúde a atender os pacientes soropositivos para HIV (16).

Embora não seja mais a única unidade a atender essa população, segue como referência estadual no atendimento a pessoas vivendo com HIV e no que diz respeito às doenças infecciosas, algumas delas incluídas dentre as doenças conhecidas como negligenciadas.

A unidade realiza atendimentos ambulatoriais, de emergência e conta com enfermarias organizadas em cinco unidades (B, C, D, E, F) e UTI. Na pandemia de Covid-19 se fez referência no cuidado aos casos graves, tendo ampliado sua capacidade de atendimento e internação nesse período, bem como adaptando uma unidade (F) com suporte intensivo.

O Hospital São José é referência no que diz respeito a doenças infecciosas e foi palco de muitas lutas bem como instituição de referência na implementação das conquistas fruto delas. Consideramos que ainda há muitos caminhos de luta a serem trilhados e conquistas alcançadas e efetivadas, dentre elas o aperfeiçoamento dos processos para o cuidado.

O estudo em questão foi realizado com trabalhadores e usuários da Unidade 'E' da referida instituição. Essa unidade é designada à internação de pacientes que necessitem de isolamento respiratório por tuberculose.

A unidade 'E' dispõe de dezesseis leitos, sendo quatro de isolamento. A equipe da unidade é composta por profissionais de diversas categorias: assistentes sociais, enfermeiras, técnicas de enfermagem, médica e médico, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. Conta ainda com a equipe de serviços gerais, maqueiros e outros serviços como de laboratório, hemodiálise e serviços de imagem que atendem ao hospital como um todo.

A fase de campo desta pesquisa iniciou-se após aprovação por comitê de ética responsável, se estendendo dos meses de abril a julho de 2022. Em seguida se deu continuidade às análises iniciadas com os sujeitos da pesquisa e à redação da dissertação.

## 2.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Assim, considerando a pesquisa participante como referência, realizamos convites visando a constituição de um grupo sujeito da pesquisa. Foram convidados profissionais de saúde das diversas categorias diretamente envolvidas no processo de cuidado no interior da unidade e sujeitos usuários. A inclusão dos sujeitos (profissionais e usuários) considerou os profissionais com atuação fixa na unidade em questão e os usuários em internação. Sua composição se deu de acordo com a resposta individual ao convite para participar dos momentos propostos.

Considerando o atual contexto pandêmico, cada momento coletivo foi realizado com grupos reduzidos, no sentido de favorecer o distanciamento adequado, e o uso de máscara foi obrigatório para a participação.

## 2.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Na pesquisa participante não lidamos com a perspectiva de coleta de dados, mas com a ideia de construção coletiva de conhecimento. Assim, o acesso às informações, e a análise delas foi realizada de forma coletiva inicialmente, pelo grupo sujeito constituído por profissionais de saúde da unidade ‘E’ e usuários. Como profissional integrante da equipe e pesquisadora, a observação participante foi um dos caminhos para a construção das reflexões pretendidas. Gil (12) indica que a observação participante é “técnica fundamental” na pesquisa participante, que nesse caso pode ser classificada como pesquisa participante natural, já que a observadora pertence ao grupo sujeito da pesquisa, ao grupo que foi observado.

Participaram das atividades propostas cinco (05) profissionais e três (03) usuários que aceitaram os convites realizados para os encontros.

Na primeira etapa buscou-se identificar a concepção de cuidado das profissionais envolvidas na pesquisa e dos usuários da unidade E do HSJ. Para isso foram realizados círculos de cultura, com os profissionais e com os usuários. A ideia de separar esses dois grupos está relacionada à percepção de que na realização desse processo em um único grupo, as falas dos usuários poderiam silenciar ao serem colocadas junto às dos profissionais que em nosso modelo de produção do conhecimento e da sociedade, no geral, são as vozes hegemônicas.

Os círculos de cultura, provêm da tradição freiriana, e conforme Dantas e Linhares (17) têm uma proposta pedagógica radicalmente democrática e indicam o apontamento de Paulo Freire dos círculos de cultura como promotores de uma horizontalidade nas relações com a valorização das culturas locais.

As autoras indicam que eles são concebidos nos anos de 1960

como grupos compostos por trabalhadores populares, que se reuniam sob a coordenação de um educador, com o objetivo de debater assuntos temáticos, do interesse dos próprios trabalhadores, cabendo ao educador coordenador tratar a temática trazida pelo grupo (17).

O círculo de cultura vem ao encontro dos objetivos propostos nesta pesquisa participante ao caracterizar-se

como *locus* privilegiado de comunicação-discussão embasadas no diálogo, nas experiências dos atores-sujeito, na produção teórica da educação e na escuta, a qual se orienta pelo desejo de cada um e cada uma aprenderem as falas do outro e da outra problematizando-a e problematizando-se(17).

Dantas e Linhares (17) organizaram para fins didáticos, o círculo de cultura em momentos de investigação do universo vocabular, extração de palavras geradoras, tematização e problematização.

Vale ressaltar aqui a coerência do círculo de cultura com os conceitos de educação permanente em saúde, já que ele permite uma reflexão coletiva das experiências vividas, dos processos de trabalho. Cabe ainda lembrar sua relação intrínseca com a pesquisa participante, já que

a problematização emerge como momento pedagógico, como práxis social, como manifestação de um mundo refletido com o conjunto dos atores, possibilitando a formulação de conhecimentos com base na vivência de experiências significativas (17).

Desse modo os círculos de cultura ocorreram em uma tarde cada um, tendo sido registrados em áudio e realizadas anotações para viabilizar a realização de sínteses das concepções de cuidado de trabalhadores e usuários e outros elementos levantados.

Os círculos de cultura, tiveram como tema disparador o Cuidado e partimos da questão geradora apresentada a seguir: Para você o que é Cuidado? (Para usuários e profissionais).

Os usuários e profissionais apresentaram as seguintes palavras geradoras, com destaque para Atenção que apareceu duas vezes dentre os usuários e uma vez no círculo de cultura com os profissionais.



ILUSTRAÇÃO 1 - Nuvem de palavras círculos de cultura

A partir das palavras geradoras se deu a tematização e problematização com vistas à

[...] ampliação do olhar sobre a realidade com amparo na ação-reflexão-ação, e, o desenvolvimento de uma consciência crítica que surge da problematização, permitem que [as pessoas] se percebam sujeitos históricos, o que implica a esperança de que, nesse encontro pedagógico, sejam vislumbradas formas de pensar um mundo melhor para todos. Esse processo supõe a paciência histórica de amadurecer com o grupo, de modo que a reflexão e a ação sejam realmente sínteses elaboradas com ele (17).

Dos círculos de cultura emergiram os temas que se apresentam nos capítulos dessa dissertação: o hospital, seus fluxos e processos; a tuberculose, os sujeitos usuários e seus itinerários; os profissionais, seus percursos e inventividade e por fim o cuidado e a participação do sujeito usuário.

Foram realizadas também duas oficinas. Na primeira se realizou uma tentativa de reconstrução do percurso do usuário no hospital, problematizando os sujeitos e saberes participantes deste fluxo.

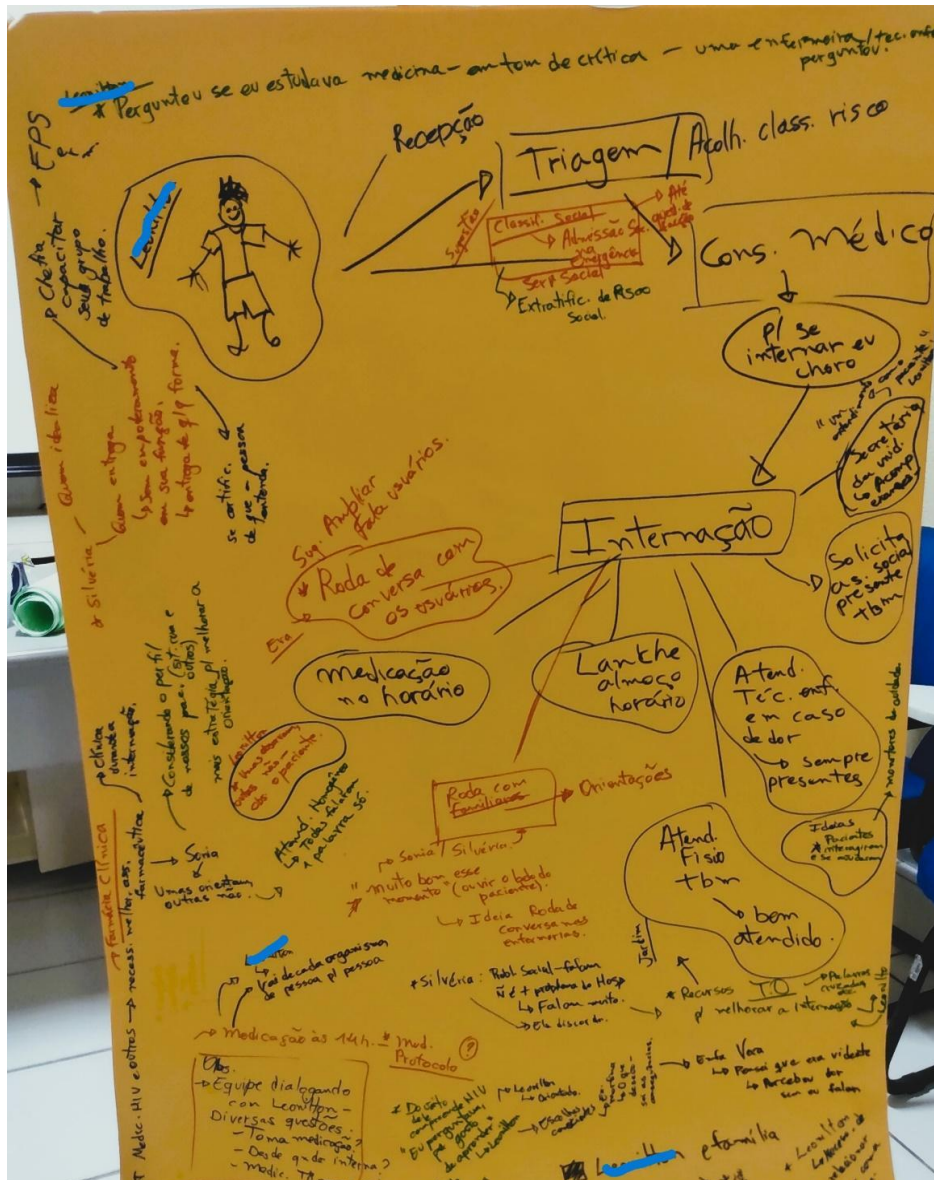


ILUSTRAÇÃO 2- Registro fotográfico de sistematização de fluxo do usuário no hospital



A partir das sínteses dos círculos de cultura e do produto da primeira oficina organizou-se uma matriz FOFA/SWOT. Esta é uma ferramenta para a análise de cenário em processos de planeamento. Nessa análise são levantadas **Fortalezas**, **Oportunidades**, **Fragilidades** e **Ameaças**. A seguir a matriz que se construiu:

	<b>Forças</b>	<b>Fragilidades</b>
<b>Origem Interna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vínculo dos profissionais com os usuários;</li> <li>• Coordenações médica e de enfermagem da unidade comprometidas e sensibilizadas para o aperfeiçoamento do cuidado;</li> <li>• Quantidade relevante de pacientes já conhecem o tratamento;</li> <li>• Existência de uma equipe multiprofissional;</li> <li>• Vínculo entre os integrantes da equipe multiprofissional;</li> <li>• Equipe comprometida com o cuidado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrutura física da unidade inadequada;</li> <li>• Fluxos institucionais rígidos;</li> <li>• Equipe insuficiente;</li> <li>• Vínculos trabalhistas frágeis;</li> <li>• Desvalorização de determinadas categorias profissionais (como técnicas de enfermagem);</li> <li>• Reinternações;</li> <li>• Falhas de comunicação (entre profissionais e destes com os usuários);</li> <li>• Falta de recursos (televisão, rádio, etc) para melhorar a experiência de internação.</li> </ul>
<b>Origem Externa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residência multiprofissional;</li> <li>• Movimento institucional para aperfeiçoamento do cuidado- unidade E seria unidade piloto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragilidade rede intersetorial;</li> <li>• Indicadores estaduais de avaliação de desempenho que desconsideram as especificidades do HSJ;</li> <li>• Pouca institucionalidade da Educação permanente no HSJ;</li> <li>• Desigualdade social – Pobreza;</li> <li>• Cultura institucional procedimento centrada;</li> <li>• Cultura de hegemonia biomédica;</li> <li>• Discriminação e estigma so perfil de pacientes.</li> </ul>

ILUSTRAÇÃO 3- Matriz FOFA produzida na pesquisa

Na segunda oficina, que se iniciou com a apresentação e validação da matriz FOFA exibida acima, buscou-se organizar propostas levantadas ao longo da pesquisa acerca de possibilidades para aperfeiçoamento do cuidado tendo em vista a necessária participação dos sujeitos usuários em seu cuidado durante a internação. A oficina finalizou-se com algumas propostas elencadas nesta direção. Essas serão apresentadas posteriormente.

Acerca das oficinas, Pulga (18) indica que são espaços privilegiados de criação e descobertas e ressalta seu caráter coletivo, de responsabilização pelo processo e resultados:

A oficina se constitui num espaço privilegiado de criação e descobertas, onde, processo e produto compõem uma unidade dialética, cujos objetivos e passos são pactuados com os participantes, portanto, é pluridimensional, criativo, coletivo, planejado e coordenado coletivamente (18).

A autora indica que as oficinas permitem “o aprendizado com o corpo todo e não só a razão” (18), trabalhando diversas dimensões do ser humano, buscando responder a objetivos específicos.

Na segunda oficina contamos com a participação de profissionais e um usuário para a organização de propostas relacionadas à inclusão dos saberes dos usuários em seu cuidado durante a internação no HSJ. Nesse momento foi apresentada uma síntese das reflexões construídas coletivamente ao longo da pesquisa, discutidas e levantadas demandas e, por fim, registradas propostas.

Ao longo de todo esse processo, um diário de campo nos acompanhou para o registro de impressões, de falas dos sujeitos, das sínteses dos momentos coletivos, de acontecimentos e outros aspectos considerados relevantes para os objetivos da pesquisa. Minayo indica que o diário de campo é o “principal instrumento de trabalho de observação” (19).

Continuando, destacamos aqui a educação popular como fundamento desta proposta de pesquisa, e dessa forma trazemos Pulga indicando “que os atores e atrizes com quem trabalhamos necessitam se constituir protagonistas de ações de transformação às situações limite da sua realidade” (18) e que a educação popular em saúde “é um processo coletivo de produção e socialização do conhecimento que capacita os sujeitos a ler criticamente a realidade sócio-econômico-político-cultural com a finalidade de transformá-la” (18).

Desse modo, reforçamos que a adoção da pesquisa participante como estratégia de pesquisa não se trata de uma simples opção de metodologia, mas uma escolha relacionada ao compromisso da educação popular com os oprimidos e que “seu ponto de partida é a convicção

de que o povo já tem um saber, parcial e fragmentado [... e] precisa refletir sobre o que sabe (não sabe que sabe) e incorporar o acúmulo teórico da prática social” (18).

A mesma autora evidencia a existência de diversas formas de garantir processos participativos em saúde, como o sociodrama, teatro do oprimido, teatro-fórum, círculo de cultura e oficinas. Assim podemos indicar que a pesquisa contou com instrumentos e processos que potencializaram a participação coletiva na identificação e reflexão de elementos relativos ao problema de pesquisa.

Esses momentos ocorreram no ambiente hospitalar. No caso do círculo de cultura desenvolvido com os usuários, considerando tratar-se de unidade de isolamento respiratório, o encontro foi realizado nas dependências da unidade de internação, em espaço arejado disponível no local em questão.

Quanto aos momentos somente com profissionais e um usuário (já de alta hospitalar), foram realizados no auditório e sala destinada a videoconferências de telemedicina (Sala Rute), espaços reservados e que favoreceram o respeito às diretrizes de segurança referentes ao atual contexto pandêmico. Em ambas as situações, foram respeitados todos os protocolos de segurança referentes a esse contexto, como o uso de máscara e distanciamento.

Os participantes da pesquisa foram também convidados a preencher breve formulário de perfil socioeconômico a fim de nos permitir a caracterização dos sujeitos e correlacionar esse lugar de fala aos elementos apresentados por esses. O Formulário Perfil Socioeconômico dos Participantes da Pesquisa foi desenvolvido com a ferramenta Google Forms e contém questões acerca da renda, ocupação, renda per capita e outras. Aos profissionais foi solicitado seu preenchimento diretamente na ferramenta e no caso dos usuários o preenchimento se deu junto à pesquisadora em virtude da dificuldade de acesso à internet durante a internação.

## 2.5 ANÁLISE DOS DADOS

Como método de análise dos dados a hermenêutica-dialética permeou o processo da pesquisa que buscou “apreender a prática social empírica dos indivíduos em sociedade em seu movimento contraditório” (20). Com o desenvolvimento de uma pesquisa participante com a realização de círculos de cultura e oficinas, a compreensão dos sentidos das falas do grupo sujeito e sua problematização vão ao encontro do proposto no método hermenêutico dialético que com

a primeira [hermenêutica] realiza o entendimento dos textos, dos fatos históricos, da cotidianidade e da realidade na qual ocorrem, ressaltar que suas limitações podem ser

fortemente compensadas pelas propostas do método dialético. A dialética, por sua vez, ao sublinhar o dissenso, a mudança e os macroprocessos, pode ser fartamente beneficiada pelo movimento hermenêutico que enfatiza o acordo e a importância da cotidianidade (20).

Minayo ressalta que a hermenêutica e a dialética se apresentam como momentos necessários na produção de racionalidade em relação aos processos sociais, dentre eles os relativos ao processo saúde-doença.

Além das diferenças complementares entre a hermenêutica e a dialética, Minayo, recorrendo a Stein, ressalta semelhanças entre elas:

(a) Ambas trazem em seu núcleo, a ideia fecunda das condições históricas de qualquer manifestação simbólica, de linguagem e de trabalho do pensamento; (b) ambas partem do princípio de que não há observador imparcial nem há ponto de vista fora da realidade do ser humano e da história; (c) ambas superam a simples tarefa de serem ferramentas do pensamento, pois consideram o investigador parte da realidade que investiga; (d) ambas questionam o tecnicismo como caminho capaz de realizar a compreensão e a crítica dos processos sociais; (e) ambas se referem à práxis e desvendam as condicionantes da produção intelectual, marcada tanto pela tradição, pelos pré-juízos, como pelo poder, pelos interesses e pelas limitações do desenvolvimento histórico.(20)

E foi com esse horizonte de compreensão crítica do problema que foi realizada a análise dos dados na pesquisa que se apresenta.

## 2.6 ASPECTOS ÉTICOS

Partimos aqui do pressuposto de que não há neutralidade na pesquisa e de que cada escolha realizada ao longo do processo reflete um contexto e opções realizadas diante dele. Numa pesquisa que tem em seus fundamentos a educação popular, as escolhas aqui refletem um posicionamento da luta por direitos e de defesa da classe trabalhadora. Contudo, deixamos claros os caminhos a serem seguidos, a metodologia e fundamentação teórica que deram base para as reflexões e conhecimentos elaborados nesse processo, no sentido de evitar que a pesquisa se apresente como mera reprodução de discursos, mas que expresse um processo dialético de ação-reflexão-ação a partir de um método científico.

Foram observados todos os preceitos éticos para a pesquisa com seres humanos previstos nas Resoluções nº 510 de 2016 e nº 466 de 2012, ambas do Conselho Nacional de Saúde.

Este projeto de pesquisa foi inscrito na Plataforma Brasil e aprovado pelo comitê de ética designado (Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz Brasília sob o parecer nº 5.302.484). Aos sujeitos da pesquisa foi apresentada a proposta da pesquisa e

disponibilizados Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no qual consta descrição resumida e clara da proposta de pesquisa bem como os riscos a ela relativos e a garantia de sigilo de suas identidades, conforme a normativa citada anteriormente.

Dentre os riscos da pesquisa estão aqueles inerentes às relações de poder no âmbito institucional, que deverão ser minimizados pela manutenção do sigilo, conforme preconizado na Resolução N°510 e documentado nos TCLE.

## 2.7 PRODUTO TÉCNICO

Como pesquisa realizada no âmbito de um mestrado profissional se prevê o desenvolvimento de um produto técnico. Foi elaborado como produto uma proposta de intervenção voltada à educação permanente: O Curso Livre Repensando o Cuidado – A centralidade do sujeito usuário.

O processo formativo fez parte das estratégias de pesquisa ligadas à produção desta dissertação. Participaram do curso profissionais em atividade na unidade E do Hospital São José de Doenças Infecciosas e usuários vinculados à mesma unidade. O objetivo da formação foi permitir a reflexão dos processos de trabalho para a identificação de estratégias que já venham sendo adotadas bem como novas possibilidades no que diz respeito à inclusão dos saberes dos sujeitos usuários em seu processo de cuidado durante a internação hospitalar.

A formação foi organizada em quatro momentos de cinco horas cada, compondo carga horária total de 20 horas, com o uso de metodologias participativas (círculos de cultura e oficinas), conforme programa em anexo.

Esses encontros foram ações de educação permanente, nos quais os sujeitos puderam problematizar o cotidiano do serviço de saúde em questão e os elementos envolvidos.

Foram momentos de ricas trocas. Os usuários participantes demonstraram sentir-se valorizados ao poderem partilhar seus saberes e expressar suas opiniões, assim como as profissionais aproveitaram a oportunidade para além de problematizar as práticas de cuidado, dialogar com os usuários com mais tranquilidade, fora do contexto assistencial.

### **3 “E ASSIM, EU VEJO QUE, MUITO AMOR AO TRABALHO, QUE NÃO É FÁCIL CUIDAR DE VIDA NÃO”**

#### **3.1 “A REGRA DO HOSPITAL A GENTE NÃO SE CONTRARÉIA COM ISSO.”**

Para iniciar a discussão da temática vamos pensar sobre a instituição “Hospital”, dentro e a partir da qual foi realizada a presente pesquisa. Sobre o hospital, Foucault (1) aponta que embora há milênios existam hospitais organizados com a finalidade de curar, somente no século XVIII essas instituições se aproximaram da ideia de hospital que temos hoje.

Antes disso, na idade média na Europa, o hospital era uma instituição para a assistência e exclusão dos pobres doentes, comandadas por religiosos na busca por sua “salvação” na dimensão espiritual, da remissão de pecados por meio da caridade prestada aos pobres que estavam morrendo, buscando também “proteger os outros do perigo que ele encarna”, já que “como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso”(1) .

Como hospital de doenças infecciosas, o Hospital São José (HSJ) segue como unidade socialmente estigmatizada. Muitas pessoas já chegam ao hospital com receio de adquirir infecções, muitas vezes não querem nem mesmo se sentar nas cadeiras para serem atendidas. Uma das profissionais do grupo sujeito, relata ser frequentemente questionada sobre trabalhar no local e afirma que “as pessoas têm muito preconceito, têm muito preconceito!” (Profissional ‘S’).

Foucault (1) indica que no século XVIII o hospital começa a ser organizado, a partir dos hospitais marítimos que visavam restringir estratégias de tráfico realizado por viajantes e dos hospitais militares, que consideravam uma necessidade de redução de gastos, já que os soldados, agora treinados pelo exército, representavam um custo que precisa ser poupado e vigiado. E aponta que a instituição hospitalar foi reformulada a partir da tecnologia da disciplina, entendida como “técnica de exercício de poder” (1).

Se na idade média o poder era exercido fundamentalmente pelos religiosos que eram administradores dessas unidades, a partir do século dezoito esse poder passa a ser exercido pelos médicos, o que se dá a partir da convergência entre o modelo de disciplinamento do hospital e de mudança no modelo da prática médica (1).

Tivemos então uma reorganização hospitalar, que não se constituiu a partir da ideia de cuidado, mas orientada pela disciplina, pela busca por contenção de despesas, considerando a

vida a partir da lógica de custo e orientada por uma prática médica que tinha como referencial teórico focado na dimensão do funcionamento biológico.

Esse referencial levou à necessidade de uma configuração da estrutura hospitalar na qual as pessoas adoecidas ficassem em ambientes separados a fim de que as condições ambientais pudessem ser em certa medida observadas e controladas e também o curso da doença, e “surge, portanto, um novo olhar sobre o hospital considerado como máquina de curar e que, se produz efeitos patológicos, deve ser corrigido” (1) e o domínio na condução da instituição passa a ser realizado pelos médicos.

O Hospital São José de Doenças Infecciosas iniciou suas atividades em 1970 atuando no suporte a pessoas com diversas infecções como tétano, raiva humana e coqueluche. Nesse sentido, viu o cenário de saúde do estado melhorar com a vacinação e foi a primeira unidade a atender pessoas com HIV em 1986 antes mesmo do estabelecimento do Sistema Único de Saúde. É hospital escola com programas de residência médica e multiprofissional em infectologia além de ser campo de estágio para universidades públicas e privadas conveniadas (16).

Apesar dos avanços o HSJ ainda reproduz o modelo de hegemonia médica e apresenta fragilidades em sua estrutura física. Quanto ao primeiro aspecto as profissionais do grupo sujeito relatam: “[...] a cultura institucional ainda é centrada no médico. Porque é ele quem ainda tem poder de decisão (Profissional ‘A’). A Profissional ‘S’ responde: “Exatamente. Pra tudo. Concordo. Muitas vezes você até discorda, pela experiência que a gente tem você vê, mas a palavra final é dele. O que ele decidir, tá decidido”.

Cecílio e Merhy apontam que:

o médico dá o EIXO e estabelece os RITMOS do cuidado; mantém, ciosos, o monopólio do diagnóstico final e da indicação terapêutica, estabelece ritmos, comanda o protocolo de cuidados, tem o poder de definir o momento da alta e sobre tantas outras coisas que têm uma importância enorme para a configuração da assistência ao paciente. (21)

Apesar da persistência da hegemonia médica, as profissionais reconhecem avanços em direção ao trabalho em equipe e a importância de mecanismos como fluxos que incluam os diferentes saberes envolvidos, para conduzir a uma atuação em equipe:

Mas eu acho que agora eles [médicos] estão vendo que eles têm que passar a bola, senão não vão dar conta não. Eles já pedem apoio da fisio, da TO, da fono... Porque agora até pra liberar a alimentação do paciente tem que ter. Então tá precisando, precisa de todo mundo (Profissional ‘T’).

Outra profissional reforça a ideia e aponta para a postura das profissionais de outras categorias em se posicionar visando o adequado cuidado ao paciente:

É nisso que entra a equipe multidisciplinar, porque realmente ninguém faz nada só.[...] Não é só a opinião dele [médico] não! Mudou um pouco nesse sentido aí. Acontece o quê, que a fisioterapeuta, por exemplo, tem umas que cobram: ‘Ó Doutor, tá assim, assim...’ Muitas vezes nem prescreve a fisioterapia e ela tá vendo que aquele paciente tá precisando: ‘Doutor, vamos mudar a conduta, tal tal...’. (Profissional ‘S’).

No que diz respeito à estrutura física tanto usuários quanto profissionais apontam como um desafio para o cuidado na unidade ‘E’ a falta de recursos para propiciar uma melhor experiência durante a internação. Questionado acerca de que melhorias estruturais desejava que acontecesse no hospital o usuário ‘P’ relata:

Esses dias eu tava pensando assim: Que se eu fosse dono dum hospital, dono assim, entre aspas, se eu fosse diretor dum hospital, eu botaria televisão, eu botaria... cada leito eu botaria um sonzinho, pros pacientes tá escutando, tá ouvindo... [...] É que o sonzinho você tá aqui sem televisão, sem o sonzinho e os paciente só tomando medicação na veia, tomando soro pra hidratar e não tendo aquele negócio pra ocupar a mente, por exemplo, uma ‘zoadinha’ no ouvido, porque tem gente que gosta, tem gente que adora escutar um sonzinho, uma música, assistir uma novela, assistir um jornal... então, era isso.

À mesma indagação o usuário ‘D’ responde: “Vixe. É muita coisa. Praça, né? Fazer uma pracinha..é... televisão... isso tudo”.

As profissionais informam dificuldades quanto à manutenção da privacidade dos usuários e sigilo dos seus diagnósticos em virtude da inexistência de salas de atendimento individual na unidade e de as enfermarias todas terem dois leitos:

Tudo que você fala o paciente vizinho escuta. E às vezes o paciente não quer compartilhar com o outro. Não tem um espaço que a gente possa chamar o paciente pra atender individualmente, isso não existe. Não tem um espaço pra gente atender a família ali junto. Não tem um espaço pra gente fazer uma discussão como essa aqui. Além da quentura, porque a unidade ‘E’ é muito quente (Profissional A)

Outras falam da ausência de espaços para atividades coletivas e de recursos para os pacientes se distraírem dentro das enfermarias: “Até um espacinho pra eles jogarem, brincar...” (Profissional ‘T’); “Pronto. Uma fragilidade que eu acho, eles ficam muito ociosos. Eu tenho pena deles, principalmente do pessoal que fica no isolamento<sup>2</sup>. É triste, gente, você dormir e acordar olhando pra aquelas paredes” (Profissional ‘S’). A profissional ‘T’ compara a estrutura do HSJ com a de outra unidade da rede SESA-CE:

---

<sup>2</sup> Em um plantão recentemente fui até uma das enfermarias do isolamento (são duas enfermarias com dois leitos em cada, destinados a paciente com TB multiresistente) e o usuário estava olhando concentradamente para o relógio. Relatou que para ocupar a mente estava contando quantas voltas o ponteiro do segundo dava em uma hora.



Eu vejo o Albert Sabin[outro hospital da rede SESA CE] é cada televisão bonita nas unidades, no refeitório, aqui é abandonado. E é porque os pacientes passam 2, 3, 4, 5 meses, um bocado de tempo aqui. Aí os coitados não tem, não tem nem um desenho animado. Porque a mente, né?!”.

Vale questionar acerca da diferença de padrão entre a estrutura física de outros hospitais da rede SESA -CE e o do HSJ e acerca da reforma pela qual o hospital passou recentemente na qual todas as unidades de internação do hospital foram reformadas, exceto a unidade ‘E’. Quais seriam os motivos para esse desprivilegiamento do hospital dentro da rede? Qual o porquê de a unidade ‘E’ não ter sido priorizada na reforma apesar das condições atuais que geram mal-estar para usuários e profissionais? A título de esclarecimento, as instalações físicas da Unidade ‘E’ especialmente no turno da tarde quando o sol incide diretamente sobre alguns leitos e a unidade é intensamente quente. As profissionais e os usuários do grupo sujeito apontam para a necessidade de recursos para melhoria da experiência de internação na unidade.

Apesar de todo o acúmulo de pesquisas que permite compreender a saúde numa perspectiva ampliada, os profissionais ainda hoje têm, de modo geral, uma formação “fundamentada no modelo flexeneriano, que dá ênfase à clínica em sua dimensão biológica e no qual os aspectos sociológicos, políticos e administrativos ficam relegados a um segundo plano” (22).

Suely Deslandes aponta para uma cultura hospitalar “que em nome da “rigorosa prática científica” aparta [o “doente”] de seu convívio familiar e social e não lhe reconhece discernimento ou competência para a tomada de decisões.” (23). Backes et al indicam que “frequentemente, as rotinas e normas hospitalares se contrapõem a um ato humanizado, aumentando o estresse, a angústia e prolongamento do tratamento” (24).

Apesar disso os usuários do grupo sujeito dessa pesquisa expressaram aceitação acerca da disciplina no ambiente hospitalar: “Tem que obedecer. [sobre as regras]”, diz o Usuário ‘A’. O Usuário ‘P’ nos diz:

A regra do hospital a gente não se contraréia com isso, a gente quer mais continuar a ter mais regra pra obedecer mais, cada vez mais, esse tipo de.. de... assim... de coisa, de a gente aprender cada vez mais pras coisas do hospital, né?

Um dos elementos trazidos pelos usuários em relação à disciplina no ambiente hospitalar diz respeito ao que lhes é passado pelos profissionais, como uma necessidade para a redução do risco de infecção e é compreendido por eles como uma forma de cuidado.

Eu vejo aí nesse... sobre a regra, né?! Assim, eu acho que a regra ela influi muito no tratamento. Porque às vezes, tipo, o doutor diz assim: “Ó não vá sair pro corredor sem máscara não!” Então o cara vê outro paciente sem máscara aí diz assim: “Ah, se ele ali tá sem máscara eu vou também”. Então assim, às vezes, o ser humano é tão ... [...] Assim, ó: A regra: Não descer ali pra baixo, senão vai atrapalhar, ficar andando no hospital. Isso eu, tipo assim, eu concordo, porque se ‘nois’ ficar andando ‘nois vamo’ procurar outras doenças (Usuário ‘A’).

Ao mesmo tempo os usuários apontaram para as regras como relevantes para que no ambiente hospitalar se reduzam as expressões da desigualdade social. Ao ser questionado sobre flexibilidade de regras e exemplificado nesse sentido a possibilidade do não uso de uniforme hospitalar, o usuário ‘A’ responde:

Eu acho que não, porque ia ter muito... Aí já iam tá tirando não como hospital, aí muitos iam querer dizer: ‘Fulaninho ali tá andando bem vestido, então eu vou andar mais bem vestido que ele.’ Aí ia acabar tendo um debate e aí ia começar... o hospital ia ter uma bagunça

Essa aceitação das regras sem questionamentos pode estar relacionada ao fato de não se perceberem como sujeitos de direito naquele serviço:

Eu acho assim, na minha opinião, a regra, tipo da comida... aí ‘nois’ tem que esperar, né?” Porque o hospital já tá dando o cuidado e dá nossa medicação e ‘nois’ ainda quer exigir. Assim, eu acho que isso é regra mesmo, que todo ambiente tem que ter (Usuário ‘A’).

Considerando o caráter social da tuberculose, os sujeitos acometidos por ela são predominantemente pessoas vulnerabilizadas, a quem muito foi negado ao longo da vida. Dessa forma é compreensível que não se identifiquem como sujeitos de direitos. Mas isso aponta para a necessidade de que essas questões sejam mais bem trabalhadas com os usuários dos serviços de saúde. Ressalto que os profissionais assistentes podem contribuir muito nesse sentido, considerando sua dinâmica de atuação na saúde, além de outras políticas como a de assistência social e de direitos humanos.

Acerca da construção dos fluxos e protocolos no ambiente hospitalar as profissionais reconhecem a importância do diálogo em equipe e de se considerar as necessidades dos usuários:

Tudo que é construído protocolo tem os contras e prós, né?! Então assim, nós temos, o protocolo, o único que é da unidade E, é um protocolo que estamos analisando pra depois ir pra outras unidades, é que a gente mudou o horário do RIPE [medicação para TB]. [...] Então assim, eu acho, que quando a gente vai criar um protocolo **a gente tem que envolver a equipe, elas têm que**

**entender o porquê daquilo ali:** ‘Por que meninas, da gente estar colocando esses medicamentos às 14h?’ ‘Por isso, isso, isso, isso e aquilo’. E é isso que eu admiro demais a equipe da unidade E, porque elas são muito envolvidas. Então, se eu digo assim: ‘Meninas, vamos fazer agora assim.’. **Mas eu não digo só isso, eu digo o porquê, qual é a melhoria, o quê que nós iremos ter.** E eu também sempre envolvo a equipe pra ela se colocar no lugar do outro. Se fosse seu pai ali? Você mesma? ‘[nome de uma técnica de enfermagem da unidade], você mesma quer ser cuidada por você?’ Então eu sempre envolvo a equipe com isso. (Profissional ‘C’- grifos nossos).

Ressaltam dificuldades quando esse movimento não é realizado:

(Profissional ‘T’): Geralmente as regras novas vem de pessoas que não são muito ligadas muito ligadas, né. Geralmente as pessoas que já são de lá tentam melhorar aquilo ali, não criar mais. E geralmente essas regras que vem de fora, sem ter um conhecimento [vivência].

(Profissional ‘S’): Sem ter um conhecimento realmente.

(Profissional ‘T’): Tipo, se tem uma rotina lá a gente conversa pra melhorar, a equipe com a [nome da coordenadora]: ‘Como é que vocês acham que pode melhorar aqui? A gente conversa pra melhorar aqui, mas quando vem uma...

(Profissional ‘S’): Tem que ser assim. Você fica...A gente sabe que num...

(Profissional ‘T’): Você faz mecanicamente. Passa a ser uma coisa mecânica.

(Profissional ‘A’): Fica até difícil de seguir uma coisa que não faz sentido pra você.

Ao reconhecer a importância de se considerar as necessidades de cada usuário uma das profissionais coloca como um desafio a realização desse cuidado singularizado no ambiente hospitalar:

Nós temos um caso: o [nome de um usuário]. A gente tem que entender o contexto. Chegou uma técnica e chegou pra mim assim: ‘Ele não quer tomar não, recusou!’. Pronto. Não é assim. Vamos entender o porquê que ele recusou: ele tinha uma odinofagia porque ele tinha uma TB ganglionar, então era rouquidão, ele tinha muita dificuldade de deglutir, então pra gente dar o remédio dele tinha que ser diluído. Aí imagina aquele remédio diluído! Era muito ruim. Então era um sacrifício pra ele conseguir tomar. Aí eu digo: ‘Gente, vamos ver estratégia.’ Não é querer passar a mão na cabeça do paciente, é a gente entender o lado dele. Aí eu disse: ‘Pois vamos fazer assim: vamos dar o doce, após a medicação. Porque tem gente que realmente não consegue tomar nem um comprimido, imagina uma coisa daquela diluída, que é péssimo. Aí a gente teve essa estratégia de sempre dar uma comida, ou alguma coisa após. [...] O negócio é que às vezes a gente abre uma exceção, aí pronto. (Profissional ‘C’)

Por que seria tão difícil tornar o cuidado mais singular, considerando os saberes e necessidades de cada sujeito, no ambiente hospitalar? Os hospitais estariam atuando em esquema de linha de produção? Apesar dos esforços de muitos e dos atos de cuidado que se identificam no cotidiano, aparentemente sim.

Gurgel Júnior e Vieira trazem para a discussão a existência de “uma diversidade de interesses divergentes”(22) a serem contemplados pela organização hospitalar. Essa instituição é também marcada “por diversas formas de saber, que se entrecruzam na imprevisibilidade do cotidiano” (25)

E o hospital não está isolado, apartado da organização macrosocietária,

o modelo assistencial vigente ainda permanece pautado na hegemonia neoliberal [...no qual] a ausência do trabalho em equipe, compartilhado, onde as distintas necessidades técnicas são negociadas, leva à permanência do trabalho compartimentalizado, sem cooperação entre os profissionais (25).

Esse neoliberalismo, compreendido não somente como uma ideologia ou política econômica, mas como uma racionalidade baseada na concorrência, que “produz determinadas relações sociais, certos modos de viver- modifica os modos como somos levados a nos comportar e a nos relacionar com o mundo e com nós mesmos” (26). Podemos dizer que o “processo de trabalho hospitalar, parcelado, reproduz as características da organização do trabalho industrial” (27).

Na contramão dos valores do neoliberalismo há um ideário que valoriza a cooperação interprofissional no trabalho em equipe, mas este “ainda não é uma realidade dos trabalhos desenvolvidos dentro das instituições hospitalares em geral” (25).

Nessa perspectiva neoliberal é implementada no serviço hospitalar uma lógica administrativa que os profissionais do grupo sujeito problematizam ao questionar o indicador de *Tempo médio de permanência de pacientes internados em hospitais da rede própria da Sesa*. Esse indicador interfere na dinâmica do cuidado, muitas vezes parece ser colocado como mais relevante do que outros aspectos para o cuidado do paciente. As profissionais relatam:

Ah, tem também outra cobrança que a gente sofre muito lá. Porque a nossa vontade é não dar alta pra ele ir pra rua, né isso?! A nossa coordenadora médica, [nome da profissional], ela bate muito na tecla: ‘Eu quero dar alta pra ele dar continuidade ao tratamento no abrigo’. Mas tem um porém, os abrigos só recebem quando o paciente está com o Baar negativo. Então às vezes demora tanto negativar essa Baar que eles muitas vezes não têm paciência e saem de alta à pedido. E aí a gente tem **a cobrança da SESA pelo leito, o ideal: ‘Olha, a taxa de permanência de ocupação de vocês está muito elevada, dê alta’**. (Profissional ‘C’- grifos nossos)  
Ficam dizendo: ‘Vocês se apegam aos pacientes’. (Profissional ‘S’).

A equipe ressalta o perfil diferenciado dos pacientes que parece não ser considerado na elaboração do indicador estadual:

Outra coisa pra gente pensar: Como você falou da taxa de permanência. Nosso perfil é diferente, nós trabalhamos com doenças infecciosas, que tem uma relação com a pobreza mesmo, com o aspecto social. Então isso já deveria ser considerado. Outro dia uma colega estava comentando que no hospital de Messejana, no núcleo de regulação tinha uma assistente social também, o que fazia toda a diferença, porque entendia que tinha esse perfil também, não era só questão de leito, mas era uma questão de considerar essa dinâmica social pra essas altas também. [...] [Essa taxa de permanência] é uma ferramenta de gestão cega, né?! Ela não olha pra o nosso paciente mesmo [...]. (Profissional ‘A’)

As profissionais identificam que a cobrança em relação à taxa de permanência vem da Sesa, não sendo algo interno, exclusivo da instituição:

Pois é, mas pra isso a própria rede SESA ela tem que entender esse contexto, ela não tem que ver só a vaga, só o leito. Ela tem que ver o que está ali naquele leito, a história daquela pessoa. Deveria ter um documento, alguma coisa que possa justificar. É isso que nós estamos tentando, a doutora [nome da médica] e eu, apresentar aqui, porque a gente recebe muita crítica, porque nossa unidade é sempre vermelho o indicador de taxa de permanência. [...] Nós estamos tentando justificar pra gestão o motivo da taxa de permanência. Então eu acho que a SESA, porque é ela que cobra. E ainda cobra sabe como? A gente não vai aumentar o nível de vocês se vocês não atingirem as metas. Então fica todo mundo só na meta, meta, meta, meta, taxa de ocupação baixa e não vê como um todo. (Profissional 'C').

Essa dinâmica administrativa interfere na dinâmica do cuidado e é nesse sentido que Merhy e Cecílio apontam para uma perspectiva na qual o cuidado seja o “eixo do processo gerencial hospitalar” (28) e não outras lógicas.

Cecílio coloca os hospitais como espaços profundamente desumanizados tanto para os trabalhadores como para os usuários:

Fecha-se um ciclo perverso. Os profissionais de saúde sabem que o seu trabalho é inadequado e esta consciência, de alguma forma, pesa negativamente em suas subjetividades. Os usuários, mais do que ninguém, sabem que o atendimento recebido é paliativo e insatisfatório. Os poucos recursos são mal gastos, agravando o quadro crônico de insuficiência dos mesmos (29).

Assim, o hospital, apontado por Foucault como “objeto complexo de que se conhece mal os efeitos e as consequências, que age sobre as doenças e é capaz de agravá-las, multiplicá-las ou atenuá-las” (1), segue como essa “organização complexa” (30).

Um dos elementos dessa complexidade é a existência de inúmeras dinâmicas dentro da instituição. Falando de sua trajetória no HSJ a profissional 'T' indica a existência de diferentes dinâmicas e processos de trabalho diferenciados entre as unidades assistenciais do hospital:

Eu era sempre da emergência e emergência era assim: Entrou, fez a medicação, vai pra casa. Aí eu já estou com um tempinho [anos de trabalho], aí já cansei e pedi pra ir pra uma unidade mais calminha. [...]A rotina da emergência é diferente da unidade E. Na emergência você quase não grava o nome os pacientes, entrou vai pras unidades aí você não lembra bem.

Cecílio e Merhy também nos falam do hospital “enquanto um território complexo de relações institucionais” (21) e consideram como insuficiente para sua administração o paradigma funcionalista-sistêmico que “vê o hospital constituído por “partes” – seus vários

serviços e setores - bem articuladas entre si e trabalhando dentro da lógica dos “objetivos organizacionais” (21).

Apesar de indicarem a insuficiência desse paradigma para abordar a coordenação do hospital considerando os aspectos da micropolítica, reconhecem que ele dá conta de aspectos de funcionamento sistêmico no hospital, como fluxos de insumos. Recorrendo a Graça Carapinheiro em sua obra *Saberes e Poderes no Hospital*, de 1997, os autores indicam que o hospital apresenta “componentes de funcionamento burocrático” (21), assim como as dinâmicas de poder discutidas por Foucault e “pode e deve ser visto a partir da perspectiva da ordem negociada” (21).

Nesse sentido apontam para a existência de três lógicas de coordenação na instituição hospital: a lógica das profissões, a coordenação por serviços ou unidades de produção e a lógica de coordenação do cuidado (21).

Na unidade ‘E’ do HSJ a dinâmica assistencial varia conforme as categorias profissionais, havendo plantonistas, prescritores, diaristas. A equipe de enfermagem funciona num esquema de escala de plantonistas, mas o vínculo é minimamente garantido por ser uma equipe fixa, os mesmos enfermeiros (as) e técnicos (as) sempre estão na escala da unidade, normalmente estando de plantão em mais de um dia na semana. A cada plantão trabalham na unidade uma ou duas enfermeiras e quatro técnicas (os) de enfermagem.

Quanto à equipe médica, em dias úteis a unidade conta com uma médica e um médico prescritores. Cada um fica responsável pelos usuários de metade dos leitos e fica no hospital um turno (aproximadamente quatro horas) período no qual avaliam cada paciente e atualizam as prescrições. Na ausência desses profissionais fixos da unidade o suporte médico fica por conta do Time de Resposta Rápida (TRR) que precisa ser acionado pela equipe de enfermagem para comparecer à unidade e nos finais de semana e feriados a unidade conta com prescritores de plantão e com o TRR.

O suporte de assistentes sociais há aproximadamente dois anos passou a contar com profissionais fixas da unidade. Duas plantonistas se revezam, uma a cada plantão, de segunda a sexta-feira. Essas profissionais realizam admissão social de cada usuário, buscando conhecer seu contexto e dinâmica social para realização dos encaminhamentos pertinentes, dentre esses aqueles relacionados à populações específicas como pessoas em situação de rua. Nos finais de semana o suporte em Serviço Social é somente no sistema de plantão, com duas profissionais para atender às demandas do hospital inteiro. Esse padrão é o mesmo nos plantões noturnos. Apesar do quantitativo de profissionais não ser suficiente para uma cobertura integral das

unidades, a coordenação tem priorizado a unidade 'E' considerando que esta concentra mais usuários com perfil de alta vulnerabilidade social.

No caso da fisioterapia a equipe se divide para atendimento às unidades de enfermaria comum (um profissional para unidade B e emergência, um para unidade C - muito leitos e outro para unidades 'D' e 'E') e há profissionais fixos para as unidades de terapia intensiva (unidade F e UTI) e nos plantões noturnos permanecem somente os profissionais unidades de terapia intensiva e estes atendem a intercorrências que surjam nas demais unidades, bem como atendimentos necessários indicados previamente como oferta de VNI.

Quanto à fonoaudiologia e terapia ocupacional o quantitativo de profissionais no hospital é muito baixo. A primeira categoria tem somente uma profissional no quadro do hospital e a segunda também conta com equipe reduzida, estando disponíveis na unidade 'E' em poucos plantões por semana, somente no período diurno.

A equipe de nutrição também tem quantitativo de profissionais reduzido e não conta com profissional fixo na unidade. Muitas vezes a cada plantão o (a) profissional fica responsável pelo atendimento em duas ou mais unidades.

Apesar da demanda existente, por se tratar de unidade que atende pessoas acometidas por SIDA e TB, muitas com histórico de uso prejudicial de álcool e outras drogas e vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a unidade 'E' não conta com equipe de psicologia. No hospital a categoria ficou restrita a algumas unidades, tendo profissionais diaristas fixas em três delas.

Há também profissionais fixas responsáveis pela limpeza da unidade, que conta com suporte de maqueiros, técnicos (as) de laboratório, equipe dos serviços de imagem, equipe da rouparia, dentre outros, que realizam suas atividades em diversos setores do hospital, não sendo fixas e exclusivas da unidade 'E'.

Os vínculos trabalhistas desses trabalhadores são diversos, desde servidores públicos, passando por celetistas e profissionais cooperados. Há também grande variação nos salários, considerando categoria profissional, vínculo trabalhista, tempo de serviço, dentre outros. Identifica-se um predomínio do sexo feminino entre os profissionais.

Considerando as dinâmicas de coordenação apresentadas por Merhy e Cecílio (21), identifica-se na unidade uma coordenação pela lógica das profissões no que diz respeito às atividades assistenciais e na lógica da coordenação por serviços quando se trata das áreas-meio como limpeza e laboratório.

Cecílio aponta como um caminho possível para o cuidado ao paciente em internação hospitalar um modelo assistencial que “deverá dar ênfase à constituição de equipes

horizontalizadas, responsáveis por grupos de leitos nas enfermarias, de forma a facilitar a criação de vínculos entre a equipe e os pacientes (29).

Apesar de não existir a formalização de uma coordenação unificada dessa unidade assistencial, há cerca de um ano e seis meses a unidade ‘E’ vem se aproximando da lógica da coordenação do cuidado a partir da condução das coordenadoras médica e de enfermagem.

Dentre os movimentos nesse sentido está a realização de visita multiprofissional uma vez por semana, na qual se dialoga acerca de cada usuário internado e assim são compartilhados desafios e os encaminhamentos de cada categoria, bem como identificados coletivamente desafios recorrentes que têm sido repassados pelas coordenadoras médica e de enfermagem aos setores responsáveis. Essas profissionais têm realizado articulações com as diversas categorias na perspectiva de prestar o melhor cuidado possível. A questão é que isso vem ocorrendo em decorrência dessas duas profissionais que se posicionam e pactuam com outras categorias, num movimento particular dessas pessoas e não por um direcionamento institucional que possa dar alguma solidez a essa forma de se conduzir o cuidado. Assim, se mostra necessário um movimento de institucionalização dessas práticas.

A equipe aponta desafios e possibilidades nesse sentido:

Profissional ‘C’: [...] os médicos não tem horários fixos. Uma hora um vem pela tarde, outra hora o outro vem pela manhã. Eu tentei fazer essa visita multi porque é muito importante, mas [...] aí não teve continuidade.

Profissional ‘A’: Aí é um desafio que a gente não vai ter o poder de determinar que o médico vai estar lá naquele horário, por exemplo. Teria de ser uma determinação ‘maior’.

Profissional ‘C’: Isso. Agora nós temos o setor de qualidade do hospital, que se reúne todo mês que é justamente pra gente definir os protocolos gerais. Aí está também em construção aí essa equipe da qualidade.

Cecílio e Merhy sinalizam para o desafio da coordenação do cuidado nas instituições hospitalares, “porque ela é feita, de fato, pela enfermagem, que, no complexo território de poder do hospital tem uma relação de subalternidade em relação ao médico” (21) . Na unidade ‘E’ do HSJ, é possível visualizar que:

a enfermagem não faz, “apenas” a coordenação do pessoal da enfermagem. Ela vai mais longe, joga um papel muito mais “estratégico” para a vida hospitalar e muito mais complexo e difícil do ponto de vista de sua operacionalização: a gestão do cotidiano das unidades assistenciais (21)

Os mesmos autores ressaltam que: “Os hospitais podem ser pensados como uma complexa rede composta por centros de escuta e de fala ou de petições e compromissos. [...] o hospital só funciona, e só pode funcionar, devido a esta ampla rede de contratualidade.” (21) e



é nesse sentido que a enfermagem realiza a gestão do cuidado, ao ser a principal articuladora, ao acionar as demais categorias em pé de igualdade no que se refere à dinâmica das relações de poder, exceto no que diz respeito à categoria médica, de poder ainda hegemônico no ambiente hospitalar.

Acerca das pactuações que a equipe de enfermagem desenvolve em benefício do cuidado uma técnica de enfermagem do grupo sujeito relata: “A unidade E se resume em: é muita paciência e você ser amigo de todo mundo no hospital pra você conseguir as coisas pros pacientes de lá, porque também solicitam muito, né?!” (Profissional ‘T’).

Com seus muitos desafios e potências, “o hospital como lugar de instabilidades e incertezas permanentes, que possibilitam a construção de múltiplos projetos tecnoassistenciais”(21) é campo fértil para a construção de inéditos viáveis com os múltiplos sujeitos e saberes que ocupam esse território.

Nessa reflexão sobre a instituição hospitalar, tendo como cenário o HSJ, foi possível identificar inúmeros desafios e reconhecer que os sujeitos (profissionais e usuários) que dão vida a esse cenário já dispõem de saberes acerca desses elementos e apontam caminhos possíveis para se avançar. A esses saberes podem ser agregados os conhecimentos acumulados na literatura, capazes de fornecer subsídios para se seguir na reflexão do nosso cotidiano, em práticas de educação permanente.

Dentre os desafios está a construção participativa de fluxos e protocolos da instituição, já que é possível identificar que muitas vezes nem mesmo a equipe assistencial tem sido incluída nessa construção, muito menos os usuários do serviço.

Nessa reflexão sobre a instituição hospitalar, tendo como cenário o HSJ, foi possível identificar inúmeros desafios, mas também reconhecer que os sujeitos (profissionais e usuário) que dão vida a esse cenário já dispõem de uma percepção acerca desses elementos e apontam caminhos possíveis para se avançar, além da literatura que é capaz de fornecer subsídios para se seguir na reflexão do nosso lugar com esse olhar ampliado, aprofundado.

Dentre os desafios está a realização de um cuidado cada vez mais integral, com a participação dos diversos saberes envolvidos, com ênfase para os saberes e necessidades dos usuários. Nessa direção a construção participativa de fluxos e protocolos da instituição seria um avanço. Atualmente é possível identificar que muitas vezes nem mesmo a equipe assistencial tem sido incluída nessa construção, muito menos os usuários do serviço.

Na unidade ‘E’ tem se avançado na inclusão dos diversos saberes profissionais, mas ainda estamos um pouco distantes da inclusão dos usuários. Iniciativas que promovam sua

percepção como sujeito de direitos e estratégias de educação permanente da equipe se mostraram necessárias.

### 3.2 “MEU PAI TEVE, MINHA MÃE E MEUS IRMÃOS TAMBÉM”.

A tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, havendo indícios de sua presença desde o início existência da humanidade. Estima-se que seu agente causador existisse antes mesmo da presença dos seres humanos no planeta. Já nas antigas civilizações se buscava compreender esse adoecimento, identificar seu agente causador e encontrar estratégias para sua cura. Dentre os elementos levantados, ao longo da história chegou a ser considerada como castigo divino, recorreu-se ao misticismo e foram realizadas muitas pesquisas com inúmeras elaborações teóricas a cada período e localidade (31,32). Para Bertolli Filho

A série de respostas oferecidas ao desafio da moléstia pulmonar colocou em confronto variadas linhas explicativas, aproximando magia e religião, medicina oficial e tradições populares que, no final, anunciavam menos a positividade do saber que a complexidade da doença que insiste em ocultar alguns de seus mecanismos de funcionamento (31)

Sua principal forma e apresentação de maior relevância à saúde pública, é a tuberculose pulmonar, principal responsável pela transmissão da doença (33). Bertolli Filho em seu resgate histórico acerca dessa doença, explicita elementos acerca da convergência da história da tuberculose com a história da medicina e do fortalecimento do hospital como espaço de domínio médico com uma “clínica fundamentada na anatomia e na patologia” (31).

O agente causador da tuberculose é conhecido desde 1882, mas até hoje a doença segue como uma das principais causas de morte no mundo. Até 2019 era a principal causa de óbito por um único agente infeccioso, tendo sido ultrapassada pela Covid-19 em 2020 (34), seguindo como importante problema de saúde pública(31).

Com a descoberta de seu agente causador foram realizados direcionamentos relacionados à higiene pública com a adoção de regras sanitárias mais consistentes e vigilância das pessoas e animais com tuberculose. A essa descoberta seguiram-se inúmeros estudos com o desenvolvimento de diversos medicamentos e com o uso das novas tecnologias que vinham surgindo, testes de vacinas, dentre outros. Sem grandes sucessos no que diz respeito à terapia medicamentosa, em meados do século XIX inicia-se a “era sanatorial e isolamento” (31)

A epidemia de tuberculose, que se estende através de gerações (31), é “fortemente influenciada pelo desenvolvimento social e econômico e por fatores de risco relacionados à saúde, como desnutrição, diabetes, infecção pelo HIV, transtornos por uso de álcool e tabagismo” (35).

É recorrente entre os usuários internados na Unidade E do Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ) o relato da história de adoecimento de outro familiar ou até mesmo de vários. A doença parece fazer parte de seu cotidiano e história, como relatou um integrante do grupo sujeito da pesquisa ao ser questionado acerca de sua contribuição para seu cuidado durante a internação hospitalar:

É. Sobre minha vida, né?! Que essa tuberculose, ela também mata. Já conheci vários amigos também que já morreram de tuberculose. E eu já vi, já conheci uma pessoa que morreu de tuberculose, num é bom não, viu?! (silêncio) É vida, né?! A gente tem que viver! (silêncio). (Sujeito usuário ‘D’)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) vem apontando para a necessidade de atenção aos determinantes da tuberculose e observando dentre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS- Agenda 2030) aqueles que se relacionam com a incidência da tuberculose. A profissional ‘T’ ressalta: “Não é mais a tuberculose, não é só a tuberculose, é um monte de coisas. Não tem moradia, não tem tudo, ainda tem a droga.

O Relatório Global de Tuberculose 2022 da OMS ressalta a influência, dentre outros determinantes, da desnutrição para a incidência da doença, sendo este o principal fator na maioria dos países (35) .

Os sujeitos usuários desta pesquisa ressaltaram em suas falas a alimentação como algo relevante e ressaltam a existência de diferenças entre a comida a qual têm acesso em outros ambientes e a do hospital:

Eu entendo. Quando a pessoa já tá melhorando, que a imunidade já tá alta aí já tem que se tratar em casa. Então, certo que **em casa não é como aqui, que eu tenho um horário de alimentação ... Então em casa já é diferente. É... a alimentação não é como aqui, em casa** (Sujeito usuário ‘P’- grifos nossos).

É visível nos corpos emagrecidos de grande parte dos sujeitos ao ingressarem na unidade ‘E’ e as nutricionistas registram em prontuário os níveis de desnutrição. Acerca de dores musculares relatadas pelos usuários, no cotidiano a equipe se questiona se seriam relacionadas ao uso de determinada medicação ou decorrente da desnutrição. Recordo-me de

um usuário que em um de seus primeiros diálogos comigo expressou o entendimento de que estava “naquela situação” (sic) por não ter como se alimentar adequadamente em virtude da pobreza. Este paciente, rapaz conversador, cheio de argumentos e desejos, faleceu recentemente após algumas internações.

Diante da vulnerabilização a qual grande parte dos usuários é submetida, além das fragilidades da rede, o hospital se apresenta como um contexto de segurança e garantias para seu cuidado, como acesso a exames, medicamentos, terapias e inclusive alimentação.

Em 2014 a OMS aprova em assembleia a estratégia End TB propondo um movimento em direção não somente ao controle, mas ao fim da tuberculose como problema de saúde pública, com metas de redução de 90% dos casos e de 95% dos óbitos por TB até 2035. Para isso propõe estratégia com centralidade nos sujeitos com tuberculose e ressaltando a necessidade de suporte social.

Com a pandemia de Covid -19 essa organização indica acreditar ter havido grande retrocesso no movimento de combate à tuberculose que vinha sendo empreendido nas últimas décadas. Alguns fatores explicativos para isso seriam o fechamento temporário de serviços de atendimento a pessoas com tuberculose, ficando voltados ao atendimento das pessoas com Covid-19 e também o empobrecimento das populações (36) que se agravou com a pandemia declarada em 2020.

No Brasil há um longo histórico de movimentação da sociedade civil e da saúde pública voltados ao controle da tuberculose, como resgatado no documento *Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública - Estratégias para 2021-2025*. O documento tem como referência o documento da OMS pelo Fim da Tuberculose e apresenta estratégias nesse sentido, considerando os três pilares nele propostos: Pilar 1: Prevenção e cuidado integrado centrados na pessoa com TB; Pilar 2: Políticas arrojadas e sistema de apoio e Pilar 3: Intensificação da pesquisa e inovação. E considera “condições socioeconômicas e a situação epidemiológica e operacional da TB”(37) para classificar os diferentes cenários permitindo planejamento das estratégias de acordo com a realidade de cada município.

Nosso país pode ser considerado estratégico a nível mundial em virtude da alta carga da doença e do fato de dispor de um Sistema Único de Saúde (SUS) que preconiza universalidade do atendimento (38). Atualmente o que se verifica no Brasil é ainda elevada incidência de óbito

por tuberculose. No ano de 2020 foram mais de quatro mil óbitos em decorrência da infecção no país (39) .

Apesar da oferta do tratamento pelo SUS, os dados epidemiológicos expressam elevado índice de desfechos desfavoráveis como abandono do tratamento, retratamento, desenvolvimento de tuberculose droga-resistente e óbito. Considerando os múltiplos fatores relacionados a isso, dentre eles que a tuberculose “afeta principalmente populações vulnerabilizadas por desigualdades sociais e econômicas” (38), a estratégia End TB da OMS reforça a necessidade de um sistema de apoio e expressa especial preocupação com o impacto financeiro da tuberculose sobre os sujeitos acometidos e suas famílias.

E quem são esses sujeitos? No Brasil os dados de notificação de 2021 apontam predomínio de pessoas do sexo masculino (70,1%), autodeclaradas pretas e pardas (69,0%) e em pessoas de 15 a 64 anos.

No Ceará 60%(N) dos casos se concentram entre pessoas com 20 a 34 anos(considerando dados de 2016 a 2021), em uma faixa da população economicamente ativa (37) também com predomínio de pessoas do sexo masculino.

Os sujeitos usuários que compuseram o grupo-sujeito desta pesquisa são expressão do que se demonstra nos dados. Dos três participantes, dois se autodeclararam pardos e nenhum dos três dispunha de vínculo trabalhista formal, realizando atividades na informalidade e dois deles com trajetória de rua (um em situação de rua e outro oscila entre a rua e a casa de sua mãe). Em exceção ao que identificamos como predominante no cotidiano do serviço e o que as informações dos sistemas de informação do SUS expressam, dois desses sujeitos tinham mais de oito anos de escolaridade, com ensino médio completo.

Apesar de qualquer pessoa estar suscetível à infecção por tuberculose “alguns grupos populacionais, devido às suas condições de saúde e vida, possuem maior risco de adoecimento, como os indígenas, pessoas que vivem com o vírus HIV/AIDS, diabéticos, pessoas em situação de rua e os privados de liberdade, entre outros” (33). Junto com esse grupo se encontram profissionais de saúde e nas políticas públicas são descritos como populações vulneráveis, requerendo estratégias diferenciadas de atenção no que diz respeito ao tratamento para tuberculose.

As profissionais participantes do grupo sujeito identificam a existência dessas especificidades dentre os pacientes da unidade ‘E’ do HSJ: “ [...] não é fácil, principalmente

lidar com os pacientes da unidade E que são pacientes que têm uma situação vulnerável, então eles já tão aqui com abstinência... então são pacientes que muitas vezes tratam com más palavras [...]” (Sujeito profissional ‘C’). Outra profissional relata:

[...] os pacientes da E, realmente, são totalmente diferentes das outras unidades, você tem que ter uma paciência, você tem que ter uma dedicação, né?!, um tempinho bem... E muita paciência! (Risos) É muita paciência ali! (Risos) Se não fosse o Serviço Social pra tá ajudando a gente de vez em quando, conversando com um deles! Meu Deus do céu! [...] (Profissional ‘T’)

As profissionais falam de algumas formas como a vulnerabilidade se expressam na internação, como a fome e outras faltas: “Que não tem roupa, não tem xampu, não tem sabonete...” (Profissional ‘C’). “Não tem, não tem nada. Eles chegam sem nada [...]” (Profissional T).

Outro aspecto ressaltado pelas profissionais e um dos usuários é o do uso prejudicial de álcool e outras drogas, que em virtude de seu predomínio no cotidiano da equipe da unidade acaba sendo colocado pelas profissionais de forma generalizada, apesar de haver exceções dentre os usuários da unidade ‘E’: “[...] são pacientes que têm uma situação vulnerável, então eles já tão aqui com abstinência. [...] (Profissional ‘C’); “[...] o médico passa uma medicação pra ele amenizar a abstinência, a falta de sono [...]” (Profissional ‘T’).

O usuário ‘P’ relata:

Aí foi onde eu me internei, porque passaram o raio x. Eu tava com uma mancha, no pulmão, né, por causa da química porque eu usava muita droga e muito cigarro que eu fumava e bebia cachaça. [...] uma vez que bateu uma abstinência tão doida que eu ia pedir alta, quem me acalmou foi a técnica. Ela disse: ‘Meu filho, [nome do usuário ‘P’], não vá. Porque você vai sair daqui e chegar lá fora você vai vir pior’. Então foi que eu me acalmei e fiquei, mas eu tava disposto a pedir alta.

Frequentemente são pessoas com vínculos familiares fragilizados em decorrência desse uso prejudicial de drogas, muitos em situação de rua, sem contato com familiares:

A moça disse assim, o Serviço Social, foi lá uma vez e disse assim, na época: ‘E sua mãe?’. E eu: ‘Minha senhora, eu vim da rua, não vim de casa não. Não sei se minha mãe tá morando aqui ainda.’ Ela: ‘E seu pai? Nós temos o contato dele.’. Aí eu: pois liga [...]

Apesar das vulnerabilidades esses sujeitos tem suas potências e estratégias, além de uma percepção acerca da tuberculose e de sua experiência com seu tratamento, como cita a profissional ‘S’: “Tem paciente que sabe que horas é a medicação, sabe qual remédio toma,

porque eles tomam em casa”. E como relata a senhora ‘M’, mãe do usuário ‘P’: “Esse aí acorda. Minha filha ele bota é o celular já no ponto do remédio dele”.

Relatei em um dos encontros da pesquisa a situação de um paciente que exemplifica um pouco isso:

Por exemplo, O Sr. ‘C’, um paciente que a gente teve aqui, ele está vivendo nas ruas há quarenta anos se não me engano, e ele não quis acolhimento de jeito nenhum. Ficou internado, até o médico falou com ele a respeito, a mãe queria levar pra casa, a filha queria levar pra casa e ele dizia: ‘Não, doutora, se preocupe não, que eu vou ficar bem. Eu sei tomar o remédio, tem o Sr. Enéas lá do bar...’ Então ele tinha uma história, as estratégias lá dele: ‘Tem o Sr. Enéas lá do bar que ele me ajuda é muito, ele fica com meus documentos, ele disse que se eu precisar ele vai me dar uma ajuda, e tem um pessoal lá do Instituto Federal... que eu conheço lá todo mundo... se eu quiser lá um cantinho pra ficar eles arranjam um cantinho pra eu ficar. Não se preocupe não, que não vou passar dificuldade não na rua!’

O tratamento prolongado e com medicações que podem causar inúmeros efeitos colaterais representa um desafio às pessoas diagnosticadas. O sujeito usuário ‘D’ explicita esse desafio: “A prioridade é terminar o tratamento, né?! Não desistir.” E o usuário ‘P’ relata: “Quando eu me acordo de manhã, seis horas, quando eu olho pra cartela de remédio eu penso: ‘Ô, doutor, porque que o senhor me castigou, doutor?!’”. E acrescenta:

São seis meses. O primeiro mês demora a passar e o segundo. Aí o terceiro em vez de passar rápido faz é demorar mais. Ainda tem o cagete aqui [referindo-se ao despertador do celular] seis horas ‘Ô rapaz, pelo amor de Deus, porque tu não descarrega logo?’ Mas vai na coragem. Eu me acordo seis horas aí tomo, aí tenho que tomar uma coisa quente por causa do estômago, porque é forte, né! Mas é por o quê?! É pro meu bem, né! Eu tô agora, graças a Deus... Quando eu tava bem de saúde eu extrapolava, né! Mas aí quando eu adoeci mesmo aí eu disse: ‘É...’. Sei que a nossa saúde não é a mesma quando... é só uma recuperação o seu organismo. Então eu tô bem, não tô sentindo mais nada, mas meu tratamento, minha recuperação... Eu falo pro doutor, sempre que eu venho, eu espero que... na próxima consulta, vamos ver o que vai ser, se deu uma baixada mais, se vai ter algum relatório, se bate alguma ultrassom pra saber como é que tá, que eu tomei a medicação aqui, que eu entrei pior, se não tá voltando, ver a medicação como vai estar, se a bactéria... se não tá voltando... Eu pergunto tudo pra saber da minha saúde, porque chega de sofrer. Eu não desejo pro meu pior inimigo. Você começar um tratamento e querer quebrar?! Você não quer mais a sua saúde de volta!

Os profissionais da unidade ‘E’ reconhecem o desafio relacionado à terapia medicamentosa. A profissional ‘T’ fala: “São seis meses, né?! É muita coisa!” e a profissional ‘S’ ironiza em relação aos comprimidos que são bem grandes: “Aqueles quatro “comprimidinhos””. Falo como costume dialogar com os usuários relacionando seu desafio à minha própria dificuldade com a qual concordam as demais profissionais: “Eu sempre converso com eles assim: ‘Eu sei que é difícil, porque eu quando começo a tomar um remédio, que começo a melhorar, eu já esqueço de tomar. Imagina seis meses”.

Em 2020 no Brasil na população geral o percentual de cura é de 68,4% e o de abandono de 12,9%, “2,6 vezes maior do que o percentual de 5% de abandono estabelecido pela OMS como o máximo tolerável” (39). O estado do Ceará está entre os que apresentou taxa de abandono maior que a do país. E Fortaleza aparece dentre as capitais do Brasil com maiores percentuais de abandono (22,5%) entre os casos de TB pulmonar confirmados laboratorialmente (39). Dentre as populações vulneráveis, em 2020 o percentual de abandono para a população em situação de rua (35,0%) supera o de cura (33,0%) (39).

Essa realidade está relacionada a outro desafio para a saúde pública no enfrentamento à tuberculose: o aumento da incidência de casos de tuberculose droga-resistente, como ressalta o Plano Estadual de Vigilância e Controle da Tuberculose, lançado no Ceará em 2021:

O percentual de abandono está entre as grandes preocupações a respeito da TB, visto que o aumento do coeficiente de mortalidade, a persistência da fonte de infecção e de recidivas, facilitam o desenvolvimento de cepas de bacilos resistentes, dificultando no processo de cura, aumento no custo e no tempo de tratamento. A taxa de abandono do tratamento manteve-se alta no período de 2016 a 2020. No ano de 2019, houve a maior taxa de abandono com percentual de 13,5% [...] (37)

É possível relacionar a piora dos dados referentes à tuberculose com o momento político econômico vivenciado pelo país em que o empobrecimento da população gerou dentre outros desafios, o aumento da fome no país.

No HSJ os abandonos de tratamento se refletem em usuários com elevado número de reinternações. Há uma senhora com mais de trinta internações nos últimos anos e histórico de altas à pedido. Usuários com esse perfil ao longo do tempo, vem retornando com condições clínicas cada vez mais delicadas e com deterioração de seu estado geral. A profissional ‘T’ relata: “Às vezes eles trazem a medicação todinha que levaram, não tomaram nenhuma. Aí voltam com mais medicação e por mais tempo. Eu acho que é uma fragilidade também.”

Dentre os desafios vivenciados pelas pessoas com tuberculose estão também o preconceito e estigma. O usuário ‘P’ relata episódio de preconceito enfrentado em comunidade terapêutica: “Diziam: ‘Vixe, esse aí é do hospital.’ Já tem muitos internos mais antigos que dizem: ‘Ei, não fica perto dele não que ele ali transmite doença, já vem do hospital.’. Então ali a pessoa já fica constrangida com as palavras.”



Esse preconceito é enfrentado até mesmo dentro dos serviços de saúde, como citam as profissionais: “E a gente sabe que também tem muita resistência dos profissionais<sup>3</sup>. A doutora disse que tem muita resistência.” (Profissional ‘C’). A profissional ‘S’ ressalta:

Gente, ó, Messejana [referindo-se ao Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes], que a maioria dos nossos pacientes saem daqui pra fazer exames em Messejana, tem muita resistência de lá com os pacientes, viu?! De atendimento aos pacientes. Eu já levei paciente lá que o paciente ficou do lado de fora, não entrou nem no consultório, viu?! Acontece isso. [...] Lá em Messejana não era pra existir porque lá é do pulmão e coração e lá eles atendem muitos pacientes lá com TB, mas eles têm lá essa resistência.

Dentro do HSJ esse estigma também está presente, como cita a profissional ‘C’:

A priori eu não gostava da população tuberculosa, não gostava. Mas, assim, eu vim mesmo me apaixonar pela unidade, de conhecer os pacientes, de me envolver, foi a partir do momento que resolveram me deixar só na unidade E.[...] Só que agora, eu estou só na unidade E, e foi aí que começou. [...]. E assim, eu estou apaixonada por essa população, porque me comove muito, né?! Porque assim, eu tinha muito ..., eu escutava muito as pessoas falarem assim: ‘Ah, esses pacientes são muito bonequeiros’, ‘Ave Maria! Esses pacientes comem muito, não tem comida que dê conta!’. E aí as pessoas não entendem a farmacologia, porque que causa fome... entendeu?! Então porque que eles estão ali... que existe todo um risco [...]

No Ceará se identifica uma escassez de leitos de internação para tuberculose com quantidade reduzida de leitos de isolamento respiratório em outros hospitais da rede SESA e nos hospitais municipais. No hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, referência estadual em pneumologia, poucos leitos são destinados à internação de pessoas com tuberculose e com a pandemia de Covid-19 houve o fechamento de leitos em importante hospital na região metropolitana de Fortaleza.

Podemos considerar isso como uma expressão da tuberculose como doença negligenciada? A OMS e pesquisadores como Ethel Maciel apontam para o baixo investimento no que diz respeito à pesquisas em TB (36). Apesar dos dados epidemiológicos apontarem para alta incidência de tuberculose no Ceará, o estado não tem um documento que explicita uma linha de cuidado para as pessoas com tuberculose.

Considerando as recomendações de pesquisadores e da OMS para o cuidado centrado na pessoa com tuberculose no sentido de eliminar esse grave problema de saúde pública, pensamos com o grupo sujeito da pesquisa estratégias nessa direção considerando o cenário do Hospital São José de Doenças Infecciosas.

---

<sup>3</sup> Referindo-se ao profissionais da Casa de Cuidados do Ceará, serviço de retaguarda às unidades hospitalares, voltada à reabilitação dos usuários antes do retorno ao domicílio.

Até aqui pudemos identificar que, apesar de se ter conhecimento do agente causador da TB há mais de um século e tratamento medicamentoso eficaz, ela continua matando muito, o que se relaciona principalmente a fatores sociais. Assim, o cuidado também precisa privilegiar esse aspecto. A OMS já vem apontando nessa direção e documentos orientadores nacional e estadual enfatizam a necessidade de se dar centralidade ao usuário com suas singularidades, no tratamento da TB. Também apontam para a importância de mobilização para o provimento de políticas públicas com a oferta de suporte social para o cuidado visando melhores desfechos e a redução do impacto na vida dos sujeitos, famílias e na sociedade como um todo.

### 3.3 ‘A UNIDADE ‘E’ É DIFERENTE’: A EQUIPE E SUAS ESTRATÉGIAS NA DIREÇÃO DO CUIDADO USUÁRIO CENTRADO

Para iniciar vamos pensar sobre o trabalho em saúde. Merhy e Franco nos falam sobre a composição do trabalho que pode agregar tanto o trabalho vivo em ato (que se executa naquele exato momento da produção) e trabalho morto (aquele trabalho acumulado, realizado por outros sujeitos anteriormente, como o materializado em ferramentas, por exemplo). A partir desse ponto, os autores indicam que “A produção da saúde realiza-se, sobretudo, por meio do ‘trabalho vivo em ato’”(40).

Esses autores indicam que na ‘caixa de ferramentas’ dos trabalhadores da saúde estão incluídas as “ferramentas-máquinas (como o estetoscópio, a seringa), seus conhecimentos e saberes tecnológicos (o seu saber-fazer clínico) e suas relações com todos os outros (como os atos de fala) que participam da produção e consumo do seu trabalho” (40).

Considerando o contexto brasileiro com a saúde como um direito, o cuidado se apresenta como “alma da produção da saúde” (40). Esse cuidado em saúde é trabalho “desempenhado, na sua maioria, pelas mulheres das classes populares, é desvalorizado e sofre baixa remuneração” (41). Com as reformas neoliberais as políticas públicas sofrem cada vez maior encolhimento e as condições de trabalho se fazem a cada dia mais precarizadas e “a área da saúde não está fora dessas influências e dos novos modos de gestão” (41).

Uma das participantes do grupo sujeito nos fala: “Porque [...] de todos os profissionais, o técnico de enfermagem é o que tá mais presente com eles. O médico vai uma vez no dia, o fisioterapeuta vai ali faz o seu trabalho, vai embora. E quem é que vai lá de hora em hora? É a técnica” (Profissional ‘S’). E da equipe assistencial essa é a profissional com menor remuneração.

O grupo sujeito de profissionais desta pesquisa foi composto por cinco mulheres, destas a maioria identificou-se como parda, três são servidoras públicas e duas cooperadas e houve grande variação de renda entre as profissionais, indo da faixa de até dois salários-mínimos chegando à faixa de mais de dez salários-mínimos. A variação pode ser relacionada ao tipo de vínculo, categoria profissional e tempo de serviço.

As cooperativas de trabalhadores da saúde são expressão desse cenário de precarização, já que os profissionais a elas vinculados não tem nenhum tipo de garantia de permanência no serviço, podendo ser desligadas a qualquer momento sem nenhum tipo de recurso relativo a esse afastamento, já que se forjaram falsas cooperativas, onde supostamente o lucro seria igualmente distribuído entre seus integrantes. O que se verifica é a necessidade de extensa carga-horária de trabalho em virtude dos baixos valores pagos por sua hora de trabalho e até mesmo a impossibilidade de adoecer sem comprometer seu orçamento, já que um afastamento remunerado só é assegurado a partir do décimo sexto dia, mediante solicitação junto à previdência social para a qual o trabalhador contribui com um percentual de 20% de seu faturamento mensal que varia conforme o quantitativo de plantões. Os multiempregos são outra expressão. Todos esses aspectos repercutem no cuidado prestado ao usuário.

O aprofundamento dessa precarização reflete não só o aspecto macrossocietário, mas também a conjuntura nacional, na qual encerrou-se recentemente um governo que se colocou abertamente contrário aos direitos trabalhistas e se posicionou contra toda ordem de direitos sociais, ciência e direitos humanos.

As trabalhadoras inseridas nesse contexto de precarização desenvolvem o trabalho de cuidado em saúde, identificado como trabalho corporal por envolver o uso do corpo para, por exemplo, virar um paciente e mudá-lo de leito, também envolve as subjetividades, pois: “É através dele que cuidadoras experimentam sentimentos próprios diante da morte e do adoecimento alheio, realizam procedimentos para antever as necessidades das pessoas, ou seja, elaboram estratégias para atender as demandas do cuidado” (41). Assim vale ressaltar a complexidade do trabalho de cuidado e a responsabilidade que é demandada de quem cuida (41).

A profissional ‘S’ aponta para o lugar do cuidado em sua vida, ressalta o preconceito sofrido pelas pessoas com tuberculose e fala dos vínculos que constrói com os usuários:

Depois de várias mudanças na minha vida caí na enfermagem, que essa parte do cuidado sempre foi uma coisa que sempre mexeu comigo, certo?! Sempre gostei. Por mais que eu tivesse outras funções, mas sempre eu era chamada nessa parte de cuidar.

Até que um dia: Sabe de uma coisa?! Eu vou fazer. Foi do nada, um estalo que me deu. Fui fazer o curso e no curso mesmo eu me apaixonava, né?! Só pela teoria, não tinha nem prática, mas a teoria, aquilo ia mexendo comigo, conhecendo a história da enfermagem... Aí pronto, chegou a hora do pega pra capar, né?! Dos estágios... aí nos estágios a gente já passa por várias áreas, né?! Até que ... cheguei no Hospital São José, né?! Que foi a minha primeira oportunidade profissional. Foi aqui, né?! E aqui me deparei com esse universo, que inclusive eu tive meus primeiros contatos com pacientes com HIV que eu não tinha... eu só conhecia na teoria... Foram os primeiros, nem TB não foi. Eu comecei com os pacientes de HIV... e já comecei a gostar muito assim de aprofundar ali naquele assunto... de entender... a parte da empatia, né!?, de você tá pensando naquela pessoa... Risos. Aí pronto, né?! Caí na unidade 'E' que é as duas coisas ! (Risos) [HIV e TB]. Aí pronto, peguei meus TBzim, que eu fico indignada quando o povo fica com preconceito com meus TBzim (Risos). O bichim lá... Que a gente acaba se apegando, né?! Depois vai embora... Ô meu Deus do céu!

As profissionais do grupo sujeito nos falam de sua relação com os sujeitos usuários nesse movimento de cuidado, dos desafios e medos e das estratégias que vem desenvolvendo.

Uma das trabalhadoras refere que:

A priori eu não gostava da população tuberculosa, não gostava. Mas, assim, eu vim mesmo me apaixonar pela unidade, de conhecer os pacientes, de me envolver, foi a partir do momento que resolveram me deixar só na unidade E. Eu não dava conta em duas unidades, então assim, eu tinha que saber em quem eu me dedicava mais, então eu preferi me dedicar mais à unidade F que era uma UTI Covid, então ali tava precisando de mim. Só que agora, eu estou só na unidade E, e foi aí que começou (Profissional 'C').

Dessa sua fala podemos identificar que os profissionais também são colonizados por preconceitos que podem dificultar ou impedir a oferta de cuidado adequado. É possível inferir também como a sobrecarga de trabalho interfere para a qualidade do serviço. Acerca do preconceito a mesma profissional refere:

[...] eu estou apaixonada por essa população, porque me comove muito, né?! Porque assim, eu tinha muito ..., eu escutava muito as pessoas falarem assim: 'Ah, esses pacientes são muito bonequeiros', 'Ave Maria! Esses pacientes comem muito, não tem comida que dê conta!'. E aí as pessoas não entendem a farmacologia, porque que causa fome... entendeu?! Então porque que eles estão ali... que existe todo um risco... Então assim, eu aprendi a ter mais empatia com os pacientes com tuberculose (Profissional 'C').

Nesse ponto a profissional deixa claro que dentro do hospital, já socialmente estigmatizado, os usuários com tuberculose têm uma camada a mais de estigma relacionado ao perfil social e à doença. A partir da referência que a profissional faz à falta de conhecimento acerca da questão farmacológica no tratamento da TB e sua relação com a demanda alimentar, além do fato de ter aprendido a ter mais empatia, podemos destacar também a questão do conhecimento que poderia contribuir para a melhor compreensão das necessidades dos usuários. Então evocamos a importância da educação permanente em saúde.

A profissional coordenadora de enfermagem da unidade 'E' exemplifica uma das atividades que realiza nesse sentido:

Eu como coordenadora, quando vai uma pessoa lá pra começar a trabalhar, a primeira coisa que eu falo: explico qual é o perfil do paciente da unidade E: 'Olha, o perfil do paciente da unidade E é diferente de qualquer outro das outras unidades'. Não é qualquer pessoa que 'se acha' que vai saber lidar com essa população. Então a gente deixa bem claro já, explica...

Apesar de incipiente, essa abordagem já aponta para a necessidade de as profissionais considerarem que sua prática profissional deverá se realizar conforme o perfil dos sujeitos usuários.

O cuidado não é natural, é socialmente aprendido e, portanto, precisa ser foco de estratégias de educação na saúde, assim é preciso refletir sobre a formação dos profissionais da área da saúde e sobre a prática da educação permanente.

Desde sua constituição o SUS é legalmente responsável pelo ordenamento da formação na saúde e desde então se aponta para a necessidade de formação dos trabalhadores da saúde, mas somente em 2004 é instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), e suas diretrizes de implementação publicadas em 2007 por meio da Portaria MS/GM nº 1.996, de 20 de agosto.

Existem duas vertentes na educação na saúde: a educação continuada e a educação permanente em saúde (EPS) e se faz necessária uma diferenciação entre ambas. Enquanto a primeira tem um sentido de capacitação com o uso predominante de práticas tradicionais de ensino e tem tempo determinado a EPS caracteriza-se como

vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (42)

Ricardo Burg Ceccim e Laura C. M. Feuerwerker propõem o quadrilátero da formação para a área da saúde, como uma estratégia que inclui ensino, gestão, atenção e controle social. Nessa direção a PNEPS indica mecanismos para sua operacionalização. Mas atualmente o que verifica é que apesar de tudo que foi estruturado nos primeiros doze anos dos anos 2000, houve um desmonte e tudo parece estar estagnado nesse sentido.

Essa realidade se expressa no contexto do HSJ, que dispõe de um Núcleo de educação permanente, mas atualmente não é possível identificar qualquer ação deste núcleo na unidade 'E'. O que se verifica é somente o desenvolvimento de ações esporádicas e descoordenadas

entre si pelas coordenações de cada categoria profissional e unidades de produção (laboratório, farmácia, etc) e ações mais numa perspectiva da educação continuada do que da EPS.

No discurso das profissionais acerca de suas práticas de cuidado na unidade ‘E’ do HSJ os medos também se fazem presentes. A profissional ‘T’ indica:

[...] o quê que é passado hoje: é usuário, é morador de rua, faz parte de uma facção, que a gente já fica em alerta! Né?! Então porque que a gente vai se interessar pelo que ele faz?! A gente não sabe. Eu não me interessou! A não ser que ele mesmo queira colocar, queira conversar... Ficou lá, morreu lá!

A violência cada vez mais alarmante especialmente com as facções no estado do Ceará também tem impactado no cuidado realizado no HSJ, gerando medo nas profissionais e dificultando o estabelecimento de vínculos.

Outro aspecto que impacta sobre as profissionais e conseqüentemente sobre o cuidado realizado é a sobrecarga de trabalho, como se pode identificar na fala a seguir:

Mas, assim, eu vim mesmo me apaixonar pela unidade, de conhecer os pacientes, de me envolver, foi a partir do momento que resolveram me deixar só na unidade E. Eu não dava conta em duas unidades, então assim, eu tinha que saber em quem eu me dedicava mais, então eu preferi me dedicar mais à unidade F que era uma UTI Covid, então ali tava precisando de mim. Só que agora, eu estou só na unidade E, e foi aí que começou (Profissional ‘C’).

As profissionais levantam também a historicidade do cuidado na instituição, já que o contexto social gera mudanças. A profissional ‘T’ expressa: “eu entrei aqui no HSJ em 97 [1997]. Não sei se o perfil dos usuários que mudou ou se os cuidados que eram diferentes”.

Podemos dizer que o perfil dos usuários mudou: em Fortaleza a população em situação de rua aumentou quase 54 % em 2021 em relação a 2014. Se essa população está maior conseqüentemente aparecerá com maior frequência entre os usuários atendidos no hospital. O cenário de violência (com as facções criminosas demarcando territórios na cidade de Fortaleza) e o empobrecimento da população nos últimos anos.

Diante dos desafios a equipe expressa afeto pela unidade (equipe e usuários) e tem buscado desenvolver estratégias para aperfeiçoamento do cuidado:

Profissional ‘S’: A gente acaba se apegando, né?! Depois vai embora... Ô meu Deus do céu! [...] É interessante demais, eu gosto! É assim, eu posso, né, claro, de lá ir pra outra unidade, né, até porque eu já vim de outra unidade, mas não me apaixonei como eu me apaixonei pela E. Não senti no meu coração a outra unidade como eu senti a E desde que eu cheguei. Eu amo a unidade E.  
Profissional ‘C’: Não, e a equipe também, não são só os pacientes.

E assim vão construindo possibilidades:

Nós temos um caso: o [nome de um usuário]. A gente tem que entender o contexto. Chegou uma técnica e chegou pra mim assim: ‘Ele não quer tomar

não, recusou!'. Pronto. Não é assim. Vamos entender o porquê que ele recusou: ele tinha uma odinofagia porque ele tinha uma TB ganglionar, então era rouquidão, ele tinha muita dificuldade de deglutir, então pra gente dar o remédio dele tinha que ser diluído. Aí imagina aquele remédio diluído! Era muito ruim. Então era um sacrifício pra ele conseguir tomar. Aí eu digo: 'Gente, vamos ver estratégia.' Não é querer passar a mão na cabeça do paciente, é a gente entender o lado dele. Aí eu disse: 'Pois vamos fazer assim: vamos dar o doce, após a medicação. Porque tem gente que realmente não consegue tomar nem um comprimido, imagina uma coisa daquela diluída, que é péssimo. Aí a gente teve essa estratégia de sempre dar uma comida, ou alguma coisa após (Profissional 'C').

Nessa situação ao pensar em como cuidar especificamente daquele sujeito a equipe conseguiu desenvolver uma estratégia simples que permitiu a efetivação do cuidado com o uso da medicação necessária.

A profissional ressalta:

Então eu acho isso muito importante. É importante porque assim, é muito fácil eu dizer: 'Ah, [nome da assistente social da unidade], se você fizer isso, vão querer fazer tudo na hora deles, tudo...' Entendeu?! Mas não custa nada você ver estratégias pra melhoria (Profissional 'C').

Outra estratégia desenvolvida pela equipe considerando as especificidades dos usuários da unidade e dinâmica da equipe foi a adaptação do horário da oferta da medicação contra tuberculose:

[...] nós temos, o protocolo, o único que é da unidade E, é um protocolo que estamos analisando pra depois ir pra outras unidades, é que a gente mudou o horário do RIPE. O quê que acontecia: é dito pelo Ministério da saúde que o ideal é em jejum, porém não estava tendo o tratamento diretamente observado porque era troca de plantão, tinha que ver sinais vitais, então não tinha como. [...] Aí os pacientes não negativavam o Baar. Só bacilífero, bacilífero, aí foi feita uma estratégia, que ainda está em análise, só na unidade 'E' que está sendo feito. A gente colocou pras 14h. Por quê? Porque é duas horas após o almoço e a tarde ele já vai estar merendando e jantando. Então assim, depois disso eu faço o acompanhamento semanal dos escarros, porque a nossa luta é negativar o Baar pra transferir pra casa de abrigo (Profissional 'C').

Essa experiência nos permite observar como, apesar da dinâmica hospitalar com fluxos e protocolos pré-definidos, organizar novos arranjos conforme a realidade local, necessidades dos usuários e demandas da instituição. E esses movimentos partiram da equipe assistencial e gestão setorial, não de direção técnica ou setor da qualidade o que aponta para a importância da gestão participativa para a condução dos processos de trabalho no ambiente hospitalar. Permite também ressaltar a autonomia da qual as profissionais desfrutam apesar da institucionalidade com suas normas e diretrizes.

Nessa fala é possível também visualizar que a preocupação com a dinâmica social tem perpassado o olhar de toda a equipe, não se restringindo à profissional assistente social e tem

influenciado na dinâmica hospitalar, já que a equipe tem dialogado e muitas vezes a duração da internação do usuário na instituição precisa se estender em virtude da sua dimensão social que inviabiliza uma alta minimamente segura com menor tempo de permanência.

As profissionais indicam uma boa adaptação de diversas equipes do hospital às novas dinâmicas de cuidado, reforçando a ideia de que é possível realizar mudanças na direção de um cuidado usuário centrado:

Profissional ‘S’: E isso é repassado pra toda a equipe, por exemplo, se eu recebo um paciente que vem de outra unidade, eu vejo muito isso. Tipo, o paciente vem de outra unidade e o Ripe dele está prescrito pra seis da manhã. Na mesma hora a equipe já diz assim: ‘Olha, às seis da manhã, ele não pode, né? Só pode tomar às catorze horas, dá pra você reaprazar aí?’ Né?!

Profissional ‘C’: É. Já tem a rotina.

Profissional ‘S’: Até a farmácia já se adaptou à rotina. Porque antes eles questionavam isso, tipo: ‘Não, o médico prescreveu seis horas, vou mandar seis horas’. Eles não estão mais fazendo isso, eles já sabem: ‘Não, é às catorze.’ Aí quando vem perguntar: ‘por que isso?’ Por isso, isso e aquilo. A gente explica e pronto, eles já estão cientes. Então quer dizer, né, é uma comunicação.

Profissional ‘A’: Nada é tão duro que não possa ser mudado (risos)

Profissional ‘S’: Acho que isso aí já faz parte da comunicação, né?! Então quer dizer que todo mundo já está rezando a mesma cartilha, né?! Pelo bem do paciente, que eu acho que tudo que a gente faz é para o bem do paciente, é visando isso.

Um elemento relevante citado pela Profissional ‘S’ é a comunicação, que ela ressalta como algo central nesse movimento em benefício dos usuários.

Apesar de reconhecermos a potência dessas profissionais e os avanços no trabalho que vêm desenvolvendo na unidade ‘E’, gera preocupação a pouca institucionalidade já que essas condutas não estão formalmente asseguradas, mas têm sido adotadas em virtude da sensibilidade e comprometimento dessas profissionais. E em caso de mudanças na equipe essa direção será mantida? Como seguir nesse movimento? Esse é um dos desafios que se apresenta ao cuidado usuário centrado no ambiente hospitalar.

Uma das profissionais do grupo sujeito manifesta preocupação nesse sentido:

[...] todo mundo tinha que entender, acho que todos nós, eu fico até dizendo: ‘Tenho que estudar mais’. Porque todo mundo está lidando com essas questões e o paciente vai chegar com uma dúvida e eu sou profissional que trabalho aqui, eu tenho que ter minimamente uma noção. Não é que eu vou saber diagnosticar e prescrever igual ao médico ou vou saber igual a fisio, não. Mas eu acho que a questão que é comum a todos, eu acho que a gente tem que ter uma noção e eu acho que a educação permanente iria ser esse caminho da gente falar essa linguagem, de não ficar dependendo da boa vontade da [nome de uma técnica de enfermagem] também, por exemplo: A [nome de uma técnica de enfermagem] faz assim porque ela é legal, mas a outra já não faz (Profissional ‘A’).



Considerando o predomínio do trabalho vivo em ato no trabalho em saúde e a centralidade do cuidado, temos que esse cuidado que é o objetivo central do trabalho em saúde, é realizado predominantemente por mulheres em situação de precarização. O processo de precarização foi intensificado nos últimos anos com as reformas neoliberais e ainda mais no contexto brasileiro com um governo recente abertamente contrário aos direitos trabalhistas.

Essas mulheres que colocam em atividade seus corpos e sua subjetividade desenvolvem um trabalho com amorosidade e ainda assim são mal remuneradas e submetidas a sobrecarga de trabalho nas instituições além de terem que assumir múltiplos vínculos. Apesar da dinâmica hospitalar, essas trabalhadoras, com sua autonomia, vêm desenvolvendo estratégias de cuidado que caminham na direção da centralidade dos sujeitos usuários, embora haja preocupação em relação à incorporação dessas iniciativas pela instituição, já que permanecem ainda muito vinculadas a iniciativas pessoais.

#### **4 “PORQUE CUIDADO A GENTE TEM, NÉ?! 24/48 HORAS”**

##### **4.1 “A GENTE PRECISA DE UMA COISA, É..., NÃO FALHA. SE TÁ SENTINDO ALGUMA COISA ELES DÃO ATENÇÃO, ELES NÃO REVOGAM ATRÁS”**

Pensando os processos de trabalho em saúde, Merhy (43) aponta que “no campo da saúde o objeto não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado”. Assim o autor indica que as principais queixas dos usuários não dizem respeito à falta de conhecimentos tecnológicos em seus atendimentos, “mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema” (43).

Boff indica que o cuidado faz parte da essência humana e o aponta como um “paradigma novo de relacionamento para com a natureza, para com a Terra e para com os outros seres humanos” (44).

Os sujeitos usuários desta pesquisa em um círculo de cultura com o tema cuidado apontam para este por mais das palavras geradoras atenção (dois deles) e observação (o terceiro). O usuário ‘D’ relata:

Quando eu falo em atenção é todo o tratamento aqui no hospital, é que os funcionários daqui trata a gente bem, né?! **A gente precisa de uma coisa, é..., não falha. Se tá**

**sentindo alguma coisa eles dão atenção, ele não revogam atrás.** Todos que estão aqui neste hospital, todos que estão aqui neste hospital são bem tratado, e tem hospital por aí que não tem a humildade que esse hospital tem. . Eu, da minha parte, eu sinto que são humilde os doutores, as assistentes sociais, todo mundo aqui do hospital, os profissionais, são humilde, dá atenção à gente, como bem tratado. Eu, na minha parte, escolhi essa palavra atenção porque existe atenção aqui. Até mesmo a gente olhando aqui pelo corredor, chama atenção, eles perguntam pra onde é que a gente vai, se tá sentindo alguma coisa, né?! Aí eles diz: Não, vão se deitar, não é bom andar aqui não. **Os profissionais da fisioterapia também, leva a gente lá pra baixo, pega na mão da gente, como se fosse um... um familiar deles, né?! Um membro deles.** Não tem exceção, todos, né?! Humildade. Só isso mesmo (grifos nossos).

Chama-me atenção que esse usuário, além do fato de ter suas necessidades atendidas ao solicitar, ressalta como importante no cuidado o que denomina de humildade, algo como uma relação de comunicação próxima. Ele cita o toque como algo que contribui para que se sinta numa relação de igualdade (“como se fosse um familiar deles”) com os profissionais cuidadores.

A profissional ‘A’ nos fala de uma estratégia que adota no sentido de se comunicar de forma mais próxima com os usuários:

Às vezes a gente mesmo entra num consultório médico e vão só prescrevendo, não conversam, não é uma conversa. Eu gosto muito, não é querendo dizer que eu seja perfeita, mas eu gosto muito de sentar e conversar com os pacientes: ‘Vamos fofocar!’ Porque aí quando a gente fofoca é uma conversa mais natural, não fica aquela coisa de só fazer pergunta como se fosse um questionário. A gente consegue conhecer um pouquinho melhor o paciente.

O usuário ‘A’ também traz a palavra Atenção como palavra geradora ao se referir ao cuidado e aponta para o sentido que lhe atribui:

Aqui no hospital a doutora, as enfermeiras, todo mundo, né? Do zelador até o... a assistente social, o médico, tudim trata a gente bem e como recebido muito bem e eles se preocupam muito com a gente, com a nossa saúde...E procura ter muita atenção, o que é que a gente tá passando, procura ver o que a gente tá precisando, como é que a gente tá naquele momento, se a gente tá se sentindo bem, o que é que a gente não tá sentindo. E assim, eu vejo que, muito amor ao trabalho, que não é fácil cuidar de vida não, não é qualquer um que quer tá trabalhando assim não! Eu vejo que é muito cansativo, e... é amor, né?! **Tem muito amor, ama fazer aquilo ali e também ama ajudar a nossa vida,** porque amar o próximo é a melhor coisa que tem na vida do ser humano, é amar o próximo como a si mesmo. Então eu vejo que aqui tem muita atenção pelas vidas que chegam, eles fazem de tudo pra dar aquela assistência técnica, pra poder a gente se sair dessa, melhorar (grifos nossos).

Esse sujeito ressalta a preocupação, responsabilização, comprometimento da equipe com o bem-estar dos sujeitos internados e relaciona isso ao que denomina de “amor ao

trabalho”. As profissionais do grupo sujeito também levantam esse aspecto. A profissional ‘C’ nos fala:

Primeiro eu escolhi essa palavra, que foi a primeira que veio na minha mente: Dedicção. Por quê?! Porque a partir do momento que eu entro no hospital eu tenho que me dedicar toda para o cuidado com aquele paciente. Então não é fácil, principalmente lidar com os pacientes da unidade E que são pacientes que têm uma situação vulnerável, então eles já tão aqui com abstinência... então são pacientes que muitas vezes tratam com más palavras... Então eu tenho que estar ali dedicada mesmo na minha profissão, naquele amor, pra cuidar do outro

Podemos relacionar esse aspecto trazido pelos profissionais como atenção, amor e dedicação ao conceito freiriano de amorosidade. Esse conceito está entre os princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde, do ano de 2013, que o apresenta como:

a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas(45).

A amorosidade freiriana “se materializa no afeto como o compromisso com o outro”(46) e traz a “humildade não como submissão, mas como possibilidade de que a verdade também possa estar com o outro, em um emaranhado que envolve respeito como uma categoria de acolhimento das diferenças”(46). Ancoradas em Freire, apontamos para a abertura ao querer bem ao usuário-paciente como modo de autenticamente selar o nosso compromisso com o ser humano (47).

As autoras Moema da S. Borge, Lilian S. Queiroz e Hellén Cristina P. da Silva apresentam dentre os achados de sua pesquisa que na representação social dos usuários acerca do cuidado há uma demanda para a centralidade do amor, que no âmbito do cuidado se apresenta como “um ato responsável e implica no estabelecimento de uma importante e recíproca relação entre o Eu e o Outro” (48) se aproximando da ideia de amorosidade trazida por Paulo Freire.

O terceiro usuário do grupo sujeito coloca Observação como palavra geradora acerca do cuidado e explicita seu sentido da seguinte forma:

Sempre a equipe tá observando a gente: como é que nós tamo, a nossa temperatura, a nossa pressão, então... é qualquer uma, é da assistência e pode até ser da direção também, nós somos observados por todos, né?! Geral, não só a técnica de enfermagem, não só o doutor, mas sim todos. Somos observados da direção ao médico, né?! É por isso que eu botei observação, que é uma palavra que a gente, por exemplo, a assistente social, ela observa a gente, ela fica ali conversando, mas ela observa o que a pessoa tá ali sentindo, se tá sentindo dor, se ela pode até ajudar a chamar uma técnica, de enfermagem, né? Então eu botei observação por causa disso (Usuário ‘P’).

Podemos dizer que o usuário ‘P’ identifica com esse termo que os profissionais têm um olhar ampliado, voltado a um cuidado integral e não só ao foco de intervenção de sua categoria profissional.

Também na direção da integralidade a profissional ‘C’ relaciona ao cuidado, o Afeto no sentido que aponta a seguir:

Minha outra palavra que veio foi o afeto que aí já dá continuidade no que eu falei. Tratar aquele outro não só assistencial, mas assim, com afeto, tem outras palavras, carinho, amor, que eu acho que é o que os nossos clientes mais precisam, não só da assistência, mas do afeto.

A fala dessa profissional nos permite refletir sobre a relação entre tratar e cuidar, sendo necessária uma distinção entre os termos, já que: “[n]as instituições de saúde, sobretudo no hospital, a indistinção entre os conceitos de cuidar e tratar favoreceu que o significado do último invadissem, insidiosamente, o primeiro, revestindo-se dele” (48).

Assim podemos diferenciá-los, já que a “ação de cuidar objetiva desencadear tudo que mobiliza a energia de vida, enquanto o tratamento busca apenas circunscrever a doença, detê-la, atenuar os seus efeitos, limitando seus prejuízos”(48). Ayres refere que “no plano operativo das práticas de saúde é possível designar por Cuidado uma atitude terapêutica que busque ativamente seu sentido existencial” (49).

Nesse sentido as profissionais apontam para uma abordagem ampliada do cuidado, que contemple diversos aspectos dos sujeitos usuários:

Profissional ‘C’: Você acaba sendo da enfermagem social também. Você tem um cuidado social.

Profissional ‘T’: É abrigo, é clínica, é tudo.

Profissional ‘S’: O psicológico.

Profissional ‘T’: Tem que ter direito, tem que ter Serviço Social, Psicologia, tem que ter Nutrição, tem que ter tudo.

Profissional ‘C’: Enfermagem.

Profissional ‘T’: Enfermagem... médico...

E consideram essa demanda como específica da unidade ‘E’ em virtude da situação de vulnerabilização de seu público.

No círculo de cultura a profissional ‘A’ trouxe o “[...] Acolhimento. Porque você se sente cuidado quando você se sente seguro, né?! Você se sente... ali, que você pode ficar

tranquilo, que aquelas pessoas tão ali pra te dar suporte. Acho que é isso, se sentir realmente seguro, acolhido”. Ayres indica que:

É no contínuo da interação entre usuários e serviços de saúde, em todas as oportunidades em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro, que se dá o acolhimento, o qual deve ter entre suas qualidades essa capacidade de escuta (49).

Tamanha é a relevância desse acolhimento que é este uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), transversal a todo o serviço como apontou Ayres. Ressaltamos que “[focalizar a humanização no paciente compreende, antes de tudo, uma relação efetiva de cuidado, que pode ser traduzida na acolhida, na ternura, na sensibilidade, no respeito e na compreensão do ser doente e não da doença”(24).

A profissional ‘T’ trouxe as palavras geradoras Tempo e Experiência:

O Tempo: Eu tenho... pelo meu tempo de... de cuidado aqui dos pacientes, assim... Você quando vêm, você não tem que se preocupar assim com o tempo, né, que você vai gastar ali com cada paciente que a gente tem cuidado. Tempo de medicação, tempo que o outro vai te tomar... Então aquele tempo que você tá com aquele paciente, você tem que ter a dedicação daquele paciente, aquele tempo. E a Experiência: Ter ou não... Às vezes a experiência cabe muito, porque você sabendo o que o paciente precisa, sabendo o que você sabe em relação a ele, isso aqui também conta muito, Experiência.

Com essa consideração acerca do tempo, a profissional nos remete às ideias de encontro e presença nessa dinâmica de cuidado e ao desafio enfrentado para conseguir isso na lógica produtiva na qual estão imersos os serviços de saúde, considerando que “no cotidiano do trabalho, a frieza dos protocolos e a pressão temporal do atendimento podem levar os profissionais a despersonalizar o cuidado das pessoas ” (48), colocando o foco na doença e não no sujeito que está recebendo o cuidado (48).

Sua fala nos remete também à ideia de *saber de experiência feito*(47) e também à ideia de vínculo. Esse saber que se constrói no cotidiano permite às profissionais o aperfeiçoamento do cuidado para além do que está posto nos manuais, com o desenvolvimento de novas competências. Na literatura se discute a invisibilidade dos “saberes e fazeres de cuidar” (41) que segundo Bitencourt e Andrade, Molinier trata como saber-fazer discreto, aquele cuidado atento, que evita complicações e promove bem estar e normalmente não é reconhecido, além “das preocupações com o conforto físico e emocional da pessoa cuidada” (41). Também partindo de Molinier as autoras ressaltam que: “Além disso, existe um saber-fazer que é

aprendido nas formações técnicas, mas também pelas adversidades do cotidiano de trabalho, tal qual o encontro de soluções diante de um problema” (41).

A frase “sabendo o que você sabe em relação a ele” da Profissional ‘T’ pode ser relacionada ao saber construído com a experiência que se deu pelo vínculo com esse paciente, que lhe permite acumular elementos para o cuidado daquele sujeito. Aqui considero necessário atenção no que diz respeito à elaboração e reprodução de estereótipos que podem dificultar os encontros de cuidado, como a rotulação dos sujeitos como ‘paciente difícil’/ ‘paciente não cooperativo’, desconsiderando a complexidade dos sujeitos.

A profissional ‘S’ em seu entendimento sobre cuidado aponta:

A minha primeira palavra que eu pensei foi Empatia, né, que a gente sempre tem que ter a empatia, tem que sempre se colocar no lugar do outro, né?! E sempre tem que pensar naquele paciente que além dele estar ali, já tá naquela situação, além de ser ... dele estar doente, ele ainda tá sozinho, né?! Às vezes uma pequena... uma palavra sua com ele já pode até modificar e pode até ajudar no tratamento dele, né?!

A percepção dessa profissional vai ao encontro da elaboração de que: “[focalizar a humanização no paciente também] significa tornar a permanência do paciente no hospital o menos traumática possível, já que o hospital, por si só, muitas vezes, representa dor, sofrimento e perdas” (24). E os profissionais precisam considerar esse fator para a produção de cuidado.

A mesma pessoa coloca também o termo Atenção, assim como dois dos usuários do grupo sujeito, e explicita o seguinte a partir de onde se pode inferir que no cuidado a comunicação precisa ir além do que é verbalizado:

Na palavra Atenção que eu tô usando aqui, é no sentido de você estar sempre atento, até às necessidades que muitas vezes não são nem mesmo expressadas por aquele paciente, né?! Às vezes ele mesmo não quer se expressar ou não sabe se expressar aí você tem que estar sempre atento, de um modo geral, sempre estar presente, porque às vezes um simples olhar seu ou uma simples palavra que o paciente passa pra você já dá pra você o quê? Ver se ele realmente tá bem... Muitas vezes, né, ele pode até estar bem fisicamente, mas psicologicamente ele já não estar, né?! Então é nesse sentido que eu coloquei a palavra Atenção.

E novamente aparece no discurso das profissionais a ideia de presença no cuidado. Em uma pesquisa acerca da representação social do cuidado pelos profissionais esses elementos também são expressos e “ratificam a importância de estar presente de forma autêntica, manifestada pela capacidade de ser real e mostrar-se ao outro de forma genuína, por meio de

palavras e atos” (48). As autoras apontam que assim se ressalta a “valorização da relação interpessoal e habilidades comunicativas (comunicação verbal e não-verbal)” (48).

Na vivência do trabalho de cuidar, as profissionais precisam

lidar com a morte e com os dilemas morais para a tomada ou não de decisões. Mas ao mesmo tempo, existe um convívio diante da intimidade entre quem recebe e quem a realiza, uma vez que o reconhecimento da vulnerabilidade do outro é necessário para a condução do atendimento das necessidades de quem é cuidado (41)

Nesse sentido Franco e Merhy nos falam que “o trabalho em saúde se dá sempre em um encontro, mediado por certa ética do cuidado” (50), é “produzido no encontro com sujeitos e com suas existências concretas, seus desejos, seus potenciais e suas carências” (51). Nesse encontro as subjetividades do sujeito cuidador também estão presentes.

Gomes et al indicam que dentre as contribuições de Leonardo Boff sobre o tema está o fato de que ele aponta para a necessidade de que o cuidado seja “pautado em um compromisso com as singularidades e pluralidades do ser que o recebe, levando em consideração todo o contexto histórico-social em que ele está inserido” (52).

Os sentidos de cuidado para os sujeitos usuários e profissionais do grupo sujeito se aproximam e dialogam com as ideias de encontro, amorosidade e integralidade. Com o referencial de cuidado que ultrapassa o tratar, cujo foco é na doença, se aponta para a centralidade dos sujeitos usuários com suas complexidades e singularidades, dentre elas crenças, desejos e contexto social. Assim, a complexidade dos sujeitos e de suas demandas coloca a necessidade de uma ampliação de olhares e recursos para esse cuidado, dentre eles o aperfeiçoamento da comunicação (verbal e não verbal).

#### **4.2 “DO ZELADOR ATÉ O... A ASSISTENTE SOCIAL, O MÉDICO, TUDIM TRATA A GENTE BEM E SOMOS RECEBIDO MUITO BEM E ELES SE PREOCUPAM MUITO COM A GENTE, COM A NOSSA SAÚDE...”**

Nesse sentido vamos pensar o trabalho em equipe e a interprofissionalidade. A literatura especializada indica que a organização dos serviços de saúde com a presença de equipes multiprofissionais relaciona-se a um contexto sócio-histórico no qual:

O processo de divisão de trabalho por meio do qual se dá essa distribuição de tarefas ocorre no interior de um processo social de mudanças de concepção de saúde e doença [...]que é acompanhado de alterações introduzidas nos processos de trabalho e no modelo assistencial (53)

Com o “conceito global e multicausal de saúde” (53) da OMS e o avanço da medicina preventiva se fortalece a ideia de trabalho em equipe na saúde, mas ainda permanece a “centralidade do trabalho médico, em torno do qual outros trabalhos especializados se agregam” (53).

Peduzzi et al (54) indicam que as discussões a respeito do trabalho em equipe na saúde vêm sendo realizadas desde 1950, tendo ganhado novo impulso nos anos 2000, culminando com uma publicação de referência da Organização Mundial da Saúde no ano de 2010.

No Brasil a medicina comunitária é elemento impulsionador da organização de equipes para o trabalho em saúde e desde o estabelecimento legal do Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas de recursos humanos em saúde “ênfatizam [...] a ‘equipe de saúde’ como unidade produtiva em substituição ao trabalho independente e isolado de cada profissional em separado” (53).

E a perspectiva da integralidade trazida pelo SUS

requer de forma mais objetiva e intensa a atuação profissional na modalidade de trabalho em equipe, com a inclusão de um leque variado de profissionais que podem contribuir na construção de saberes e práticas que vão além do modelo biomédico, abarcando as múltiplas dimensões da saúde (53)

Assim, o trabalho em equipe se mostra estratégico para responder à crescente complexidade tanto das necessidades de saúde quanto da organização dos serviços e sistemas de atenção à saúde (54)

E indica que mudanças no perfil demográfico, com o envelhecimento populacional e no perfil epidemiológico com crescimento das doenças e condições crônicas, demandam acompanhamento longitudinal que “resulta melhor se os serviços de saúde se organizam com base em equipes” (54).

Além disso

o trabalho em equipe tem potencial e pode, por uma lado, produzir melhores resultados na atenção à saúde de usuários, família e comunidade e, por outro, melhorar a satisfação no trabalho por parte dos profissionais/trabalhadores.(54)

Freire et al (55) ressaltam, por exemplo, a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº2.436 de 2017) que traz como fundamental o trabalho em equipe para um atendimento integral com a presença de diferentes categorias profissionais em ações compartilhadas centradas no usuário.

Merhy e Franco ressaltam que:



o ‘trabalho em saúde’ é sempre realizado por um trabalhador coletivo. Não há trabalhador de saúde que dê conta sozinho do mundo das necessidades de saúde, o objeto real do ‘trabalho em saúde’. Os trabalhadores universitários, técnicos e auxiliares são fundamentais para que o trabalho de um dê sentido ao trabalho do outro, na direção da verdadeira finalidade do ‘trabalho em saúde’: cuidar do usuário, o portador efetivo das necessidades de saúde.” (40)

Os autores destacam que

há um campo em comum entre todos os tipos de trabalhadores: todos eles, independente da sua formação ou profissão, são operadores da construção do cuidado, e portadores das valises tecnológicas; sendo que a valise das tecnologias leves, que produz relações, é igualmente de todos.” (40)

Ellery dá destaque para o trabalho em equipe como uma necessidade e aponta para seus resultados indicando que:

A literatura especializada [...] também destaca a necessidade dos trabalhadores desenvolverem a competência de trabalhar em equipe. Ressaltam que este trabalho multiprofissional deve ter como desafio a construção da interprofissionalidade, expressa na integração de saberes disciplinares e na colaboração interprofissional, trazendo resultados substanciais para a população e para os próprios profissionais (56).

Aqui se apresenta o desafio de avançar no trabalho em equipe para além da mera “coexistência de vários profissionais numa mesma situação de trabalho, compartilhando o mesmo espaço físico e a mesma clientela” (7) caminhando para uma integração na perspectiva da interprofissionalidade citada por Ellery e sobre a qual dialogaremos mais adiante.

Tanto as profissionais quanto os usuários do grupo sujeito reconhecem a presença e contribuições das diversas categorias profissionais, mas também o desafio de articulação entre esses saberes e fazeres.

Existe na literatura uma tipologia acerca do trabalho em equipe, classificando as equipes como ‘equipe agrupamento’ e ‘equipe integração’. Sendo a primeira somente a “justaposição das ações e o mero agrupamento dos profissionais” (53) e a segunda uma equipe na qual “ocorre a articulação das ações e a integração dos agentes” (53).

As profissionais do grupo sujeito da pesquisa identificam esses desafios: “às vezes, o médico não entende a parte social, aí a fisioterapia não entende que aquele pulmão dele é um pulmão muito ruim... então...” (Profissional ‘C’). E indicam caminhos possíveis para avançar:

Talvez a visita multi da unidade ajudasse muito nisso, porque, por exemplo, a gente do Serviço Social faz esse... conhecer basicamente a vida deles, quem é aquela pessoa fora do hospital, além muros. E aí acho que a visita multi também já ajudaria um bocado nisso, nesse compartilhamento com a equipe (Profissional 'A').

Outra profissional do grupo sujeito ressalta:

Cuidado como um todo, não só ser a fisioterapia só de motora, a terapia ocupacional a mente, psicólogo.. entendeu?! O cuidado como um todo, né!? A única estratégia que eu vejo é realmente a visita multiprofissional, que é onde a gente consegue unir todas as categorias e lá discutir. O que eu vejo é isso, é a visita multiprofissional, porque eu tive essa experiência na F e nós tivemos muitos resultados bons na terapêutica do paciente como um todo, de acordo com a visita (Profissional 'C').

Quando se fala no trabalho em equipe se tem como possibilidades o trabalho em equipe, a prática colaborativa, a colaboração e o trabalho em rede. Peduzzi et al (54) apresentam o trabalho interprofissional como o reconhecimento da interdependência entre as diversas áreas e a sua complementaridade.

Freire e colaboradores em uma revisão integrativa sobre a temática apontam que:

embora não exista um consenso acerca dos conceitos apresentados, o trabalho em equipe abrange o processo de trabalho como um todo, enquanto a interprofissionalidade foca nas necessidades de saúde do usuário, sendo mediada pelos afetos na dimensão da subjetividade. Já a colaboração interprofissional, por sua vez, é onde ocorre o compartilhamento de ações, compreendendo todos os aspectos ligados à organização e à gestão do trabalho de equipe.(55)

Para nos aprofundarmos na discussão acerca da interprofissionalidade precisamos deixar clara a diferença entre ela e a interdisciplinaridade. A interdisciplinaridade diz respeito ao campo cognitivo no qual diferentes disciplinas estabelecem uma relação horizontal de troca de saberes entre si, para além da justaposição(57). De modo análogo, mas indo além do campo disciplinar, a interprofissionalidade faz referência à prática profissional. Embora englobe também a esfera teórica, a interprofissionalidade a ultrapassa e pode ser expressa da seguinte forma:

Em síntese, a interprofissionalidade é um processo de trabalho, mediado pelos afetos, onde profissionais com formações acadêmicas distintas trabalham juntos, sendo afetados uns pelo outros, resultando numa ampliação dos métodos de ver e interpretar os fenômenos, a partir da integração de saberes (interdisciplinaridade); e na modificação das práticas, quer seja através da colaboração profissional, no núcleo específico de atuação de cada profissão; ou/e na construção de um campo comum de intervenção, onde as práticas são compartilhadas pelos profissionais indistintamente (57).

Mas o trabalho em equipe na perspectiva da interprofissionalidade não está ‘dado’ e não se desenvolve de forma ‘natural’, requerendo mecanismos para a sua promoção e aperfeiçoamento, considerando os desafios de ordem relacional, estrutural e outros já citados. Ellery aponta que “os processos cognitivos e pragmáticos, que têm lugar no desenvolvimento de projetos profissionais, não se processam sem a mediação dos afetos” (57). A autora coloca que

No desenvolvimento de projetos interprofissionais, o trabalhador de saúde precisa ser alguém aberto a novas teorias, a novas formas de interpretação dos complexos fenômenos que se apresentam no cotidiano. Assim, precisa vencer as barreiras das disputas de poder e prestígio, abrindo-se à troca de saberes (dimensão cognitiva) e à colaboração interprofissional (dimensão pragmática). (57)

Uma das profissionais exemplifica o desafio para uma prática interprofissional na perspectiva da integralidade do cuidado: “Realmente, esse é até um desafio. Tô me lembrando aqui do protocolo de risco de queda. Um dos nossos cuidados é elevar a cabeceira, é usar a grade, e outras categorias estão ali, elas podem... não é só a enfermagem, elas também podem estar elevando e muitas vezes não fazem isso” (Profissional ‘C’).

Os afetos, entendidos como emoções, sentimentos, e estados, influenciam fortemente a prática profissional na saúde como em “certas posturas ético-cognitivas, como o reconhecimento do outro como um ser capaz, detentor e produtor de saberes” (57)

Diante dos inúmeros desafios, Ellery aponta para a necessidade de diálogo e pactuações contínuos para a formulação e pactuação de protocolos de trabalho, especialmente quando se trata de situações complexas, reconhecendo que todos os saberes são parciais. Ressalta a necessidade de enfrentamento e pactuações relativos às questões de prestígio e poder, dentre elas a relação assimétrica entre a categoria médica e demais profissões da saúde (57)

Apesar desse desafio, são apresentadas possibilidades:

As contradições presentes nos processos de trabalho, na sua consubstancialidade às necessidades de saúde, podem se limitar a reiterar os modelos dominantes de atenção à saúde ou buscar sua superação por meio de mediações reflexivas e dialógicas dos trabalhadores das equipes entre si e destes com usuários, famílias e população. (54)

Um caminho apontado para o enfrentamento dos desafios é a abordagem centrada no paciente, pessoa usuária do serviço. “Portanto, parece-nos imperativo que a organização dos saberes e das práticas se processem, essencialmente, em função dos interesses e necessidades dos usuários e não dos interesses corporativos” (57). Nesse sentido, a interprofissionalidade

conduz a uma prática colaborativa em saúde incluindo o usuário, família e comunidade como centrais na dinâmica do cuidado em saúde.

Ceccim aponta dentre os motivos para a busca pela interprofissionalidade, sua contribuição para a segurança do paciente, integralidade da atenção, humanização das práticas e promoção de conforto e bem-estar aos trabalhadores.

A interprofissionalidade eleva a segurança da assistência, reduzindo riscos, erros e danos; contribuiu à satisfação das necessidades em saúde [...]; e melhora a satisfação e conforto dos usuários, o que repercute nos termos do acolhimento prestado, da integralidade da atenção e na adesão ao tratamento ou plano de cuidados prescrito/orientado.(58)

O autor indica também outros benefícios correlatos como melhora da comunicação, maior fixação dos trabalhadores, melhorias para o planejamento e educação permanente. E nessa direção Ceccim(58) aponta para a necessidade da educação interprofissional, tanto na formação acadêmica quanto nas práticas de educação permanente, para a constituição de comunidades aprendentes no estabelecimento de espaços de criação com a aceitação ativa da multiplicidade de saberes da equipe multiprofissional.

Barros e Ellery de modo semelhante a Ceccim referem que

A interação e o trabalho em equipe não se estabelecem de forma automática, mas requer aprendizagem cotidiana, desde a formação profissional, onde devem ser oportunizadas experiências de trabalho em equipe, ou seja, oportunizar a educação interprofissional (59)

Para isso são necessários o estabelecimento de espaços e implantação de estratégias “que facilitem o encontro das equipes e a troca de saberes e o compartilhamento de práticas” (59). A iniciativa e o apoio da gestão são essenciais nessa direção, mas também a abertura dos profissionais. Este último elemento pode ser favorecido pelas práticas de educação permanente (59).

Desse modo é preciso considerar que o trabalho em equipe na perspectiva da interprofissionalidade vai além da simples aglutinação de diferentes categorias profissionais, mas requer uma articulação entre seus saberes e práticas.

O trabalho em equipe se torna ainda mais relevante para o cuidado quando se trata de situações crônicas. É a partir do trabalho em equipe que se produz melhores resultados, na direção de contemplar as múltiplas dimensões da saúde. Em equipe se articulam os saberes de cada categoria e as tecnologias leves, as relacionais são comuns a todas elas. Apesar de avanços nesse sentido ainda prevalece a hegemonia médica.

A abordagem centrada no usuário é quem demanda a interprofissionalidade e a viabiliza. Ela melhora a comunicação, favorece a integralidade e eleva a segurança da assistência. Mas a efetivação de práticas de cuidado em equipes na perspectiva da interprofissionalidade não se faz de forma natural, requer aprendizados da formação profissional e da educação permanente em saúde, demandando para isso o desenvolvimento de mecanismos que a favoreçam.

#### 4.3 “ÀS VEZES A NOSSA OPINIÃO TAMBÉM AJUDA. A GENTE PENSA QUE NÃO AJUDA, MAS AJUDA. E DÁ CERTO, É... A NOSSA OPINIÃO, ELA TAMBÉM SERVE. E É ISSO”

Cada pessoa vivencia o adoecimento e o significa de uma forma diferente (24), desse modo cuidado também precisa ser singular, considerando o que é significativo para cada paciente (24). É necessário se “compreender o paciente enquanto ser humano, com seus valores, suas crenças, seus desejos e suas perspectivas” (24):

[focalizar a humanização no paciente] [s]ignifica, também, reduzir ao mínimo a ruptura entre a vida normal do paciente e a que lhe impõe restrições. O paciente e a sua família precisam ser acolhidos e compreendidos a partir de sua história pessoal e social, seus valores, suas crenças e seus sentimentos [...] (24)

Considerando que “na assistência à saúde, nenhum campo de competência profissional pode ser privilegiado em detrimento de outro tipo de saber, incluindo o saber do próprio usuário” (48) pensamos aqui nesse saber.

Nesse sentido Ceccim destaca:

Mesmo que não se trabalhe em equipe (nesse caso, ainda mais), para alcançar o sucesso de uma prática de cuidado ou prática terapêutica, temos de lançar mão de saberes e fazeres não disciplinarizados em nossa profissão, mas configurados em domínios de saber de outras profissões da Saúde, assim como de saberes interdisciplinares de outros campos de ciência e populares (58)

Já é de entendimento geral no campo do estudo na saúde que é necessária “uma ressingularização da clínica” (60) reorientada aos usuários onde temos exemplos como : “clínica ampliada, clínica antimanicomial, clínica no plural, clínica da sensibilidade, clínica nômade, clínica da resistência e criação, clínica do cuidado, clínica da alteridade, clínica da cidade e clínica em movimento, entre outras” (60).

Para dialogar acerca das possibilidades de inclusão dos saberes dos usuários em seu processo de cuidado vamos pensar na categoria *saber de experiência feito*. Esses são “os saberes

com que os [pacientes], sobretudo os das classes populares, chegam [...], saberes socialmente construídos na prática comunitária” (47)

Paulo Freire aponta para a necessidade de se partir dos saberes dos sujeitos educandos, dos seus saberes construídos cotidianamente, do senso comum, do *saber de experiência feito*, para a sua superação, construindo coletivamente novos saberes. Assim, Freire indica que:

Se não é possível defender uma prática educativa que se contente em girar em torno do “senso comum”, também não é possível aceitar a prática educativa que, zerando o “saber de experiência feito”, parta do conhecimento sistemático do(a) educador(a) (61).

O respeito a esses sujeitos e sua autonomia passa necessariamente pelo respeito e valorização desses saberes. Freire (47) indica que o respeito à autonomia e à dignidade desses sujeitos não é um favor, mas um imperativo ético e que

Não é possível respeito aos [pacientes], à sua dignidade, a seu ser formando-se, à sua identidade fazendo-se, se não se levam em consideração as condições em que eles vêm existindo, se não se reconhece a importância dos “conhecimentos de experiência feitos” com que chegam [ao hospital]. O respeito devido à dignidade do [paciente] não me permite subestimar, pior ainda, zombar do saber que ele traz consigo para [o hospital] (47).

Sobre a necessidade de aproximação dessas condições de vida parafraseando Freire eu diria que o profissional de saúde precisa tornar-se íntimo à realidade desses usuários, ou pelo menos tornar-se menos estranho e distante dela (47).

Nesse sentido a escuta se apresenta como estrutural e para tal escuta se faz essencial a abertura para as diversas leituras de mundo (47). O autor indica que respeitar a leitura de mundo do educando não significa concordar com ela, mas

a maneira correta que tem o educador de *com* o educando e não *sobre* ele, tentar a superação de uma maneira mais ingênua por outra mais crítica de inteligir o mundo. Respeitar a leitura de mundo do educando significa toma-la como ponto de partida [...] (47)

Assim como já apontou Paulo Freire há a necessidade de se entender quem está falando para compreender o que está sendo dito, já que dentro das ‘classes subalternas’ há uma diversidade de grupos e sua fala se constrói a partir de “suas raízes culturais, seu local de moradia e a relação que se mantém com os grupos que acumulam capital” (62).

Podemos considerar acerca desse lugar de fala dos usuários das políticas públicas, que a dificuldade de compreensão dos profissionais que trabalham com as ‘classes subalternas’ está relacionada mais com elementos atitudinais, como

a dificuldade em aceitar que as pessoas humildes, pobres, moradoras da periferia são capazes de produzir conhecimento, são capazes de organizar e sistematizar pensamentos sobre a sociedade e, dessa forma, fazer uma interpretação que contribui para a avaliação que nós fazemos da mesma sociedade (62)

O mesmo autor destaca o desafio para esse diálogo entre profissionais e usuários das políticas públicas, usuários das classes subalternas, quando o referencial de saber é sempre o dos profissionais

Se a referência para o saber é o profissional, tal postura dificulta a chegada do saber do outro. Os saberes da população são elaborados sobre a experiência concreta, a partir das suas vivências, que são vividas de uma forma distinta daquela vivida pelo profissional. Nós oferecemos nosso saber porque pensamos que o da população é insuficiente e, por esta razão, inferior, quando, na realidade, é apenas diferente (62).

Os nossos saberes, tanto de profissionais como usuários, são construídos a partir de nossas formações, histórias de vida e vivências, assim o ponto de vista do profissional relaciona-se a sua história e contexto, bem como o do usuário, referenciadas em suas respectivas experiências de vida e orientando as respectivas leituras de mundo e formas de conduzir-se nele (62).

Considerando que nossos saberes são construídos a partir desses referenciais, de nossas experiências, histórico, relações e contexto, o sujeito em vivência de adoecimento e internação seria autor e portador de algum conhecimento acerca dessa experiência? Teria algum saber sobre estratégias de cuidado em seu contexto e condições de vida? Recorremos novamente a Valla (62) que a partir de Gramsci aponta que “o elemento intelectual ‘sabe’, mas nem sempre compreende e muito menos ‘sente’. Assim o principal sujeito do cuidado precisa ser aquele que sente.

É relevante também a fala de Valla (62) a partir de José de S. Martins quando indica que as classes subalternas também teorizam sobre suas experiências e acumulam e sistematizam conhecimento interpretativo e explicativo, em uma cultura popular. Cultura esta que se apresenta como uma tentativa de explicar o mundo em que se vive. Saber que precisa ser considerado para se “completar uma equação capenga que frequentemente inclui apenas uma das partes do conhecimento- o do mediador”(62).

Desse modo apontamos para a necessidade de, nas práticas em saúde, se valorizar e partir dos saberes dos sujeitos usuários para construir com eles estratégias próprias de cuidado como aponta uma das profissionais do grupo sujeito: “Então assim, a gente construir com eles

essas estratégias, a partir da história deles, fazer os caminhos, construir com eles” (Profissional ‘A’).

A comunicação pode se colocar como um desafio. Uma das profissionais apresenta uma fala nesse sentido: “Aí dizer: ‘Você tem que tomar o remédio ‘assim-assado’!’. A pessoa às vezes não entende nem que remédio é aquele, né?! E aí talvez se a gente conhece um pouquinho a história daquela pessoa, pode construir com ela essas estratégias” (Profissional ‘A’). Porém muitas vezes “a informação prestada ao paciente limita-se ao que o profissional julga ser necessário e suficiente, não considerando a compreensão que o doente tem sobre a sua doença e o seu processo terapêutico” (24).

Um dos sujeitos usuários relata:

Tem técnica que às vezes já fala: ‘Essa medicação é pra isso.’ Aí eu ficava imaginando: ‘Por que que a gente pergunta pro médico e ele não fala e a técnica explica?’ Certo que ela tem os procedimentos e já tem a experiência. Às vezes o paciente tá tomando um medicamento e quer saber o que tá tomando e nem sabe. Às vezes é pra aquilo e ele não sabe. Então é bom ter essa explicação para o paciente, da medicação (Usuário ‘P’).

Além da dificuldade em ouvir e considerar os saberes dos usuários há a dificuldade até mesmo de mantê-los informados acerca dos procedimentos aos quais têm sido submetidos, como relatou o usuário acima. Esse se apresenta como importante fator para o bem estar desse sujeito: “Mais importante que a tecnologia foi a informação correta, a garantia de segurança no tratamento, o silêncio, a família, a competência profissional, enfim, os pequenos “detalhes” que, no entender do paciente fazem a grande diferença” (24).

Apesar dessa dificuldade a literatura indica que

o modelo de Cuidado Centrado no Paciente e na Família (CCPF) é definido como uma abordagem para o planejamento, a prestação e a avaliação dos cuidados em saúde que se baseia em parcerias mutuamente benéficas entre os prestadores de cuidado em saúde, pacientes e famílias (63)

Aponta também para a relevância da temática no que diz respeito à segurança do paciente(63), tema bastante valorizado no âmbito do hospital. Documentos da OMS há alguns anos já vem apontando nessa direção e no Brasil o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) de 2014 estabeleceu como uma meta o envolvimento de pacientes e familiares (63). O referencial de cuidado centrado na paciente e família vai ao encontro das recomendações relacionadas à segurança do paciente.



Um dos sujeitos usuários desta pesquisa relatou:

É tanto que quando eu tava tomando eu perguntava: ‘Ei, tá faltando um. Não são dois não?!’ Perguntava durante o dia. Aí à noite chegava um comprimidinho e eu não tava entendendo. Eu queria saber por quê. Cheguei pra menina e perguntei: ‘Por que eu só tô tomando um? Não são dois não, do HIV?’ Aí ela explicou: ‘É porque você ainda não está podendo. Você tá reiniciando seu tratamento.’ Eu tava achando estranho, eu comecei daquele jeito. Até eu fiquei com medo dela ter esquecido. Aí é que eu vim entender que era por causa das minhas plaquetas que estavam baixas (Usuário ‘P’).

Essa propriedade do usuário acerca de seu tratamento medicamentoso bem como a capacidade de diálogo dele e da equipe podem ser vistos como um fator protetor, reduzindo por exemplo, os riscos relacionados à administração de medicação.

Face à complexidade dos sistemas e dos processos inerentes à prática assistencial, obter a colaboração daqueles que são os receptores dos cuidados e que possuem uma visão privilegiada das situações vivenciadas é uma estratégia inteligente para a prevenção de erros. É preciso reconhecer que pacientes e famílias, munidos de informações precisas acerca do cuidado e do estado de saúde do paciente, e considerados como parceiros e colaboradores da equipe de saúde, têm muito mais chances de reconhecer falhas no processo de cuidado do que os profissionais de saúde, sobretudo, diante da sobrecarga de trabalho e da escassez de recursos humanos (63).

Destacamos aqui dois desafios para a efetivação do CCPF: a necessidade de “empoderar as famílias [e usuários]”(63) e treinar os profissionais de saúde “sobre o estabelecimento de relacionamentos eficazes com pacientes e familiares” (63).

No que diz respeito ao primeiro tópico, nesta pesquisa foi possível identificar como os usuários não se sentem legitimados para essa participação, já que de fato os serviços não são estruturados nesse sentido e os profissionais não são capacitados para a escuta e valorização desses sujeitos e de seus discursos.

Os usuários do grupo sujeito ressaltam na maior parte do diálogo que se sentem cuidados na unidade ‘E’ do HSJ, “24-48 horas” como fala o usuário ‘P’ fazendo referência a sentir-se cuidado durante todo o tempo, um deles cita como uma situação na qual não se sente cuidado os momentos nos quais não se sente escutado: “É... às vezes é uma enfermeira que... a gente vai falar e ela num..., quer fazer do jeito dela mas não quer compreender com o nosso” (Usuário ‘A’).

Essa fala nos aponta para o desafio que a comunicação pode representar. Ela que é “instrumento laboral dos trabalhadores de saúde” (64). Freire em sua obra *Extensão ou comunicação* (65) aponta para a impossibilidade de comunicação entre um sujeito cognoscente

e outra pessoa tratada como objeto, a comunicação só é possível entre sujeitos em “coparticipação no ato de compreender a significação do significado” (65).

Questionado acerca de sua participação em seu cuidado durante a internação o usuário ‘D’ relata:

[Eu participo] é.. tomando a medicação que o médico manda, né?! Porque se ... se parar é arriscado ter risco de morte, né? Eu fui um, quase que eu morro. Se eu não viesse pra cá acho que... uma hora dessas eu tava no bebeléu. É... seguir a medicação. O que é seis meses, mah?! Quatro ‘comprimidinho’.

Dessa fala podemos considerar que esse sujeito se identifica como aquele que deve somente seguir o que lhe é determinado e ainda esse medo da morte por tuberculose que pode estar relacionado tanto às experiências prévias do paciente que em momento anterior relatou ter convivido com pessoas que morreram em decorrência da tuberculose quanto de ações de educação em saúde pelo medo.

Apesar da responsabilidade desses sujeitos pelo seu cuidado não se pode usar o discurso da liberdade e autonomia para ‘entregar esse sujeito à própria sorte’, já que “a autonomia não significa apenas transferir responsabilidades para que o usuário adote em sua vida as prescrições realizadas pelos profissionais da saúde” (51). Já que

O desenvolvimento da autodeterminação dos usuários implica responsabilizar as equipes e os serviços de saúde pela solução dos problemas em sua área de intervenção por meio da oferta de ações qualificadas, eficazes e que permitam o controle, pelo usuário, no momento de sua execução, como também autonomia na condução de seu andar a vida (60).

#### A autonomia do usuário precisa ser considerada

como movimento de cogestão como também compartilhamento de saberes e práticas que o qualifiquem para fazer escolhas que promovam sua saúde. A autonomia do usuário pressupõe uma capacidade dele em se afirmar diante das intervenções formuladas por parte dos profissionais, trazendo para a assistência seus conhecimentos e seu potencial de cuidado (51).

Ressalto que o usuário ‘D’ estava em situação de rua, sem suporte familiar. Já o usuário ‘A’, em melhores condições sociais, residindo em casa alugada e contando com suporte da família, em alguns momentos se coloca de forma mais crítica sobre o cuidado ofertado e diante da experiência vivenciada, consegue identificar a possibilidade de participar de definições acerca de seu cuidado durante a internação.

Relata que acordou junto do médico mudança no horário de uso da medicação considerando que não estava se sentindo bem com o uso no horário previamente designado.

Assim relata: “Às vezes a nossa opinião também ajuda. A gente pensa que não ajuda, mas ajuda. E dá certo, é... a nossa opinião, ela também serve. E é isso”. Essa participação se mostra como um movimento cíclico, já que requer que o usuário de alguma forma se identifique como sujeito de seu cuidado e ao mesmo tempo fortalece sua percepção acerca da sua condição de sujeito.

Outro saber acerca do cuidado foi expresso pelo usuário ‘P’ que em seu discurso aponta para necessidade de um cuidado singular, que considere as especificidades de cada sujeito: “[...] porque tem organismo que não é acostumado e já tem organismo que é acostumado né, a tomar a medicação em jejum”.

A oferta de cuidado adequado requer de gestores e profissionais o entendimento de que:

Cada paciente possui uma história de vida singular, a qual precisa ser compreendida, problemas familiares que necessitam ser desvendados, costumes e hábitos específicos, ou seja, particularidades específicas que são inerentes a cada ser humano. Dessa forma, resgatar sentimentos, valores e atitudes não significa apenas estabelecer padrões de atendimento e qualidade, significa estabelecer e otimizar prioridades, a partir da realidade concreta de cada paciente. (24)

E os serviços precisam ser organizados nessa perspectiva. Precisa transcender o fazer de um profissional, “a expertise de cada profissional deve ser apreciada como parte de uma estratégia, ou seja, um conjunto de ações que garantam a qualidade de vida dos indivíduos, minimizando os transtornos causados pela doença” (24). Se faz necessária uma estratégia não somente interna a cada serviço, mas da rede de atenção à saúde e rede intersetorial como abordamos no tópico seguinte.

Retomando as o entendimento das tecnologias duras, leve-duras e leves, Merhy e Franco indicam que a forma como se organiza dando mais ênfase a uma ou outra tecnologia no processo de cuidado define a Composição Técnica do Trabalho (CTT) (50). Os autores indicam que para uma melhor oferta de cuidado a composição técnica do trabalho em saúde precisa privilegiar as tecnologias relacionais, as tecnologias leves (50).

Ressaltam também que:

O ‘trabalho em saúde’ é centrado no ‘trabalho vivo em ato’, à semelhança do trabalho em educação; e a efetivação da ‘tecnologia leve’ do ‘trabalho vivo em ato’, na saúde, expressa-se como processo de produção de ‘relações intercessoras’ em uma de suas dimensões-chave, o seu encontro com o usuário final, que ‘representa’, em última instância, as necessidades de saúde, como sua intencionalidade, e, portanto, quem pode, com seu interesse particular, ‘publicizar’ as distintas intencionalidades dos vários outros agentes na cena do ‘trabalho em saúde’.” (40)

Considerando que “cuidado é uma demanda produzida no encontro com sujeitos e com suas existências concretas, seus desejos, seus potenciais e suas carências”(51) é possível compreender a necessidade de privilegiar as tecnologias leves.

Entendendo que

o cuidado em si ultrapassa a oferta de ações e serviços de saúde; se considerado na perspectiva de que nos espaços assistenciais lidamos com sujeitos, com suas vidas e suas perspectivas de cuidado produzidas singularmente, o cuidado em saúde não pode ser subjugado aos procedimentos, as rotinas e protocolos assistenciais” (51)

É essencial que se desenvolva uma “cultura institucional voltada para o ser humano que adoce e não para a doença [...]”(24) e que promova e de fato dê centralidade à participação do sujeito usuário em seu cuidado, já que “o acesso à verdade acerca de si não reside no lado do profissional” (51).

Considerando a complexidade do processo saúde-doença-cuidado, há necessidade de se considerar todos os saberes, inclusive principalmente os do sujeito usuário, já que quem vivencia o adoecimento é o sujeito adoecido e que cada sujeito o vivencia de uma forma diferente a partir de seus saberes e experiências. Assim, o cuidado também precisa privilegiar cada sujeito na condução de seu cuidado.

Assim como os saberes dos usuários são socialmente construídos, a partir de seus contextos e experiências o dos profissionais também e se faz necessário considerar os saberes de ambos na relação de cuidado. Para isso conhecer quem fala e de onde fala, se aproximando de sua realidade é essencial e para isso a escuta é elemento estrutural.

O grande desafio é atitudinal, de reconhecer os sujeitos usuários das ‘classes subalternas’ como capazes de produzir conhecimento e valorizar seus saberes, partir deles e superá-los construindo com eles suas estratégias de cuidado.

De fato, é um grande desafio já que ainda há dificuldade até mesmo de manter os usuários informados acerca de procedimentos aos quais são submetidos, apesar de a literatura indicar que o cuidado centrado no paciente favorece o aumento da segurança da assistência.

Para efetivar o cuidado centrado no usuário é necessário se trabalhar para o seu empoderamento, para que se sintam legitimados, assim como estruturar os serviços e qualificar os profissionais para a escuta e valorização dos saberes dos sujeitos usuários.

#### 4.4 “PRA EU ESTAR POR DENTRO TAMBÉM”

O grupo sujeito da pesquisa levantou desafios ao cuidado usuário-centrado no contexto da unidade 'E' do HSJ e construiu propostas para que se caminhe nessa direção. As propostas foram realizadas a partir da matriz FOFA organizada com os elementos levantados ao longo da pesquisa. A reproduzimos a seguir:

	<b>Forças</b>	<b>Fragilidades</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Vínculo dos profissionais com os usuários;</li> <li>● Coordenações médica e de enfermagem da unidade comprometidas e sensibilizadas para o aperfeiçoamento do cuidado;</li> <li>● Quantidade relevante de pacientes já conhecem o tratamento;</li> <li>● Existência de uma equipe multiprofissional;</li> <li>● Vínculo entre os integrantes da equipe multiprofissional;</li> <li>● Equipe comprometida com o cuidado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Estrutura física da unidade inadequada;</li> <li>● Fluxos institucionais rígidos;</li> <li>● Equipe insuficiente;</li> <li>● Vínculos trabalhistas frágeis;</li> <li>● Desvalorização de determinadas categorias profissionais (como técnicas de enfermagem);</li> <li>● Reinternações;</li> <li>● Falhas de comunicação (entre profissionais e destes com os usuários);</li> <li>● Falta de recursos (televisão, rádio, etc) para melhorar a experiência de internação.</li> </ul>
<b>Origem Externa</b>	<b>Oportunidades</b>	<b>Ameaças</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Residência multiprofissional;</li> <li>● Movimento institucional para aperfeiçoamento do cuidado- unidade E seria unidade piloto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Fragilidade rede intersetorial;</li> <li>● Indicadores estaduais de avaliação de desempenho que desconsideram as especificidades do HSJ;</li> <li>● Pouca institucionalidade da Educação permanente no HSJ;</li> <li>● Desigualdade social – Pobreza;</li> <li>● Cultura institucional procedimento centrada;</li> <li>● Cultura de hegemonia biomédica;</li> <li>● Discriminação e estigma do perfil de pacientes.</li> </ul>

ILUSTRAÇÃO 4 - Matriz FOFA produzida na pesquisa

A seguir vamos trazer para a discussão elementos que de alguma forma não tenham vindo à tona em outros tópicos deste trabalho.

No que diz respeito aos vínculos, o usuário ‘P’ considera que há uma boa interação entre os profissionais e os usuários. Da sua fala a seguir destacamos sua percepção acerca dos sujeitos cuidadores, incluindo nesse grupo a equipe da limpeza e copeiras que realizam a entrega da alimenta. Outro fator que se repete nas falas dos usuários ao longo da pesquisa é a valoração positiva do cuidado ofertado no HSJ colocando sempre em comparação com serviços de qualidade inferior com os quais tiveram contato em experiências pessoais ou pelos relatos nos meios de comunicação:

Ah. É bom. Eles conversam bem, tratam a gente bem, recebem bem. Fazem pelo paciente tudo que está ao seu alcance. E como eu já fui paciente daqui, graças à Deus não reclamo de nada. Podia de ser todas as formas, do atendimento de cada um: copeira, médicos, do plantão... Não tenho nada a reclamar não. Porque se eu tivesse, por exemplo, uma possibilidade de passar para todos os pacientes que estão internados eu lhe garanto que eu iria dizer assim: ‘Que graças à Deus, quando o paciente entra aqui, ele é bem tratado, ele não é maltratado’. Porque tem paciente que já chega fazendo um boneco da porra pra tomar uma medicação, era ignorante com a técnica, até com as copeiras. Eu iria dizer: ‘Rapaz, o atendimento aqui é ótimo.’ Porque se não fosse ótimo, não tinha médico. Como agora passou no jornal sobre o hospital do Antônio Bezerra. Não tem ninguém da limpeza, tudo sujo, como filmaram. Não tem nenhum médico com o paciente...E aqui pelo menos tem um atendimento bom, tem banho no horário, tem higiene, toda hora tem uma pessoa da limpeza limpando a enfermaria, o leito, esterilizando. E os outros hospitais? É por isso que eu penso assim: Graças à Deus! E quando eu entrei aqui, desde a primeira internação eu nunca tive do que reclamar não.

As profissionais colocam como positivo o fato de muitos usuários já conhecerem sobre o tratamento da tuberculose, mas expressam desgaste e preocupação no que diz respeito às reinternações:

(Profissional ‘T’): Às vezes eles trazem a medicação todinha que levaram, não tomaram nenhuma. Aí voltam com mais medicação e mais tempo. Eu acho que é uma fragilidade também. Eles ficam tipo viciados no retorno.  
 Profissional ‘S’: É um ciclo vicioso.  
 (Profissional ‘T’): Aí fica aquela coisa repetitiva. A gente faz aquela mesma coisa, o mesmo tratamento

O usuário ‘P’ também ressalta a importância do vínculo para o cuidado, rememorando seu tempo de estudante: “É igual como eu dizia. Eu passava de ano no colégio aí eu já mudava de colégio. Aí não tinha aquela coisa com a professora. Era colégio novo, eram amigos novos. Eu não me enturmava com os colegas”

No que diz respeito ao vínculo da equipe entre si tanto as profissional ‘S’ quanto o usuário ‘P’ reconhecem sua importância para uma comunicação adequada, favorecendo o cuidado:

Profissional ‘S’: Na experiência do outro. Por exemplo, amanhã ela vai ficar com esse paciente aí ela já vai sabendo o que a espera. E Pode dar continuidade ao cuidado.

Usuário ‘P’: Tinha um [profissional] na D que eu esqueci o nome dele, que dizia assim: ‘Não vai simbora mais não, macho?!’. Aí eu dizia: ‘Eu não, que eu tô gostando de te ver!’. Aí eu perguntava: ‘Ei, macho, tem alguma medicação pra mim?’. Aí ele: ‘Daqui a pouco, já sei qual é’. Então quer dizer que quando a equipe tá trocando de turno já passa as informações. Que às vezes tem relatório médico que passa pra elas e elas vão passando pros outros. Graças a Deus eu vejo o trabalho delas em equipe, não tem uma desavença.

Acerca da educação permanente a profissional ‘T’ ressalta a necessidade de capacitação para lidar com os usuários, considerando principalmente públicos especiais como pessoas em situação de rua e em uso prejudicial de drogas:

Todos os pacientes da E, ou a maioria, tem problemas com drogas, se a família tem que ser tratada, por que o profissional não pode? Porque às vezes a gente não entende a agressividade deles, depois é que a gente vai ver: ‘Ah, já é a abstinência!’ E por que a gente não tem uma orientação? ‘Olha, você percebe assim, quando o paciente tá em abstinência. Pra gente identificar [...]’.

Essa profissional expressa também a necessidade da educação permanente para poder contribuir melhor no atendimento à demanda dos usuários por mais informações acerca de seu tratamento e faz referência à uma prática mecânica sem essa qualificação:

A gente se torna muito mecânica. A técnica [de enfermagem] tem que só pegar acesso, dar medicamento. Às vezes ele diz assim: ‘O que é isso aí?’ Eles não têm coragem de perguntar pro médico aí pergunta pra gente. Aí eu digo: ‘Porque tu não perguntou pro médico?’ Aí a gente é tão mecânica naquilo que não tem aquilo gravado, porque é mecânica. Aí o médico fala umas coisas e eles não entendem, porque é na linguagem do médico, a fisioterapeuta. Mas porque a gente não tem aquela orientaçãozinha?! Todo mundo, né?!

Dessa fala também podemos observar a distância habitual entre usuários equipe médica que se expressa no receio dos usuários de lhe fazerem questionamentos e na fala dos profissionais que não se comunica de fato com os sujeitos usuários, mas pelo relatado parece somente emitir comunicados (65).

O medo também é um elemento que aparece como dificultador do cuidado centrado no usuário:

Profissional ‘T’: Às vezes tem medo até de lidar com os pacientes. Quem que não tem com um paciente que você não sabe quem é?!

Profissional ‘S’: Não sabe do que ele é capaz. Muitos já ameaçam.

Profissional ‘T’: Muitos já são fugitivos, muitos já puxaram cadeia, muitos já vem até com o negocinho (risos) com o wi-fi ligado [tornozela eletrônica].

Assim, as profissionais levantam a demanda por cuidado para si, apontando para a ausência de “espaço de cuidado aos profissionais, um espaço de escuta também, da gente compartilhar esses desafios” (Profissional ‘A’).

A fragilidade da rede intersetorial para suporte após a alta hospitalar é sinalizada pelo usuário ‘P’:

Eu acho que quando tivesse alta daqui que não tivesse familiar, enviasse o paciente pra um canto melhorzinho, pra ele se sentir bem. Porque eu já vi muitos casos, quando eu tava internado no Fernandes Távora, teve um lá que foi pra uma casa de apoio. Então, chegou lá não deu outra, esse paciente pediu pra voltar pro hospital porque estava sendo maltratado lá onde eles mandaram, alguém, não sei se foi o Serviço social, não sei. E o paciente não estava gostando dessa casa de apoio. Eu acho que o paciente tem que se sentir bem no lugar pra onde vai. Tem que ir pra uma casa de apoio que a pessoa se sinta bem lá. Não são muitas casas de apoio que a pessoa se sente bem não.

Ele também faz referência à descontinuidade dos cuidados na rede se atenção à saúde. Relata que durante a internação foi identificada a necessidade de acompanhamento por fisioterapeuta em relação a uma hérnia, mas não ter conseguido tal atendimento:

Olha, eu fui ao posto. O posto onde a gente mora mal tem atendimento, mal tem médico. A minha mãe tá esperando uma ressonância faz é tempo. [...] Aí eu fico pensando: ‘Aquele hospital poderia modificar uma coisinha’. Dar a continuação do tratamento do paciente. Quando chegar e der a alta, pra quando ele voltar, ter sempre aquilo. Por exemplo, no exame dele consta uma coisa que precisa que não tem, aí já manda pra outro canto, aí vai, vai...

Pensando na continuidade do cuidado a equipe problematiza a articulação entre os serviços

Porque qual é o mais fácil, [Usuário ‘P’]? É mais fácil o hospital que já é todo interligado te encaminhar ou tu ir com teus pezinhos, que não tem passagem, tua mãe não tem tempo pra ir atrás de um fisioterapeuta que é a maior dificuldade? (Profissional ‘T’)

As profissionais ‘S’ e ‘T’, técnicas de enfermagem, como usuárias dos serviços de atenção à saúde do SUS identificam-se com a situação relatada pelo usuário pois também a vivenciam na busca de cuidado para si e para seus familiares, como relataram.

“A extensão e o prolongamento do cuidado continuam no desenvolvimento de ações intersetoriais de afirmação da vida, e não pela dependência aos serviços ou profissionais de saúde” (60). Nesse sentido a literatura aponta para as linhas de cuidado como caminho no sentido assegurar acesso resolutivo e



referência segura aos diversos serviços da rede de saúde e contra-referência para as equipes de atenção básica à saúde, é possível um ordenamento aplicável a cada caso com o máximo de continuidade, com o máximo de controle de qualidade nos encaminhamentos e o máximo rigor técnico na regulação do sistema.” (60)

Nesse sentido Ceccim e Ferla (60) nos falam da necessidade de aperfeiçoamento dos sistemas de regulação “para colocar o sistema de acordo com os usuários”(60) e de ampliação da rede, uma rede que se responsabilize, com o

desenvolvimento de práticas profissionais embasadas no respeito ao usuário, conhecimento do contexto de vida e trabalho (família; cultura; inserção produtiva; inserções sociais de gênero, etnia, geração, classe, escolaridade, sexualidade, outras), disponibilizando o tempo necessário à escuta da queixa, ao atendimento e às providências pertinentes, criando suportes para a atenção integral à saúde e às necessidades dos diferentes grupos populacionais (60)

E também “tornando-se co-responsável] pelo enfrentamento dos fatores associados com o processo saúde-doença” (60)

Considerando populações especiais, como as pessoas em situação de rua, o HSJ já tem feito movimentos para o aperfeiçoamento desse cuidado:

Eu acho que o hospital faz muito, porque ele não lhe deixa na rua de jeito nenhum. Ele faz o possível pra lhe deixar em um abrigo, em algum local. Pra quê?! O objetivo do hospital é que você conclua seu tratamento, pra você não voltar. Mas aí se você for pra rua você não vai conseguir (Profissional ‘S’).

Mas ainda requer a ampliação e fortalecimento das redes de atenção à saúde e intersetorial, especialmente das políticas de assistência social, e maior articulação com as redes já disponíveis, além de adaptações internas como a que diz respeito aos fluxos dos pertences desses sujeitos e a possibilidade de implementação de estratégias na perspectiva da redução de danos e considerando a possibilidade de reflexão e construção de projetos terapêuticos singulares articulados a projetos de vida, já que:

O desenvolvimento da autodeterminação dos usuários implica responsabilizar as equipes e os serviços de saúde pela solução dos problemas em sua área de intervenção por meio da oferta de ações qualificadas, eficazes e que permitam o controle, pelo usuário, no momento de sua execução, como também autonomia na condução de seu andar a vida. Se a linha de cuidado atravessa vários serviços, ela terá sempre seu fio terminal em outras redes terapêuticas, as da própria vida em coletividade e suas tramas de afirmação da existência em projetos de vida” (60)

Como sujeito de seu cuidado, um mecanismo adotado pelo usuário ‘P’ é a realização de perguntas para compreender sua situação de saúde e seu tratamento: “Porque se você fala que eu tô sentindo isso eu quero saber mais ainda pra eu estar por dentro também”. Acredito que a destinação de um tempo na interação entre profissionais e pacientes para que o usuário faça questionamentos acerca de seu cuidado e a postura receptiva, dialógica e resolutiva dos profissionais, deve favorecer e aperfeiçoar a participação do sujeito em seu cuidado.

Os usuários e profissionais do grupo sujeito reconhecem a participação de diversos profissionais na dinâmica de cuidado, inclusive da equipe da farmácia, mas apresenta demanda por maior interação dos farmacêuticos com os usuários, já que no HSJ não há serviço de farmácia clínica:

Usuário ‘P’: Às vezes o paciente tá tomando um medicamento e quer saber o que tá tomando e nem sabe. Às vezes é pra aquilo e ele não sabe. Então é bom ter essa explicação para o paciente, da medicação.  
 Profissional ‘T’: Se vocês falam pra nutricionista a comida que gostam, falam pro médico o que é... por que que o farmacêutico não pode ir pra tirar dúvida da parte dele?

Algumas iniciativas e discussões no âmbito da saúde vem buscando caminhar na direção do cuidado usuário-centrado, como a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Política de Educação Popular em Saúde (PNEPS SUS), com a adoção de conceitos como o de clínica ampliada, diálogo e amorosidade. As discussões de Educação terapêutica também caminham nessa direção. Segundo o referencial da educação terapêutica “[o] paciente deixa de ser o objeto passivo de cuidado que os profissionais lhe proporcionam, para tornar-se parceiro destes ao ser reconhecido como um ator competente para decidir sobre seu cuidado e sua existência” (66)

Para que isso possa se efetivar a educação permanente em saúde é peça fundamental:

A organização das ações e dos serviços de saúde de forma usuário-centrada, garantida por equipes multiprofissionais de caráter interdisciplinar, orientada por atos de escuta, acolhimento, atendimento e acompanhamento, deve elevar a resolutividade das práticas de cuidado, dos serviços e do sistema de saúde. Mas é a educação permanente em saúde como política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores em saúde, com o objetivo de implementar projetos de mudança no processo de trabalho e na educação dos profissionais, que colocará o cotidiano e sua qualificação como objeto da integralidade(60).

Assim, é possível visualizar fatores e movimentos no HSJ que conduzem em direção ao cuidado usuário-centrado como a amorosidade da equipe que gera vinculação com os usuários, embora o discurso em alguns momentos expresse uma ideia de distanciamento entre usuários e

equipe médica; o fato de os usuários reconhecerem a multiplicidade de sujeitos envolvidos em seu cuidado durante a internação; o fato de muitos usuários já terem algum conhecimento acerca de seu tratamento contra a tuberculose; assim como o vínculo construído entre os profissionais da equipe favorecendo a comunicação para o cuidado.

Dentre os desafios apontados estão a descontinuidade do cuidado e a fragilidade das redes de atenção à saúde e intersetorial para o cuidado após a alta hospitalar. Trazem também a identificação da necessidade de aperfeiçoamento dos serviços de regulação e de diálogo contínuo e articulação do HSJ com as redes citadas, com seus equipamentos já existentes. A literatura aponta a pactuação de linhas de cuidado como estratégica para a continuidade desse e junto a isso a ampliação dessas redes com equipamentos adequados a atender a multiplicidade de demandas.

Foi levantada a necessidade de retomada de estratégias de educação permanente relacionadas ao perfil de usuários da unidade, considerando principalmente populações específicas como pessoas em situação de rua e/ou com histórico de uso prejudicial de drogas. Também se identifica a política de humanização em saúde como caminho para atender às demandas por uma gestão participativa e por cuidado em relação às trabalhadoras.

A unidade 'E' já vivencia alguns movimentos na direção do que se propõe, como a visita multiprofissional, o projeto Rede de conexões trabalho com alegria e resiliência (Reconectar em parceria com o Hospital Sírio Libanês) e a atenção especial às altas das pessoas das populações especiais.

Mas ainda há muito a avançar no HSJ como a implementação de mecanismos e estratégias de controle social para além da ouvidoria, repensar fluxos considerando as necessidades dos usuários (como é o caso do fluxo de guarda de pertences) e de protocolos, como o relacionado a prescrição medicamentosa relacionada a pessoas em situação de abstinência de drogas, retomada de momentos coletivos para práticas dialógicas com usuários, familiares e profissionais.

Para que se caminhe nessa direção a educação permanente se apresenta como um ponto de partida.

## **5 DOS APRENDIZADOS NESSE CONVERSEIRO**

O trabalho em saúde, que se dá essencialmente nos encontros e tem como objetivo o cuidado, é desenvolvido predominantemente por mulheres. Essas, embora coloquem seus corpos e subjetividades à serviço no desenvolvimento do cuidado são desvalorizadas e sobrecarregadas, tendo de assumir elevada carga de trabalho em um contexto de aprofundamento da precarização das relações trabalhistas e sucateamento das políticas públicas.

No HSJ além dos elementos citados, pensar na inserção dessas profissionais permitiu identificar que fazem uso de sua autonomia para construir possibilidades no sentido de ofertar o melhor cuidado possível, na direção do cuidado usuário-centrado. Fazem-no desenvolvendo estratégias diversas de singularização do cuidado. Essas construções precisam de alguma forma ser institucionalizadas para que se garanta sua continuidade, contribuindo para que sua efetivação não dependa somente da escolha individual de cada profissional. No sentido de atender a essa e outras demandas identificadas a equipe apresenta novamente a educação permanente em saúde como um caminho

Nesse percurso, problematizando o cuidado com o grupo sujeito da pesquisa, é possível reconhecer que esses sujeitos dispõem de saberes formais e de saber de experiência feito acerca do cuidado. Em diálogo com a literatura do campo da saúde esses conhecimentos apontaram caminhos possíveis para se avançar, na problematização dos processos de trabalho no HSJ, indicando-se a necessidade de construção e efetivação de uma estratégia local de educação permanente.

Foram identificados sentidos que esses sujeitos atribuem ao cuidado, estes se aproximam e dialogam com as categorias encontro, amorosidade e integralidade. E ultrapassam a ideia de tratar, cujo foco é na doença, se apontando para o cuidado centrado nos sujeitos usuários com suas complexidades e singularidades, dentre elas suas crenças, desejos e contexto social.

Para a realização de um cuidado na perspectiva da integralidade é necessário integrar todos os saberes envolvidos, tendo como horizonte o atendimento às necessidades dos sujeitos usuários. Nesse sentido a construção participativa de fluxos e protocolos da instituição seria um avanço, já que atualmente é possível identificar que muitas vezes nem mesmo a equipe assistencial tem sido incluída nessa dinâmica.

Sendo a tuberculose doença infecciosa que segue como grave problema de saúde pública, uma das principais causas de morte no mundo, apesar de se conhecer seu agente causador desde 1882 e de já existir medicação capaz de viabilizar cura é fundamental se pensar estratégias para aperfeiçoamento do cuidado às pessoas por ela acometidas. Assim, o cuidado usuário-centrado em uma unidade que lida com pessoas com tuberculose deve privilegiar o aspecto social, já que é consenso na literatura especializada que o fator social tem forte impacto no que diz respeito à infecção por tuberculose e nos desfechos do tratamento.

A OMS já vem apontando nessa direção e documentos orientadores nacional e estadual seguem nesse caminho, enfatizando a necessidade de se dar centralidade ao usuário, com suas singularidades, para o tratamento da TB e de se mobilizar para provimento de políticas públicas com a oferta de suporte social para o cuidado com melhores desfechos, reduzindo o impacto na vida dos sujeitos e famílias e na sociedade como um todo.

Assim, a complexidade dos sujeitos e de suas demandas coloca a necessidade de uma ampliação de olhares e recursos para esse cuidado, dentre eles o aperfeiçoamento da comunicação (verbal e não verbal). Mais uma vez destacamos que a educação permanente se mostra essencial.

Considerando dimensão social e complexa do processo saúde-doença-cuidado há necessidade de se considerar todos os saberes, inclusive e principalmente os do sujeito usuário, já que quem vivencia o adoecimento é o sujeito adoecido e que cada sujeito o vivencia de uma forma diferente a partir de seus saberes e experiências. Desse modo, o cuidado precisa privilegiar cada sujeito na condução de seu cuidado.

Assim como os saberes dos usuários são socialmente construídos, a partir de seus contextos e experiências o dos profissionais também e se faz necessário incluir os saberes de ambos na relação de cuidado. Para isso conhecer quem fala e de onde fala, se aproximando de sua realidade é essencial, para isso a escuta se apresenta como elemento estrutural. Nesse sentido um dos grandes desafios é o atitudinal, de reconhecer os sujeitos usuários das 'classes subalternas' como capazes de produzir conhecimento e valorizar seus saberes, partir deles e superá-los construindo com eles suas estratégias de cuidado. Vale destacar também o desafio estrutural referente ao sucateamento das políticas públicas que reverbera em precarização do trabalho, expressa, dentre outras formas na sobrecarga de trabalho o que reduz o tempo possível de ser destinado ao diálogo.

De fato, é um grande desafio já que ainda há dificuldade até mesmo de manter os usuários informados acerca de procedimentos aos quais são submetidos, apesar de a literatura indicar que o cuidado centrado no paciente favorece o aumento da segurança da assistência.

Para efetivar o cuidado centrado no usuário é necessário se trabalhar para o seu empoderamento, para que se sintam legitimados, assim como estruturar os serviços e qualificar os profissionais para a escuta e valorização dos saberes dos sujeitos usuários.

É possível visualizar fatores e movimentos no HSJ que conduzem em direção ao cuidado usuário-centrado como a amorosidade da equipe que gera vinculação com os usuários, embora o discurso em alguns momentos expresse uma ideia de distanciamento entre usuários e equipe médica; o fato de os usuários reconhecerem a multiplicidade de sujeitos envolvidos em seu cuidado durante a internação; o fato de muitos usuários já terem algum conhecimento acerca de seu tratamento contra a tuberculose; assim como o vínculo construído entre os profissionais da equipe favorecendo a comunicação para o cuidado.

Dentre os desafios estão a descontinuidade do cuidado muitas vezes relacionada à fragilidade das redes de atenção à saúde e intersetorial para o cuidado após a alta hospitalar, trazem também a identificação da necessidade de aperfeiçoamento dos serviços de regulação e de diálogo contínuo e articulação do HSJ com as redes citadas, com seus equipamentos já existentes. A literatura aponta a pactuação de linhas de cuidado como estratégica para a continuidade desse e junto a isso a ampliação dessas redes com equipamentos adequados a atender a multiplicidade de demandas. Embora muitas vezes o abandono dos tratamentos seja frequentemente ‘colocado na conta’ somente dos sujeitos usuários, vemos que ‘essa conta’ precisa ser dividida entre todos os atores envolvidos.

Foi levantada a necessidade de retomada de estratégias de educação permanente relacionadas ao perfil de usuários da unidade, considerando principalmente populações específicas como pessoas em situação de rua e/ou com histórico de uso prejudicial de drogas. Também se identifica a política de humanização em saúde como caminho para atender às demandas por uma gestão participativa e por cuidado em relação às trabalhadoras.

A unidade ‘E’ já vivencia alguns movimentos na direção do que se propõe, como a visita multiprofissional, o projeto Rede de conexões trabalho com alegria e resiliência (Reconectar-em parceria com o Hospital Sírio Libanês) e a atenção especial às altas das pessoas das populações especiais. Mas ainda há muito a avançar no HSJ como a implementação de mecanismos e estratégias de controle social para além da ouvidoria, repensar fluxos considerando as necessidades dos usuários (como é o caso do fluxo de guarda de pertences) e

de protocolos, como o relacionado a prescrição medicamentosa relacionada a pessoas em situação de abstinência de drogas e retomar, de forma aperfeiçoada, momentos coletivos para práticas dialógicas com usuários, familiares e profissionais.

Deslocar, no âmbito hospitalar, a centralidade do aspecto biológico para o foco do sujeito se mostra essencial para a adequada inclusão dos saberes dos usuários e de todas as categorias profissionais, com a necessidade mecanismos institucionais que permitam o diálogo entre esses saberes. Esse movimento se mostra complexo pois acarretará se mexer nas relações de poder, sendo necessário se desfazer a hegemonia médica, que está para além do hospital, mas faz parte da nossa configuração de sociedade.

Nessa direção alguns passos que consideramos essenciais inicialmente ao HSJ são:

- Mobilizar-se no sentido de se apropriar e construir estratégia para cuidado às pessoas com TB, considerando suas competências na rede estadual e a partir dos direcionamentos Plano Estadual de Vigilância e Controle da Tuberculose (2021);
- Fomentar o estabelecimento de espaços e mecanismos de controle social na instituição, como o fortalecimento da representação local no Comitê estadual de TB, assembleias de usuários e estratégias de qualificação dessa participação;
- Considerar o perfil dos usuários na construção dos fluxos e protocolos do hospital (como o de guarda de pertences, essencial à população em situação de rua e o de suporte medicamentoso para pessoas em abstinência de drogas);
- Fomentar o estabelecimento de espaços e mecanismos para maior articulação da instituição com a rede de atenção à saúde (especialmente com a atenção primária, Serviços de atendimento Especializado e rede de atenção psicossocial, mantendo diálogo constante e realizando contrarreferência). E com a rede intersetorial (especialmente com os setores e serviços voltados ao atendimento a pessoas em situação de rua).

Em virtude do fator social com sua complexidade, o cuidado às pessoas com tuberculose requer uma ampliação de perspectiva, avançando do referencial biologicista do tratamento, focado na doença, para o do cuidado, focado nas pessoas. Como ficou evidenciado ao longo deste trabalho a educação permanente se mostra como uma urgência para o aperfeiçoamento do cuidado nessa direção e as políticas de humanização e educação popular aparecem como possibilidade para a construção de uma tríade de sucesso.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Foucault M. O Nascimento do Hospital. In: *Microfísica do Poder*. 4<sup>o</sup> ed Rio de Janeiro: Graal; 1984.
2. Scliar M. História do conceito de saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2007;17(1):29–41.
3. Filho N de A. O que é saúde? 22<sup>o</sup> ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
4. Brasil. Lei Orgânica da Saúde. 1990.
5. Rocha PR da, David HMSL. Determinação ou Determinantes ? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2015;49(1):129–35.
6. Breilh J. SARS-CoV2: rompiendo el cerco de la ciencia del poder Escenario de asedio de la vida, los pueblos y la ciencia. In: Alzueta ER, Breilh J, Herrero MB, Belardo M, Katz C, Acosta A, et al., organizadores. *Posnormales: pensamiento contemporaneo en tiempos de pandemias*. 1<sup>o</sup> ed ASPO; 2020.
7. Czeresnia D, Maciel EMG de S, Oviedo RAM. *Os sentidos da saúde e da doença*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.
8. Maciel EL, Golub JE, Roberto J, Chaisson RE. *Tuberculose: uma doença mortal e negligenciada na era da COVID-19*. 2022;48(3):19–20.
9. Ricardo V. Agência Fiocruz de Notícias [Internet]. *Doenças Negligenciadas*. [citado 14 de janeiro de 2022]. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/doencas-negligenciadas>
10. Minayo MC de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14<sup>o</sup> ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
11. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista Saúde Publica* [Internet]. 2005;39(3):507–14. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/qtCBFFfZTRQVsCJtWhc7qnd/?lang=pt>
12. Gil AC. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 6<sup>o</sup> ed. São Paulo: Atlas; 2009.
13. Severino AJ. *Metodologia do trabalho científico*. 23 revista. São Paulo: Cortez; 2007.
14. Mota Neto JC da. *Por uma pedagogia decolonial na América Latina: Convergências entre a educação popular e a investigação-ação participativa*. Arq Analíticos Políticas Educ. 2018;26.
15. Brandão CR. A pesquisa participante e a participação da pesquisa: um olhar entre tempos e espaços a partir da América Latina. In: Carlos rodrigues Brandão; Danilo Romeu Streck, organizador. *Pesquisa Participante: a partilha do saber*. Revista e. Aparecida: Ideias & Letras; 2006.
16. Hospital São José de Doenças Infecciosas [Internet]. *O hospital*. [citado 26 de fevereiro de 2023]. Disponível em: <https://www.hsj.ce.gov.br/o-hospital/>
17. Linhares VL de ADAMB. Círculos de cultura: problematização da realidade e protagonismo popular. In: *II Caderno de Educação popular em saúde*. Brasília: Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa.; 2014.
18. Pulga VL. A Educação Popular em Saúde como referencial para as nossas práticas na saúde. In: *II Caderno de Educação popular em saúde*. Brasília: Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa.; 2014.
19. Minayo MC de S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 26<sup>o</sup> ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
20. \_\_\_\_\_. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MC de S, Deslandes SF, organizadores. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.



21. Merhy EE, Cacílio LC de O. *Algumas reflexões sobre o singular processo de coordenação dos hospitais* [Internet]. Belo Horizonte; Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/concurso/coordenacaohospitalar>
22. Júnior GDG, Vieira MMF. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002;7.
23. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência Saúde Coletiva*. 2004;9.
24. Backes DS, Filho WDL, Lunardi VL. *Humanização hospitalar: percepção dos pacientes*. Acta Sci Heal Sci. 2005;27.
25. Fonseca CMBM, Santos ML do. Tecnologias da informação e cuidado hospitalar: reflexões sobre o sentido do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva* . 2007;12.
26. Muniz HP, Teixeira EM, Silva CO da. Desafios colocados pelas estratégias neoliberais de precarização do trabalho para a pesquisa-intervenção voltada para a transformação das situações de trabalho. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*. 2020;23, n1.
27. Silva CO da. Trabalho e subjetividade no Hospital Geral. *Psicol ciência e profissão*. 1998;18.
28. Cecílio LC de O, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA de, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2007.
29. Cecílio LC de O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*. 1997;13.
30. Campos GW de S, Amaral MA do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência &Saúde Coletiva*. 2007;12.
31. Bertolli Filho C. *História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950. História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001. 1900–1950 p.
32. Rede-TB. História da Tuberculose. *Rede-TB* [Internet]. Disponível em: <https://redetb.org.br/historia-da-tuberculose/>
33. Ceará. *Boletim Epidemiológico Tuberculoses*. Fortaleza; 2022. Report No.: 01.
34. (WHO) WHO. *Global tuberculosis report 2021* [Internet]. Geneva: WHO; 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>
35. (WHO) WHO. *Relatório Global de Tuberculose 2022* [Internet]. 2022 [citado 14 de março de 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022/>
36. Maciel EL, Silva PEA da. Combate à tuberculose: de 1993 a 2035 durante a era da COVID-19. *Jornal brasileiro de pneumologia* [Internet]. 2021;47(2):e20210033–e20210033. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&amp%0Apid=S1806-37132021000201003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp%0Apid=S1806-37132021000201003)
37. Ceará. *Plano Estadual de Vigilância e Controle d a Tuberculose*. Fortaleza; 2021.
38. Barreira D. Os desafios para a eliminação da tuberculose no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de saúde*. *Revista do Sistema Único Saude do Brasil*. 2018;27(1).
39. Brasil. Tuberculose. 2. [Internet]. *Boletim Epidemiológico Tuberculose*. Brasília; 2022. Report No.: Número Especial. Mar. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-numero-especial-marco-2022.pdf>
40. Merhy EE, Franco TB. Trabalho em saúde [Internet]. *Dicionário da educação profissional em saúde*. [citado 4 de março de 2023]. Disponível em:

- <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>
41. Bitencourt SM, Andrade CB. Trabalhadoras da saúde face à pandemia: por uma análise sociológica do trabalho de cuidado. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2021;26(3).
  42. BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* [Internet]. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. 73 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_prom\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf)
  43. Merhy EE. Ato de cuidar: alma dos serviços de saúde. In: *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 4º ed São Paulo: Hucitec; 2014.
  44. Boff L. *O cuidado necessário: Na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade*. 2º ed. Petrópolis: Vozes; 2013.
  45. Brasil M da S. *PORTARIA Nº 2.761, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013* [Internet]. 2021 p. 1–4. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761\\_19\\_11\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html)
  46. Streck DR, Redin E, Zitkoski JJ, organizadores. *Dicionário Paulo Freire*. 4º ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2019.
  47. Freire P. *Pedagogia da autonomia*. 67º ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz & Terra; 2021.
  48. Borges M da S, Queiroz LS, Silva HCP da. Representações sociais sobre cuidar e tratar: o olhar de pacientes e profissionais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. 2011;45. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/8pSynS4myHnp9XN5zhNBGcR/?lang=pt>
  49. Ayres JR de CM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004;13.
  50. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2012;6.
  51. Silva MRF da, Silveira LC, Pontes RJS, Vieira AN. O cuidado além da saúde: cartografia do vínculo, autonomia e território afetivo na saúde da família. *Revista Mineira de Enfermagem*. 2015;19.
  52. Gomes ET, Brandão BMG de M, Abrão FM da S, Bezerra SMM da S. Contribuições de Leonardo Boff para a compreensão do cuidado. *Revista de Enfermagem UFPE* line. 2018;12.
  53. Peduzzi M. Trabalho em equipe. In: Educação Profissional em Saúde [Internet]. Editora Fiocruz; 2009. *Dicionário da Educação profissional em saúde*. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/traequ.html>
  54. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM da, Souza HS de. Trabalho em Equipe: Uma Revisita ao Conceito e a Seus Desdobramentos no Trabalho Interprofissional. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*. 2020;18(supl 1):1–20.
  55. Freire JCG, Brito GEG de, Tavares TT, Silva LG de C, Forte FDS, Costa MV da. Trabalho em equipe, interprofissionalidade e colaboração em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. In: Dias MS de A, Vasconcelos MIO, organizadores. *Interprofissionalidade e colaboratividade na formação e no cuidado no campo da atenção primária a saúde*. Sobral: Edições Uva; 2021.
  56. Ellery AEL. *Interprofissionalidade na estratégia saúde da família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional*. [Fortaleza]: Universidade Federal do Ceará; 2012.
  57. Ellery AEL, Barreto IC de HC. Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade: produções mediadas pelos afetos. In: Schweickardt JC, Ceccim RB, Gai DN, Bueno D, Ferla AA, organizadores. *Trabalhar e aprender em conjunto: por uma técnica e ética*

- de equipe na saúde. Porto Alegre: Rede Unida; 2019.
58. Ceccim RB. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface*. 2018;22.
  59. Barros ER da S, Ellery AEL. Colaboração interprofissional em uma Unidade de Terapia Intensiva: desafios e possibilidades. *Rev Rene*. 2016;17.
  60. Ceccim RB, Ferla AA. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA de, organizadores. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006.
  61. Freire P. *Pedagogia da Esperança*. 15º ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2008.
  62. Valla VV. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. *Educ Realiz*. 1996;21.
  63. Cruz AC, Pedreira M da LG. Cuidado centrado no paciente e família e segurança do paciente: reflexões sobre uma proximidade emergente. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2020;73.
  64. Coriolano-Marinus MW de L, Queiroga BAM de, Ruiz-Moreno L, Lima LS de. Comunicação nas práticas de saúde: revisão integrativa de literatura. *Saúde e Sociedade*. 2014;23.
  65. Freire P. *Extensão ou comunicação*. 15º ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
  66. Apostodilis T, Fonte D, Aléssio RL dos S, Santos M de F de S. Representações sociais e educação terapêutica: questões teórico-práticas. *Saúde e Sociedade*. 2020;29.

## APÊNDICES

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA DE GOVERNO FIOCRUZ  
GERÊNCIA REGIONAL DE BRASÍLIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) -  
PROFISSIONAIS**

Em virtude de sua condição de **trabalhador da saúde no Hospital São José de Doenças Infecciosas** você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada ***Inclusão dos Saberes dos Sujeitos Usuários em Seu Processo de Cuidado no Contexto de Internação hospitalar.***

A pesquisa será realizada pela pesquisadora e trabalhadora desta unidade, *Charlliane Fernandes Gonçalves Ribeiro*, sob a orientação da pesquisadora Professora *Dra. Vera Lucia de Azevedo Dantas*, tendo como **objetivo principal: *Analisar como os processos de cuidado no contexto de internação hospitalar podem incluir os sujeitos usuários com seus saberes.***

A **sua participação é de grande relevância** para a construção de novos conhecimentos que podem contribuir para o **aperfeiçoamento do processo de cuidado** nessa unidade hospitalar e para **melhoria de sua rotina de trabalho**. A qualquer momento da pesquisa, **você poderá desistir e retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador, com a Fundação Oswaldo Cruz ou com o Hospital São José de Doenças Infecciosas.

Caso você decida aceitar o convite, participará de **dois Círculos de cultura (um deles organizado em dois momentos) e de uma Oficina e preenchimento de um formulário de perfil socioeconômico, todos esses momentos** serão realizados **nas dependências do hospital e dentro do período do plantão diurno em horário com menor fluxo de demandas na unidade**, a ser acordado com os participantes que aceitarem esse convite e com a coordenação desta unidade. O tempo previsto para a sua participação é de aproximadamente três meses. A sua participação bem como a de todas as partes envolvidas será **voluntária, não havendo remuneração** para tal.

Os **riscos** relacionados com sua participação são os referentes às relações de poder no âmbito institucional e possível embate de posicionamentos entre os

participantes, que serão minimizados pela forma como se conduzirão os momentos de obtenção dos dados e com a manutenção do sigilo da identidade dos participantes.

A pesquisa culminará em uma dissertação para a obtenção do título de mestrado e os resultados poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares.

**Nesses trabalhos o sigilo da identidade dos sujeitos participantes será mantido.**

Conforme a Resolução 466/2012, os dados obtidos serão mantidos em arquivo digital sob minha guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações do projeto, se você aceitar participar deste estudo, assine o consentimento de participação, que está em **duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.**

A qualquer momento, você poderá entrar em **contato com a pesquisadora principal**, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação.

**Pesquisador Responsável:** Charlliane Fernandes Gonçalves Ribeiro

**Endereço profissional:** Rua Nestor Barbosa, 315. - Hospital São José

**Telefone:** (85)999274771

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

### CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu \_\_\_\_\_,

CPF/RG \_\_\_\_\_ abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como participante e declaro que fui devidamente informado (a) e esclarecido sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos, bem como os riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

- Este consentimento possui mais de uma página, portanto, solicitamos sua assinatura (rubrica) em todas elas.
- Esses momentos deverão contar com registro de som e imagem a fim de facilitar a memória de cada encontro, para isso será solicitada a assinatura de Autorização de Uso de Imagem e Voz (documento em anexo).

**Em caso de dúvida quanto à ética da pesquisa, entre em contato com os Comitês de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP). Estes Comitês são compostos por um grupo de pessoas que trabalham para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Eles têm a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com os seguintes Comitês de Ética em Pesquisa:**

**Comitê de Ética em Pesquisa – Fiocruz Brasília**

**Avenida L3 Norte, Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4. Asa Norte.  
Brasília- Distrito Federal. CEP:70910-900  
E-mail: cepbrasil@fiocruz.br  
Telefone: 61- 3329 4746**

**Comitê de Ética em Pesquisa - Hospital São José de Doenças Infecciosas.**

**Rua Nestor Barbosa, 315. Parquelândia.  
Fortaleza- Ceará. CEP: 60455-610  
E-mail: ceaphsj@gmail.com**

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA DE GOVERNO FIOCRUZ  
GERÊNCIA REGIONAL DE BRASÍLIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ**

Neste \_\_\_\_\_ ato,  
eu, \_\_\_\_\_,  
nacionalidade \_\_\_\_\_, estado \_\_\_\_\_ civil  
\_\_\_\_\_, Portador da Cédula de Identidade (RG) nº  
\_\_\_\_\_, Inscrito no CPF sob nº  
\_\_\_\_\_, residente à  
Av/Rua \_\_\_\_\_, nº. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Cidade de \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, **AUTORIZO o**

**uso de minha imagem e voz em todo e qualquer material entre fotos, vídeos e documentos, para fins de pesquisa.** A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem e voz acima mencionada em todo território nacional e no exterior, estando relacionada a produção de conhecimento e aperfeiçoamento dos processos de cuidado nos serviços de saúde.

Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja nada a ser reclamado a título de direitos relacionados à minha imagem e voz ou a qualquer outro.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

Nome: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Assinatura do participante





## FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO - PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

**Link:**

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScamvADkAmQeExq\\_A02sxqDOWnJaa2OErZWszVBsQy5UWkWNQ/viewform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScamvADkAmQeExq_A02sxqDOWnJaa2OErZWszVBsQy5UWkWNQ/viewform)

# Perfil Sujeitos da Pesquisa

Pesquisa Inclusão dos saberes dos sujeitos usuários em seu processo de cuidado.

charllianeribeiro@gmail.com

Rascunho restaurado.

**\*Obrigatório**

**Nome \***

Sua resposta

**Telefone para contato**

Sua resposta

**E-mail**

Sua resposta

**Forma de inserção na pesquisa \***

Usuário

Trabalhador da Unidade E

**Sexo \***

Feminino

Masculino

Prefiro não declarar

**Grupos de idade \***

20 a 24 anos

25 a 29 anos

30 a 34 anos

35 a 39 anos

40 a 44 anos

45 a 49 anos

50 a 54 anos

55 a 59 anos

60 a 64 anos  
65 a 69 anos  
70 a 74 anos  
75 a 79 anos

**Cor ou raça \***

Amarela  
Preta  
Parda  
Indígena  
Branca  
Prefiro não declarar

**Escolaridade \***

Não Alfabetizado  
Ensino fundamental I incompleto  
Ensino fundamental I completo  
Ensino fundamental II incompleto  
Ensino fundamental II completo  
Ensino médio incompleto  
Ensino médio completo  
Formação técnica  
Ensino superior incompleto  
Ensino superior completo  
Pós-graduação (lato senso - especialização) em andamento  
Pós-graduação (lato senso - especialização) concluída  
Pós-graduação stricto senso (mestrado, doutorado, pós-doc.) em andamento  
Pós-graduação stricto senso (mestrado, doutorado, pós-doc.) concluído pelo menos uma dessas etapas.

**Categoria profissional / ocupação \*****Vínculo empregatício \***

Sem ocupação  
Trabalho avulso (bicos)  
Trabalhador autônomo  
Desempregado  
CLT (celetista)  
Cooperado  
Servidor público estatutário

**Faixa de renda mensal \***

Sem renda  
Até 1/4 do salário mínimo (R\$ 303,00)  
Até 1/2 salário mínimo (R\$ 606,00)  
Até 1 salário mínimo (R\$ 1 212,00)  
Até 2 salários mínimos (R\$2 424,00)  
Até 3 salários mínimos (R\$3 636,00)  
Até 4 salários mínimos (R\$ 4 848, 00)  
Até 5 salários mínimos (R\$ 6 060,00)  
Acima de 5 salários mínimos  
Até 10 salários mínimos (R\$ 12 120,00)

Acima de 10 salários mínimos (R\$ 12 120,00)

**Renda Familiar Per Capita (Renda familiar total dividida pela quantidade de pessoas do núcleo familiar)**

Sua resposta

Enviar

**ANEXO**

---

## Apresentação

O Sistema de Cursos Livres foi desenvolvido para permitir a solicitação on-line de cursos livres através do Campus Virtual Fiocruz, com os seguintes módulos: 1) registro de solicitação de cursos livres pelos coordenadores; 2) aprovação pelo vice-ensino de cada unidade da Fiocruz; 3) submissão de parecer de aprovação do curso; 4) divulgação dos editais; 5) inscrição dos alunos; 6) hotspots do curso; 7) emissão de certificados on-line integrado à Plataforma Arouca; 8) armazenamento de dados dos cursos livres através do portal do Campus Virtual; 9) publicação das informações sobre os cursos livres no Campus Virtual Fiocruz. O Sistema pode ser usado por todos os cursos livres na instituição, que possam usar certificação online e não contempla cursos lato sensu (especialização e residências) ou strito-sensu, que contam com legislação e regulação pelo MEC. Cursos livres/capacitação: Processo permanente e deliberado de aprendizagem, com o propósito de contribuir para o desenvolvimento de competências individuais. Os Cursos livres são uma modalidade de educação não-formal de duração variável, destinada a proporcionar aos estudantes e trabalhadores conhecimentos que lhe permitam profissionalizar-se, qualificar-se e atualizar-se para o trabalho. A Constituição Federal em seu Artigo 205/CF, "caput", prevê que a educação é direito de todos e será incentivada pela sociedade. Não existe legislação específica que regulamente estes cursos, por isto, os cursos livres não são passíveis de regulação por parte do Ministério da Educação (MEC). A oferta desses cursos não depende de atos autorizativos por parte do (MEC), conforme descrito na Nota Técnica 386/2013, quais sejam: credenciamento institucional, autorização e reconhecimento de curso. No caso do lato-sensu, apenas os cursos de especialização e residência precisam de credenciamento, os cursos de aperfeiçoamento e atualização, a partir de mudança na legislação, não passam mais por acompanhamento e credenciamento no MEC. A Fiocruz oferece este tipo de curso e pode emitir certificado ao aluno em conformidade com a Lei nº 9394/96; Decreto nº 5.154/04; Deliberação CEE 14/97 (Indicação CEE 14/97). Esses Certificados têm validade legal para diversos fins, no entanto não são validados pelo MEC. Existem diversos tipos de cursos na Fiocruz, com diferentes definições nas unidades, sendo denominados de cursos livres, cursos de inverno, cursos de verão, extensão, capacitação, atualização, aperfeiçoamento, qualificação, que podem utilizar o sistema de cursos livres, desde que seja respeitado os critérios já esclarecidos e NÃO PODE SER UTILIZADO POR CURSOS LATO SENSU (especialização e residências) e STRICTO SENSU (mestrado, mestrado profissional, doutorado) e CURSOS TÉCNICOS. Caso tenha alguma dúvida sobre o sistema, nossa equipe está disponível para esclarecimentos e treinamento nas Unidades interessadas. Acesse também o Manual do usuário.

## Identificação do curso

Identificação do curso

Categoria Curso livre

Formação Modular

Título do curso Repensando o Cuidado - A centralidade do sujeito usuário

Oferta/Edição 1º Oferta

Descrição do Curso

O Curso faz parte das estratégias de pesquisa ligadas à produção da dissertação Inclusão dos Saberes dos Sujeitos Usuários em Seu Processo de Cuidado no Contexto de Internação hospitalar.



---

Unidade da Fiocruz Fiocruz Brasília - Escola de Governo Fiocruz

Coordenador do Curso André Luiz Dutra Fenner

Órgão, Programa ou projeto vinculado Programa de Promoção à Saúde, Ambiente e Trabalho - PSAT

Endereço do Coordenador Avenida L3 Norte, s/n, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Gleba A.

Telefone do Coordenador (61)33294605

Email do Coordenador andre.fenner@fiocruz.br

Área Temática Principal [Promoção da Saúde](#)

Palavras-Chave

Educação Popular em Saúde, Internação hospitalar, Processo de cuidado, Circulo de Cultura.

hotsite url <https://campusvirtual.fiocruz.br/gestordecursos/hotsite/cvf-node-30225-submission-6991>

admin hotsite url [https://campusvirtual.fiocruz.br/gestordecursos/admin/index.php?cod\\_curso=1806&desc\\_chaveSeguranca=217Ubc45XPQOGZaQ27s72pTYAVM8IG0CaWEC7ALa8DIyS](https://campusvirtual.fiocruz.br/gestordecursos/admin/index.php?cod_curso=1806&desc_chaveSeguranca=217Ubc45XPQOGZaQ27s72pTYAVM8IG0CaWEC7ALa8DIyS)

Url AVA

## Natureza do curso

Natureza do curso

Modalidade Presencial

Carga horária presencial 20

Detalhamento da carga horária

A programação está organizada em quatro momentos de cinco horas cada, compondo carga horária total de 20 horas, organizadas da seguinte forma:

Encontro 1 - Círculo de cultura - Concepções de cuidado (5 horas)

Encontro 2 - Carta Como eu gostaria de ser cuidada(o) se estivesse internada na Unidade E do Hospital São José - Atividade individual (5 horas).

Encontro 3 - Os fluxos e rotinas e o cuidado(5 horas).

Encontro 4 - Oficina de construção de Propostas (5 horas).

Tipo de público Externo

---

Público Alvo

São convidados a participar do curso profissionais em atividade na unidade E do Hospital São José de Doenças Infecciosas.

Local de Realização do Curso Hospital São José de Doenças Infecciosas, Fortaleza-CE.

## Seleção

Seleção

Haverá processo seletivo? Não

Haverá vagas para Portadores de Necessidades Especiais ? Não

Haverá cotas raciais? Não

Total de vagas 8

Equipe Interna	Nome	Unidade	Papel	Vínculo	Email
	André Luiz Dutra Fenner	Fiocruz Brasília	Coordenador(a)	Servidor	andre.fenner@fiocruz.br
	Charlliane Fernandes Gonçalves Ribeiro		Coordenador(a) Adjunto(a)		cribeiro@aluno.fiocruz.br
	Virgínia da Silva Corrêa	Fiocruz Brasília	Apoio Pedagógico	Bolsista	virginia.correa@fiocruz.br
	Yasmin Silva da Cruz	Fiocruz Brasília	Organizador(a)	Bolsista	yasmin.cruz@fiocruz.br
	Vera Lucia de Azevedo Dantas		Coordenador(a) Adjunto(a)		dantas.verinha@gmail.com

Equipe Externa	Nome	Papel	Instituição	E-mail
		Apoio Pedagógico		

## Ementa do Curso

Ementa do Curso

Justificativa

O Curso faz parte das estratégias de pesquisa ligadas à produção da dissertação Inclusão dos Saberes dos Sujeitos Usuários em Seu Processo de Cuidado no Contexto de Internação hospitalar, do curso de mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde- Turma especial Promoção e Vigilância em Saúde, Ambiente e Trabalho, realizado em parceria com as unidades da Fiocruz

---

Brasília, Pernambuco e Ceará.

#### Objetivo Geral

O objetivo da formação é permitir a reflexão dos processos de trabalho para a identificação de estratégias que já venham sendo adotadas bem como novas possibilidades no que diz respeito à inclusão dos saberes dos sujeitos usuários em seu processo de cuidado durante a internação hospitalar.

#### Objetivos Educacionais/Aprendizagem

- Identificar a concepção de cuidado de profissionais em atividade na unidade E.
- Construir um fluxograma caracterizando os fluxos institucionais e processos de trabalho que estejam diretamente ligados ao cuidado na unidade e identificando quais os sujeitos e saberes que os compõem.
- Organizar os aprendizados produzidos ao longo dos encontros, uma síntese das reflexões construídas coletivamente ao longo da pesquisa e sistematizar as proposições.

#### Metodologia

##### ENCONTRO 1 - CÍRCULO DE CULTURA - CUIDADO

Objetivo: Identificar a concepção de cuidado de profissionais em atividade na unidade E.

Dia: 20/03/2023. Horário:13 às 18h.

Local: Auditório

Coordenação: Charlliane Fernandes Gonçalves Ribeiro e Vera Lucia de Azevedo Dantas

1. Apresentação da proposta do encontro
  2. Apresentação dos participantes/quebra gelo
  3. Círculo de Cultura:
    - a. Material provocador das discussões: Leitura da Carta de Katia, filha da Sra. Maria Augusta.
    - b. Pergunta geradora: Para você o que é Cuidado?
    - c. Identificação das palavras geradoras
    - d. Tematização
    - e. Problematização -  
Perguntas geradoras:
      - Como os processos e fluxos são estruturados e desenvolvidos?
      - Em que medida os saberes dos usuários são considerados nessa construção dos fluxos e processos de trabalho na unidade?
      - Como se dão as relações entre as categorias e em cada núcleo profissional para a tomada de decisões?
      - Que potencialidades, desafios e contradições você percebe nesse processo?
  - a. Síntese
2. Encerramento: Apresentação da síntese e agradecimentos.

##### ENCONTRO 2- CARTA COMO EU GOSTARIA DE SER CUIDADA(O) SE ESTIVESSE INTERNADA NA UNIDADE E DO HOSPITAL SÃO JOSÉ - ATIVIDADE INDIVIDUAL.



---

Dia: 21/03/2023

Horário: 13 às 18h

Essa atividade será desenvolvida no intervalo entre o encontro 1 e o 3.

Produção de uma Carta com o tema E se fosse Eu que estivesse internado(a) na unidade E do Hospital São José?

Algumas questões a serem consideradas para reflexão durante a produção:

O que é Cuidado?

Como é a vida dos pacientes internados nesta unidade? O que me diferencia deles?

O que desejaria que fosse diferente em minha internação em relação ao que acontece atualmente?

O que gostaria que fosse mantido do jeito que é atualmente?

Quais saberes seus você gostaria que fossem considerados em seu cuidado durante a internação?

Quem é responsável pelo cuidado durante a internação?

Como as questões a seguir poderiam interferir em sua internação:

- Como os processos e fluxos do hospital são estruturados e desenvolvidos?
- Em que medida os saberes e demandas dos usuários são considerados nessa construção dos fluxos e processos de trabalho na unidade?
- Como se dão as relações entre as categorias e em cada núcleo profissional para a tomada de decisões?
- Que potencialidades, desafios e contradições você percebe nesse processo?

### ENCONTRO 3- OFICINA - FLUXOS DO CUIDADO

Objetivo: Construir um fluxograma caracterizando os fluxos institucionais e processos de trabalho que estejam diretamente ligados ao cuidado na unidade e identificando quais os sujeitos e saberes que os compõem.

Dia: 22/03/2023

Horário: 13 às 18h

Local: Jardim Unidade D

Coordenação: Charlliane Fernandes

1. Apresentação da proposta do encontro
2. Momento de acolhida
3. Usuário apresenta seu caminho dentro da instituição
4. Profissionais complementam indicando os saberes envolvidos
5. Desenho geral dos processos de trabalho da unidade a partir dos fluxos registrados.
6. Identificação de possibilidades de inclusão dos saberes dos usuários nesse fluxo.
7. Construção de um fluxo que o grupo de usuários e profissionais julguem ideais.

Problematizar- questões geradoras:

O que diferencia os profissionais (um do outro)?

O que seria necessário para que boas práticas fossem ampliadas, institucionalizadas?

Que espaços percebemos como possíveis para ampliação/construção desse lugar de fala e decisão dos usuários?

Que processos podemos desencadear no hospital pra seguir desenvolvendo isso?

Encerramento: Momento de cuidado e agradecimentos.

### ENCONTRO 4 - OFICINA - PROPOSTAS: PROFISSIONAIS E USUÁRIOS

---

Objetivo: Organizar os aprendizados produzidos ao longo dos encontros, uma síntese das reflexões construídas coletivamente ao longo da pesquisa e sistematizar as proposições.

Dia: 23/03/2023

Horário: 13-18h

Local: Sala RUTE

Coordenação: Charlliane Fernandes

1. Acolhida e apresentação da proposta do encontro
2. Expor materiais produzidos nos encontros anteriores
3. Discutir cada tópico
4. Produzir material com propostas para aperfeiçoamento dos processos de trabalho conforme as discussões realizadas.
5. Definição de forma de socialização na instituição do que foi produzido, discutindo alternativa considerada pelo grupo como mais adequada e relevante.

Encerramento: Momento de cuidado e agradecimentos.

Avaliação Presença nos encontros.

Pre-requisitos

Pré-requisito (outros/detalhamento)

Ser profissional em atividade na unidade e do Hospital São José de Doenças Infecciosas.

Estrutura

ENCONTRO 1 - CÍRCULO DE CULTURA - CUIDADO

Objetivo: Identificar a concepção de cuidado de profissionais em atividade na unidade E.

Dia: 20/03/2023. Horário:13 às 18h.

ENCONTRO 2- CARTA COMO EU GOSTARIA DE SER CUIDADA(O) SE ESTIVESSE INTERNADA NA UNIDADE E DO HOSPITAL SÃO JOSÉ - ATIVIDADE INDIVIDUAL.

Dia: 21/03/2023

Horário: 13 às 18h

ENCONTRO 3- OFICINA - FLUXOS DO CUIDADO

Objetivo: Construir um fluxograma caracterizando os fluxos institucionais e processos de trabalho que estejam diretamente ligados ao cuidado na unidade e identificando quais os sujeitos e saberes que os compõem.

Dia: 22/03/2023

Horário: 13 às 18h

ENCONTRO 4 - OFICINA - PROPOSTAS: PROFISSIONAIS E USUÁRIOS

---

Objetivo: Organizar os aprendizados produzidos ao longo dos encontros, uma síntese das reflexões construídas coletivamente ao longo da pesquisa e sistematizar as proposições.

Dia: 23/03/2023

Horário: 13-18h

## Cronograma de Oferta

Cronograma de Oferta

Data prevista para lançamento de edital ou chamada pública.

Data prevista para início das inscrições sex, 17/03/2023

Data prevista para final das inscrições. seg, 20/03/2023

Data prevista para início da oferta. seg, 20/03/2023

Data prevista para final da oferta. qui, 23/03/2023

## Financiamento

Financiamento

Fonte de Financiamento Sem Financiamento

Possui bolsa de auxílio?

Detalhar financiamento

## Documentos Complementares

Documentos Complementares

Anexar termo de referência do curso

Anexar parecer de aprovação do curso

Programação/Cronograma do curso

Planilha financeira

Anexar outros documentos

---

## Certificado

Certificado

Irá emitir certificado Sim

Escolha a versão do certificado Versão 2 - frente/verso com QR Code, Assinaturas e Logos de Parceiros

Formato da data no certificado Início e final da Oferta  
Certificado versão 2

Deseja usar assinaturas no certificado? Sim  
Assinatura Coordenador

Deve ser apresentada minimamente a assinatura do Coordenador do Curso representando institucionalmente a Fiocruz. Dimensões 350 x 80px (ou proporcional);

Imagem com assinatura do Coordenador [Assinatura\\_Andre\\_Fenner\\_500px.png](#)

Assinatura 2

Dimensões 350 x 80px (ou proporcional);

Nome Assinatura 2 Luciana Sepúlveda Köptcke

Papel Assinatura 2 Diretora Executiva da Escola de Governo Fiocruz

Imagem com assintaura 2 [Modelo-Certificado-Assinatura\\_Luciana\\_Sepulveda.png](#)

Assinatura 3

Dimensões 350 x 80px (ou proporcional);

Nome Assinatura 3 Maria Fabiana Damasio Passos

Papel Assinatura 3 Diretora Fiocruz Brasília

Imagem com assintaura 3 [Modelo-Certificado-Assinatura\\_Maria\\_Fabiana.png](#)

Imagem com as logos dos parceiros

Programação do curso para certificado  
Encontro 1 - Círculo de cultura - Concepções de cuidado -5 horas  
Encontro 2 - Carta Como eu gostaria de ser cuidada(o) se estivesse internada na Unidade E do Hospital São José - Atividade individual -5 horas  
Encontro 3 - Os fluxos e rotinas e o cuidado -5 horas  
Encontro 4 - Oficina de construção de Propostas -5 horas



---

Totalizando: 20 horas

Observações no certificado

## **Serviços do Campus**

Serviços do Campus Virtual Fiocruz

Deseja criar site para divulgação do curso e inscrição de alunos? Não

Deseja automatizar a confirmação de inscrição de cursos livres? Não

Qual o link de divulgação do curso?

Qual o link externo de inscrição no curso?

Deseja criar um Ambiente Virtual no Moodle Campus? Não