

Jair Magalhães da Silva
Lucinéia Braga de Oliveira Magalhães
(Organizadores)



CUIDADO EM SAÚDE: saberes, práticas e experiências em diferentes cenários



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA

Reitor

Prof. Dr. Luiz Otávio de Magalhães

Vice-Reitor

Prof. Dr. Marcos Henrique Fernandes

Pró-Reitora de Extensão e Assuntos Comunitários (PROEX)

Profª Drª Gleide Magali Lemos Pinheiro

Diretor da Edições UESB

Cássio Marcílio Matos Santos

Editor

Yuri Chaves Souza Lima

COMITÊ EDITORIAL

Presidente

Profª Drª Gleide Magali Lemos Pinheiro (PROEX)

Representantes dos Departamentos/Áreas de Conhecimento

Profª Drª Adriana Dias Cardoso (DFZ)

Profª Drª Alba Benemérita Alves Vilela (DS II)

Prof. Dr. Prof. Cezar Augusto Casotti (DS I)

Prof. Me. Érico Rodrigo Mineiro Pereira (DCSA)

Prof. Dr. Flávio Antônio Fernandes Reis (DELI)

Prof. Dr. José Rubens Mascarenhas de Almeida (DH)

Prof. Dr. Luciano Brito Rodrigues (DTRA)

Prof. Dr. Manoel Antonio Oliveira Araújo (DCSA)

Representantes da Edições UESB

Esp. Cássio Marcílio Matos Santos (Diretor)

Esp. Yuri Chaves Souza Lima (Editor)

Adm. Jacinto Braz David Filho (Revisor)

Dr. Natalino Perovano Filho (Portal de Periódicos)

PRODUÇÃO EDITORIAL

Coordenação Editorial

Yuri Chaves Souza Lima

Normalização Técnica

Jacinto Braz David Filho

Editoração Eletrônica

Ana Cristina Novais Menezes (DRT-BA 1613)

Capa

Ilustração: sugerida pelos organizadores

Arte gráfica: Warley Souza dos Reis

Revisão de linguagem

Jackson Abade de Oliveira

Tipologia: Garamond 11/15/papel Offset 90g.

Publicado em dezembro de 2021.

Jair Magalhães da Silva
Lucinéia Braga de Oliveira Magalhães
(Organizadores)

CUIDADO EM SAÚDE:
saberes, práticas e experiências em
diferentes cenários



Vitória da Conquista – BA
2021

Copyright © 2021 by Organizadores
Todos os direitos desta edição são reservados a Edições UESB.
A reprodução não autorizada desta publicação, no todo ou em parte,
constitui violação de direitos autorais (Lei 9.610/98).

E-book selecionado e custeado conforme e com recursos do
Edital UESB Nº 123/2019 – Da Publicação de Livros Técnico-Científicos.

C888

Cuidado em saúde: saberes, práticas e experiências em diferentes cenários.
/Orgs. Jair Magalhães da Silva, Lucinéia Braga de Oliveira Magalhães.
- -Vitória da Conquista: Edições UESB, 2021.

174p.

e-ISBN 978-65-87106-34-2

1. Cuidados em saúde. 2. Serviço de saúde – Gestão e cuidado.
3. Assistência domiciliar. 4. Pacientes hospitalizados. I. Silva, Jair Magalhães.
II. Oliveira, Lucinéia Braga de. IV. T.

CDD: 372.7

Catálogo na fonte: Juliana Teixeira de Assunção – CRB 5/1890
Biblioteca Universitária Professor Antonio de Moura Pereira
UESB – Campus de Vitória da Conquista

Editora filiada à:



EDIÇÕES UESB

Campus Universitário – Caixa Postal 95 – Fone: 77 3424-8716
Estrada do Bem-Querer, s/n – Módulo da Biblioteca, 1º andar
45031-900 – Vitória da Conquista – Bahia
www2.uesb.br/editora – E-mail: edicoesuesb@uesb.edu.br

Dedicamos esta obra a **todos os profissionais de saúde** que, *RESISTENTEMENTE*, em meio às inúmeras dificuldades relacionais, estruturais e organizacionais, que comprometem a qualidade da assistência, permanecem firmes no exercício da profissão, valorizando à vida humana como princípio norteador do Cuidado em Saúde. A responsabilidade derivada destes profissionais que sofrem com a precarização do trabalho, com a escassez de materiais e equipamentos, com o estresse laboral e com a desvalorização da população motivada pelo desconhecimento do processo de trabalho, nos revela a capacidade cosmogênica que dá sentido ao Cuidado em Saúde, em toda sua subjetividade.

E aprendi que se depende sempre
De tanta, muita, diferente gente
Toda pessoa sempre é as marcas
Das lições diárias de outras tantas pessoas
E é tão bonito quando a gente entende
Que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá
E é tão bonito quando a gente sente
Que nunca está sozinho por mais que pense estar
É tão bonito quando a gente pisa firme
Nessas linhas que estão nas palmas de nossas mãos
É tão bonito quando a gente vai à vida
Nos caminhos onde bate, bem mais forte o coração.
(GONZAGUINHA, *Caminhos do Coração*, 1982).

SUMÁRIO

Sobre os Organizadores e Autores.....9

Apresentação

Jair Magalhães da Silva e Lucinéia Braga de Oliveira Magalhães.....13

Capítulo 1 – O cuidado em saúde: um diálogo sobre a relação enfermeiro/paciente na assistência oncológica

Lucinéia Braga de Oliveira Magalhães, Jair Magalhães da Silva e Caiuze Aguiar Nunes.....17

Capítulo 2 – Concepções dialógicas sobre a integralidade do cuidado no acolhimento de pessoas com classificação de risco

Jair Magalhães da Silva e Andressa Souza Santos.....40

Capítulo 3 – Cuidado em saúde na classe hospitalar: um direito das crianças/dos adolescentes hospitalizados

Lucinéia Braga de Oliveira Magalhães e Ana Cristina Santos Duarte.....75

Capítulo 4 – Integração, cuidado e religiosidade em uma Unidade de Terapia Intensiva

Lucinéia Braga de Oliveira Magalhães, Jair Magalhães da Silva e Josenilton Matos Dias.....111

**Capítulo 5 – Análise da gestão do cuidado no serviço de
atenção domiciliar**

Jair Magalhães da Silva e Gabriela de Freitas Cardoso.....134

**Capítulo 6 – Cuidado em saúde no Movimento dos
Trabalhadores Rurais sem Terra**

Jair Magalhães da Silva e Tássia Dabyanna Almeida Rebouças.....151

SOBRE OS ORGANIZADORES E AUTORES

ORGANIZADORES

JAIR MAGALHÃES DA SILVA



Enfermeiro, Doutor em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e Especialista em Saúde Coletiva (ISC/UFBA), em Enfermagem Obstétrica (UESB), em Comunicação em Saúde (UESB) e em Comunicação e Semiótica Linguagens e Leitura (UESB). Atualmente é Professor Adjunto do Departamento de Saúde II (DS II) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), vinculado a área de Gestão e Estágio Supervisionado em Enfermagem. Tem experiência na área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, com ênfase nos seguintes temas: Políticas Públicas; Sistemas e Serviços de Saúde; Trabalho Gerencial em Saúde; Produção/Gestão do Cuidado e Práticas em Saúde; Controle e Participação Social, entre outros.

LUCINÉIA BRAGA DE OLIVEIRA MAGALHÃES



Psicóloga, Pedagoga, Administradora, Mestre e Doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGEs/UESB) e Especialista em Gestão de Pessoas (FTC), em Psicopedagogia Institucional, Clínica e Hospitalar (Escola de Engenharia de Agrimensura) e em Avaliação Psicológica (FAVIC). Atualmente é Psicóloga do quadro efetivo da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS), em Jequié-BA; Professora do Quadro Efetivo da Secretaria Municipal de Educação (SME)/Jequié-BA; e Professora Associada da Faculdade de Tecnologia e Ciências (UNIFTC). Atuou como Coordenadora do Serviço de Psicopedagogia hospitalar no Hospital Geral Prado Valadares (HGPV), implantando a Classe Hospitalar.

Tem experiência na área de Psicologia; Educação e Gestão de Pessoas, com ênfase nos seguintes temas: Psicologia Organizacional, Social, da Saúde e do Trabalho; Desenvolvimento e Educação Infantil, Dificuldades da Aprendizagem e Psiciopedagogia; Relações Interpessoais; Trabalho em grupos e processo motivacional.

AUTORES

ANA CRISTINA SANTOS DUARTE



Bióloga, Mestre e Doutora em Educação pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Pós-Doutora em *Didáctica de las Ciencias Experimentales*, na Universidad Nacional del Litoral (UNL), na Ciudad de Santa Fé, na Argentina. Atualmente é professora plena do Departamento de Ciências Biológicas (DCB) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), da área Educação e Prática de Ensino. Tem experiência na área de Educação, com ênfase em Formação de Professores, atuando principalmente nos seguintes temas: ensino de Ciências e Biologia; educação inclusiva; aprendizagem; educação; diversidade. Docente e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Educação Científica e Formação de Professores (DCB/UESB) e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (DS/UESB).

ANDRESSA SOUZA SANTOS



Enfermeira e Especialista em Saúde da Família pela Fundação Estatal de Saúde da Família em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FESF-FIOCRUZ). Atuou no Programa do cotidiano do SUS enquanto princípio educativo, nas áreas de pesquisa e gestão em saúde no Hospital Geral Prado Valadares (HGPV) pela Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB). Principais temas de pesquisa: Sistema Único de Saúde: princípios e diretrizes; Planejamento e gestão em saúde; Atenção primária; Modelos de atenção à saúde; e Saúde da mulher.

CAIUZE AGUIAR NUNES



Enfermeira, Mestranda em Enfermagem e Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGEs) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Especialista em Oncologia pela Universidade Cândido Mendes (UCAM), Integrante do Núcleo de Pesquisa em Bioética e Espiritualidade (NUBE/UESB) e Docente Preceptora de Enfermagem, pela Secretaria de Educação do Estado da Bahia, do Centro Estadual em Educação Profissional em Gestão e Tecnologia da Informação (CEEP Régis Pacheco). Principais temas de pesquisa: Enfermagem Oncológica; Cuidados Paliativos; Bioética; e Saúde Pública.

GABRIELA DE FREITAS CARDOSO



Enfermeira e Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/FESF-SUS). Atuou como Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família, no município de Camaçari-BA. Atualmente, atua como enfermeira assistencial no Município de Salvador-BA e é Pós-Graduanda em Gestão Hospitalar no Centro Universitário Leonardo da Vinci (Uniassevi).

JOSENILTON MATOS DIAS



Graduado em Enfermagem pela Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC) e em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade Federal da Bahia (UFBA); Especialista em Gestão e Procedimentos para Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes pela Escola de Saúde Pública da Bahia (ESPBA), em Preceptoría em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e em Enfermagem em UTI e Emergência pelo Centro Universitário Social da Bahia (UNISBA); Coordenador da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para

Transplantes (CIHDOTT) do Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES/UFBA) desde 2015; e membro da CIHDOTT do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS/SESAB). Principais temas de pesquisa: Bioética, Direito Médico e Direito em Saúde.

TÁSSIA DAHYANNA ALMEIDA REBOUÇAS



Enfermeira pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) com Pós-Graduação *Lato Sensu* em andamento em Neurociências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Atua na Atenção Primária à Saúde (APS) da Estância Balneária de Peruíbe. Trabalhou no serviço de urgência e emergência do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (USP).

APRESENTAÇÃO

Quando optamos por navegar pelos mares do Cuidado em Saúde, sabíamos que teríamos uma árdua e longa jornada na direção do nosso porto seguro. Durante a navegação, em meio a tantas incertezas, precisávamos manter o equilíbrio e compreender que novas reflexões, críticas e dúvidas faziam parte de uma estratégia necessária para o debate sobre o fenômeno em suas múltiplas facetas. Em tempo de crise do pensamento crítico, é certo que, na construção do conhecimento, muitos são os mares navegados para que novos paradigmas produzam transformações necessárias. Entretanto, distante da intencionalidade de construir uma produção científica centralizada em uma “*verdade única*”, apresentamos aos leitores algumas possibilidades de reflexão sobre os saberes, as práticas e as experiências do Cuidado em Saúde em diferentes cenários.

Para além desta questão, faz-se necessário destacar que acolhimento, vínculo, responsabilização, atenção e respeito ao ser humano são alguns exemplos de eixos orientadores para a produção do Cuidado em Saúde. Partindo desta perspectiva, acredita-se que a busca pela organização das práticas precisa extrapolar os limites da assistência “Flexineriana” e dar espaço para outras dimensões da integralidade do cuidado.

Apesar deste alerta, reconhecemos que a produção e seleção dos textos que fizemos procurou tratar do Cuidado em Saúde numa perspectiva polissêmica, o que oportuniza a abertura de margens para críticas, dúvidas e

polêmicas que poderão ser exploradas por diferentes perspectivas teóricas, conceituais e metodológicas, contribuindo para o profícuo debate acadêmico.

Desse modo, a razão de trazer a lume o Cuidado em Saúde foi colocar na arena das discussões temáticas que, ao extrapolarem o campo do saber técnico/profissional, revelam desafios impostos por ações e atitudes inerentes à prática do Cuidado. Para cumprir esse propósito, apresentamos por meio de estudos empíricos, análise bem aproximadas do que representa o Cuidado em Saúde na realidade de diferentes atores em diferentes cenários.

O **primeiro capítulo**, “Cuidado em Saúde: um diálogo sobre a relação enfermeiro-paciente na assistência oncológica”, é dedicado a explorar o Cuidado em Saúde na assistência oncológica. Neste capítulo, a ênfase está para a apresentação da situação de adoecimento do ser humano e sua necessidade de amparo emocional devido, principalmente, à perda da aparência, às mutilações e ao isolamento social. A partir da Análise do Discurso do Sujeito Coletivo, são apresentados relatos de pacientes que realizam Tratamento Fora do Domicílio, bem como apontados questões relevantes para compreender que o Cuidado em Saúde junto à pacientes que, para além do indispensável saber técnico-científico, necessitam de uma atitude que inclui envolvimento, sensibilidade e respeito.

No **segundo capítulo**, “Concepções dialógicas sobre a integralidade do cuidado no Acolhimento de pessoas com Classificação de Risco”, buscase refletir sobre a integralidade do cuidado como dimensão ampliada das políticas de saúde na perspectiva de enfermeiras e usuários do serviço de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR). Consta-se que a integralidade do cuidado, apesar de ser considerada um princípio organizativo do SUS e possuir dimensões que fortalecem os serviços e ações de saúde, acontece de maneira fragmentada, acarretando implicações no cuidado em saúde, na organização dos serviços e na efetivação das políticas públicas.

O **terceiro Capítulo**, “Cuidado em Saúde na Classe Hospitalar: um direito das crianças/dos adolescentes hospitalizados”, demarca um debate sobre o atendimento pedagógico direcionado para crianças/adolescentes que estão impossibilitadas de frequentar regularmente sua escola de origem, por se encontrarem hospitalizadas. O Cuidado em Saúde na Classe Hospitalar

se revela não apenas no atendimento clínico assistencial, mas também por meio das ações pedagógicas desenvolvidas por meio de atividades lúdicas e educativas. Esse cuidado contribui para que crianças/adolescentes tenham uma maior aproximação com a realidade hospitalar e suas rotinas diárias, de modo a desmistificar a hospitalização, melhorar o processo de socialização, superar desafios e, conseqüentemente, favorecer o processo de recuperação. Esse texto representa uma oportunidade para ampliar as discussões sobre o Cuidado em Saúde e sua interface com as práticas educativas como essenciais para que crianças/adolescentes respondam favoravelmente ao tratamento de saúde, bem como diminuam as ameaças de reprovações, evasão escolar e distanciamentos da aprendizagem.

No **quarto Capítulo**, “Integração cuidado e religiosidade em uma Unidade de Terapia Intensiva”, tem-se uma abordagem sobre a dimensão religiosa, que na condição de uma das inúmeras faces do ser humano, se manifesta no sentir, no agir, no pensar e no viver. Para tanto, buscou-se analisar o sentido e o significado da religiosidade dos enfermeiros na prática do Cuidado em Saúde, sendo constatado que a religiosidade pode favorecer a tolerância em relação ao paciente, além de aumentar a paz e a concentração no desenvolvimento do cuidado.

O **quinto capítulo**, “Análise da Gestão do Cuidado nos serviços de Atenção Domiciliar”, traz elementos que potencializam o debate sobre o Cuidado Domiciliar à Saúde centrado na convivência entre profissional, paciente e seus familiares. Apesar da importância da descentralização das ações e serviços de saúde enquanto potencializadora da gestão do cuidado, entraves operacionais como as dificuldades de acesso ao serviço e a pouca participação e interferência familiar tendem a contribuir para a baixa qualidade do Cuidado em Saúde.

Finalmente, no **sexto capítulo**, “Cuidado em Saúde no Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra”, nos é apresentado o debate sobre o Cuidado em Saúde de indivíduos integrantes do Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra. Discute, portanto, sobre as concepções de saúde/doença e as condições de acesso aos serviços de assistência à saúde. Emergindo pela análise dos dados a partir da Hermenêutica Dialética, é

possível constatar a percepção da saúde enquanto fenômeno essencial à condição de existência humana e a doença como fenômeno perturbador daquilo que é considerado estado de normalidade, sendo o acesso aos serviços de saúde um dos maiores problemas deste grupo populacional. Não por acaso, o Cuidado em Saúde se torna fragilizado devido às vulnerabilidades sociais que permeiam a vida desses indivíduos, dificultando a redução das iniquidades em saúde.

É certo que, no campo da saúde, muitos desafios já estão postos e tantos estão por vir, por isso não temos a pretensão, e nem poderíamos ter, de exaurir o debate sobre o fenômeno. Pretendemos, assim, levar ao leitor pontos de vistas diversificados sobre a importância do Cuidado em Saúde em diferentes cenários, contribuindo para a reflexão não apenas sobre os desafios, mas, principalmente, sobre possíveis estratégias de enfrentamentos.

Portanto, o *DESAFIO FOI FEITO* e desejamos que este livro possa ajuda-lo(a) a construir *ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO* que sejam estimulantes para a produção de novos saberes, práticas e experiências.

Desejamos uma leitura agradável e encorajadora!!!

*Jair Magalhães da Silva
Lucinéia Braga de Oliveira Magalhães*

Capítulo 1

O cuidado em saúde: um diálogo sobre a relação enfermeiro-paciente na assistência oncológica

*Lucinéia Braga de Oliveira Magalhães
Jair Magalhães da Silva
Cainze Aguiar Nunes*

Introdução

Câncer é uma palavra que tem sua origem no grego “*KARKÍNOS*”, que significa caranguejo, tendo sido utilizada pela primeira vez por Hipócrates (460-377 a.C.) para designar um tumor (BRASIL, 2020). Reconhecido como uma doença *pleomórfica*, o câncer corresponde à uma forma não controlada de crescimento celular e apresenta “capacidade de crescimento invasivo e de disseminação por vasos sanguíneos ou linfáticos, sobrevivendo e crescendo com novas lesões em linfonodos ou órgãos distantes, caracterizando as metástases” (ALVES; DE MELLO; LONGATTO FILHO, 2013, p. 10).

Em geral, constata-se que as neoplasias malignas são, genericamente, conhecidas como “câncer” e, na prática, como tumores. Sua nomenclatura refere-se a um conjunto de mais de 100 doenças, que tem em comum o crescimento celular anormal e desordenado (**maligno**) de células que

invadem tecidos adjacentes ou órgãos à distância, podendo espalhar-se (**metástase**) para outras regiões do corpo (BRASIL, 2020).

Para a maioria dos estudiosos do tema, cânceres são doenças da expressão descontrolada de genes e têm sua origem em uma única célula que adquire alteração genética em um ou mais genes, provocando crescimento descontrolado e disseminação de células anormais (OMS, 2016; CHAMMAS; SANTOS; JAEGER, 2013).

O processo de formação do câncer, que ocorre, muitas vezes, de maneira lenta e silenciosa, é denominado de carcinogênese ou oncogênese. De acordo com Oliveira (2016), esse processo complexo envolve múltiplas vias e tem como característica a alteração da função normal das células vivas. Estas são reprogramadas pela divisão celular descontrolada, formando uma massa denominada tumor. Para a autora referida, os agentes carcinogênicos químicos, físicos, agentes infecciosos e estilo de vida influenciam e, ao menos em parte, explicam a incidência crescente da exposição do organismo à proliferação das células descontroladas.

Muitos são os fatores desencadeantes que contribuem para essa capacidade de invasão e disseminação das células nos mais distintos tecidos do corpo, produzindo achados tumorais característicos do câncer. Esses tumores malignos, com base em sua origem embrionária, quando surgem em tecidos epiteliais (pele ou mucosas), são denominados de carcinomas e, quando iniciam nos tecidos conjuntivos (osso, músculo ou cartilagem), são denominados de sarcomas (BRASIL, 2020).

Para além dessas questões, outro aspecto pertinente a ser considerado refere-se ao crescimento, nas últimas décadas, da incidência de câncer no Brasil e no mundo. Esse processo se deve, em grande parte, às rápidas e profundas mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população.

Nesse sentido, devido aos novos padrões de trabalho e moradia, observa-se que hábitos saudáveis, antes mais comuns, são substituídos por meios considerados mais viáveis a uma vida moderna, porém, insalubres, tais como: consumo de *fast-foods*, redução no tempo investido em atividades físicas e maior exposição a agentes predisponentes a problemas graves de saúde. Essas alterações nos padrões de saúde e doença, somados ao aumento

da expectativa de vida, influenciam diretamente no perfil atual de saúde dos indivíduos, favorecendo: de um lado, a tendência à redução das Doenças Transmissíveis (DT) e, do outro, ao aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) – especialmente das doenças cardiovasculares e do câncer.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontavam que, em 2016, as DCNT's foram responsáveis por cerca de 41 milhões (71%) de um total de 54 milhões de mortes ocorridas no mundo (WHO, 2018). Das múltiplas causas de morbimortalidade no mundo, as principais foram: as doenças do aparelho respiratório, as cardiovasculares e o câncer – sendo este o único a crescer independentemente do lugar, e ao qual é atribuído como causa de uma em cada dez mortes entre países em desenvolvimento (BELHIANE; MATOS; CAMARGOS, 2014).

No que se refere a incidência e mortalidade, de acordo com Silva (2013), as estimativas da OMS para 2030 preveem 27 milhões de novos casos de cânceres com mais de 17 milhões de mortes por ano. Para esse autor e, com base nas evidências epidemiológicas, estima-se que entre 3,8 a 5,0 milhões dos casos novos poderiam ser evitados se fossem promovidas ações preventivas que, aliadas a adoção de hábitos de vida saudáveis, reduzissem a exposição da população a fatores de risco. Do mesmo modo, 2,3 a 3,0 milhões de mortes poderiam ser evitadas caso houvesse uma detecção precoce, acrescida de diagnóstico e tratamento oportuno dessa doença.

No Brasil, a incidência do número de casos de câncer é “estimada”, oficialmente, pelo Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), órgão vinculado ao Ministério da Saúde (MS). Essa estimativa é utilizada como referência para a definição de: estratégias de enfrentamento, planejamento de ações, construção de políticas públicas, alocação de recursos, avaliação e monitoramento de ações de controle do câncer, bem como para garantia de uma assistência qualificada aos pacientes em tratamento oncológica.

Para o triênio 2020-2022, as estimativas sobre a incidência do número de casos de câncer apontam para a ocorrência de cerca de 625 mil casos novos por ano. Excetuando-se o câncer de pele do tipo *não melanoma*, acredita-se que aparecerão cerca de 450 mil casos novos no Brasil (BRASIL, 2020).

Referente à região nordeste, o INCA estimou, para 2020, um total de 69.140 casos entre os homens e 67.080 entre as mulheres, abrangendo todos os tipos de câncer, inclusive os casos de câncer de pele *não melanoma*. No que diz respeito ao estado da Bahia, a incidência prevista para 2020 foi de 17.000 casos entre homens e 15.590 entre as mulheres, incluindo todas as neoplasias (BRASIL, 2019). Esse cenário de grande progressão estatística repercute, por consequência, no aumento da demanda da atenção oncológica, fazendo-se necessário não só melhores condições estruturais para os serviços, mas também um melhor preparo das equipes – em especial das de enfermagem – para atender esses pacientes, garantindo-lhes uma prática de atenção humanizada durante todas as fases do cuidado com a saúde destes.

Nesse cenário, dentre as diversas áreas de atuação profissional do setor de saúde, está também a enfermagem como uma das profissões essenciais para este campo. Reportando-se à essa profissão enquanto ciência centrada no cuidado ao ser humano, é importante sublinhar seu destaque não apenas pelo trabalho desempenhado junto à equipe multiprofissional, mas, principalmente, por ser a profissão que mais tempo passa ao lado do paciente, prestando-lhes cuidados em saúde. Essa aproximação entre enfermeiro e paciente permite que a assistência prestada, em todos os níveis de atenção, com conhecimentos técnicos, científicos e culturais, tenha como princípios basilares o respeito à vida, à dignidade e aos direitos humanos do enfermo.

Nessa mesma direção, é possível situar o debate sobre o cuidado em saúde de pacientes em tratamento oncológico. Cumpre registrar, no entanto, que, em oncologia, a relação entre profissional-paciente adquire contornos mais profundos, desencadeados pelos inerentes impactos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais – os quais envolvem a relação de cuidado, desde o diagnóstico até a reabilitação ou o término da vida.

Ainda hoje, ser diagnosticado com câncer, para a maioria das pessoas, implica em sofrimento e sentença de morte. A confirmação do diagnóstico, diante da inesperada notícia e, principalmente, das incertezas sobre o futuro e as estratégias de enfrentamento à doença, provoca no indivíduo e em seus familiares diversos sentimentos, tais como: surpresa, dor, medo, angústia e desespero.

Como enfatizado por Silva e Castro (2017), apesar dos avanços da medicina, a sociedade ainda impõe ao sujeito diagnosticado muitos estigmas que geram discriminação e rejeição social. Diante disso, em qualquer situação de adoecimento do ser humano, e mais especificamente do paciente oncológico, constata-se a necessidade de amparo emocional, sobretudo em circunstâncias permeadas pelos estigmas gerados por: alterações na aparência física do paciente, mutilações e, também, devido ao isolamento social – sintomas os quais são comuns em pessoas acometidas pelo câncer.

A respeito disso, não se pode perder de vista que, devido a carga de sentimentos desprendidos, o trabalho do(a) enfermeiro(a) é complexo e carregado de desgaste emocional, por envolver o vínculo construído entre esse profissional e os pacientes e seus familiares, bem como pela própria necessidade deste profissional revelar suas impressões referentes à doença e seus estigmas (KOLHS *et al.*, 2016). Assim, é importante discernir tais sentimentos e construir estratégias de enfrentamento, com o intuito de oferecer uma assistência adequada e eficiente capaz de contribuir na redução do sofrimento dos pacientes e dos familiares que necessitam de cuidado.

O cuidado em saúde pela enfermagem é caracterizado por um processo interativo de comunicação entre o(a) enfermeiro(a) e o paciente e seus familiares. A construção de uma relação de cuidado, centrada na confiança, depende de estratégias que valorizem a escuta ativa, pessoal, direcionada e atenta às nuances reveladas no processo assistencial (SOUZA *et al.*, 2019). Nesse sentido, na medida em que apenas o ser humano é apto a sentir e transmitir emoções em suas atitudes, a construção das ações de cuidado deverá levar em conta o processo de humanização. Para isso, a conduta positiva para com o paciente deve ser perpassada pelo respeito à individualidade e à autonomia deste, bem como ser construída por meio de uma relação calorosa, atenciosa e afetuosa. Em outras palavras, essa relação deve ser baseada no respeito e no acolhimento, de forma que o profissional de saúde demonstre estar sempre interessado a ajudar, garantindo, assim, o cuidado em saúde aos pacientes alicerçado na humanização (RENNÓ; JOSÉ; CAMPOS, 2014).

Observa-se, então, que o estabelecimento de vínculos e do acolhimento entre o profissional de enfermagem e o paciente em tratamento

oncológico é elemento intrínseco do cuidar, interferindo diretamente no processo saúde/doença de pacientes que vivenciam uma situação muito delicada, no enfrentamento do tratamento. Daí emerge a importância do(a) enfermeiro(a) se atentar aos impactos dessa relação, de modo que o cuidado em saúde ao paciente oncológico seja direcionado e qualificado, técnico e cientificamente, para uma conduta terapêutica dinâmica e ativa durante todo o tratamento, visando o alívio do sofrimento.

Diante de todo o exposto, e devido à escassez de pesquisas que abordem, na perspectiva do sujeito em tratamento oncológico, aspectos da prática da atenção humanizada e do vínculo estabelecido entre enfermeiro e paciente, é que encontramos a motivação para a realização desta pesquisa. Esta teve como **objetivo geral**: conhecer as percepções dos pacientes a respeito da relação com o(a) enfermeiro(a) da atenção oncológica; e como **objetivos específicos**: descrever as experiências dos pacientes em tratamento oncológico; reconhecer os vínculos existentes entre paciente e profissional; e identificar como a conduta do enfermeiro interfere no cuidado em saúde desses pacientes.

Dimensões metodológicas

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. Essa abordagem possibilita compreender de forma mais aprofundada o fenômeno investigado, uma vez que considera a singularidade do indivíduo, sabendo que sua subjetividade é a expressão do viver por completo. Além disso, a pesquisa qualitativa viabiliza a possibilidade de elaboração do conhecimento e detém prerrogativas e instrumentos o suficiente para ser respeitada e valorizada como um instrumento científico (MINAYO, 2015).

O estudo descritivo tem como propósito descrever as peculiaridades de determinado grupo de pessoas ou evento, o que implica em tornar as características, posicionamentos, atitudes e crenças do grupo ou população estudada a base da pesquisa. Já no que concerne ao caráter exploratório, este tem como objetivos ampliar, desvendar e transformar conceitos e

ideias, com vistas à concepção de questões mais precisas e com o propósito de trazer uma visão geral sobre o fato (GIL, 2017).

O cenário empírico selecionado para o estudo foi o setor de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), órgão vinculado hierarquicamente ao Departamento de Assessoria, Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de um município do interior da Bahia. Os informantes foram selecionados a partir dos cadastros de usuários dos serviços oferecidos pelo TFD, de acordo com o critério de inclusão único, a saber: adultos entre 18 e 55 anos que estavam ou estiveram submetido a tratamento oncológico.

Atendendo os aspectos éticos e legais, inscritos na Resolução 466/12 (BRASIL, 2012) do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), o estudo foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), através do Parecer nº 1.627.133.

A coleta de dados, teve início após autorização da SMS. Na coleta, foram encontrados 130 cadastros de usuários, sendo que apenas 15 possuíam diagnósticos de câncer com idades dentro dos limites determinados para a pesquisa. O contato com os pacientes, potenciais participantes da pesquisa, foi feito através da busca ativa, partindo dos dados cadastrais. Dentre os 15 pacientes, apenas 4 (quatro), do sexo feminino, foram entrevistadas, sendo que os demais não foram localizados pelos pesquisadores no período da coleta de dados. As entrevistadas tinham idades entre 24 e 49 anos, apresentando diagnóstico médico de Linfoma não-hodgkin (C83), Neoplasia Maligna da Mama (C50), Neoplasia Maligna de Vulva (C51), e Neoplasia Maligna do Colo do Útero (C53), com habitação em zona de periferia do município em que moram.

As entrevistas semiestruturadas individuais foram realizadas nas residências dos pacientes, utilizando como base um roteiro de entrevista pré-determinado contendo perguntas fechadas (com informações sociodemográficas) e abertas (com perguntas específicas sobre o fenômeno), visando por meio deste obter dados satisfatórios e produtivos (MINAYO, 2015; LAKATOS; MARCONI, 2017). Os informantes assinaram o Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após receberem todas as orientações quanto à pesquisa: sigilo das informações obtidas; anonimato dos participantes; e possibilidade de deixarem o estudo a qualquer momento durante a pesquisa, ou seja, antes que a mesma fosse concluída.

Todas as perguntas atenderam aos aspectos éticos, respeitando o compromisso do anonimato firmado no TCLE, de tal modo que os participantes receberam um código de identificação, a saber: **P¹**, **P²**, **P³** e **P⁴**. Assim, com a finalidade de garantir a fidedignidade das respostas, os dados foram gravados em áudio – por intermédio de um minigravador digital – e, em seguida, transcritos na íntegra com a finalidade de produzir os dados necessário para a análise qualitativa.

As informações coletadas foram analisadas por meio de um procedimento que se assemelha à técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (SOUZA *et al.*, 2012), cujo embasamento teórico é dado com base na Teoria das Representações Sociais. O DSC é elaborado na primeira pessoa do singular, de modo a expressar a perspectiva de um determinado grupo sob a forma de um discurso único (SOUZA *et al.*, 2012).

A técnica fundamenta-se em eleger Expressões-Chave dentre os relatos individuais referentes às questões utilizadas na entrevista, sendo essas os fragmentos mais expressivos das respostas. A partir disso, se obtêm as ideias centrais, que correspondem à síntese da mensagem implícita dos discursos manifestados (LEFEVRE; CRESTANA; CORNETTA, 2003). O objetivo do DSC é recompor a essência empírica coletiva em um discurso individual (LEFEVRE; LEFEVRE, 2006).

Nessa direção, a discussão dos resultados foi produzida a partir das entrevistas realizadas com pacientes submetidos a tratamento oncológico. Assim, após leitura e análise da transcrição, procurou-se extrair trechos e expressões que, posteriormente, foram organizadas conforme discurso manifesto. Independentemente, do contexto citado pelo participante, a Expressão-chave foi direcionada para qualquer discurso que possuía aproximação com sua ideia central, uma vez que o método adotado permite essa dinâmica de análise.

Sendo assim, a utilização do método em questão possibilitou a identificação de quatro discursos, a saber: **DCS 01 – Medos e incertezas**

após o diagnóstico; DSC 02 – “Aceitar a doença e buscar o tratamento é o melhor a ser feito”; DSC 03 – Experiências durante o tratamento; e DSC 04 – Importância do enfermeiro durante o tratamento.

DSC 01 – Medos e incertezas após o diagnóstico de câncer

O câncer, há algum tempo atrás, era uma coisa tão absurda, as pessoas tinham medo de pegar, achavam que era contagioso, por isso eu achei que eu estivesse já no corredor da morte, como se aquilo ali fosse o fim! Falei “Meu Deus será que esse tratamento, será que eu vou morrer logo?”, eu tive um sentimento muito ruim, né?! No momento, assim... eu pensei muita coisa ruim. Eu tava com medo, porque povo fala muita coisa pra gente e eu falava assim: “Não vou aguentar!...”. A gente quando tá assim se sente inútil, né?! A gente acha que ninguém vai olhar pra você mais com aquele olhar de antes (*P², P³, P⁶*).

A morte, embora seja etapa imprevisível e inevitável da vida, traz consigo as maiores incertezas do pensamento humano. Quando algo, claramente, pode antecipar o fim da existência, isto se torna profundamente temido e rejeitado pela maioria dos indivíduos. O adoecimento por si só já acarreta transtornos que estão para além do corpo – seja qual for a patologia –, contudo, quando se fala do câncer, a percepção da dor expressa pelo paciente é somada às emoções vividas no decurso da doença, principalmente, às ligadas à mágoa, à culpa, à angústia e ao luto (BELHIANE; MATOS; CAMARGOS, 2014).

Eu fiquei muito triste, fiquei assim deprimida porque a primeira coisa que me falaram quando eu cheguei no hospital foi que deveria cortar logo o cabelo pra poder me acostumar sem ele. Em seguida uma me falou que eu iria ficar sem as unhas, porque o processo de quimioterapia faz cair as unhas, e que eu ia fazer quimioterapia e tinha que já pensar nisso e outra ainda me falou que ia cair os dentes. Eu fiquei com medo! Imaginava: “Será que vão me furar toda? Ou vai raspar minha cabeça?”. Fiquei com aquilo na cabeça, na mente assim, e esses pensamento ruim a gente já sabe, pensa que mesmo fazendo o tratamento não vai viver, que as vezes a gente quer se

livrar da gente antes de ir se tratar, sabe que é uma coisa que não tem cura (P^2 , P^3 , P^4).

Na fala do coletivo, expressa nesse discurso, parece haver uma apreensão gerada pelo conhecimento de que está doente, e mais que isso, que suas projeções de futuro podem estar comprometidas por completo: “[...] esse pensamento ruim a gente já sabe, pensa que mesmo fazendo o tratamento não vai viver”. O receio do coletivo, expresso no discurso, é amplificado pela falta de informação a respeito do próprio estado de saúde, no tocante ao estágio em que a doença foi detectada e o ritmo de sua progressão no organismo.

Um trecho do discurso coletivo chama a atenção, também, para as informações equivocadas e suas influências na vida do paciente, nesse processo: “[...] uma me falou que eu iria ficar sem as unhas, porque o processo de quimioterapia faz cair as unhas, e que eu ia fazer quimioterapia e tinha que já pensar nisso e outra ainda me falou que ia cair os dentes”. É possível apontar que, apesar do processo de tratamento oncológico incluir, na maior parte dos casos, alterações indesejáveis, é necessário que se esclareça ao paciente o quanto antes todos os pontos referentes à terapêutica indicada. A ansiedade gerada pelos tabus e prognósticos preestabelecidos pelo senso comum, frutos de experiências alheias, podem levar a um sentimento de desespero e descrédito quanto à possibilidade de cura existente em boa parte dos casos atualmente.

Sobre esse ponto, é importante considerar que é fundamental o papel realizado pela equipe de saúde, em especial pelo enfermeiro – tendo em vista que este também atua como educador em saúde frente ao paciente oncológico. Dentre as funções de incumbência dessa equipe, está a de ficar em alerta quanto às questões culturais e aos estigmas sociais sobre o câncer, pois estes funcionam quase sempre como gatilhos que levam à não aceitação e até mesmo à desistência do tratamento por muitos pacientes, devido à dificuldade de compreensão das informações por estes a respeito da doença (BARBOSA; TELLES FILHO, 2008).

DSC 02 – “Aceitar a doença e buscar o tratamento é o melhor a ser feito”

Fiquei tranquila, não me desesperei em nenhum momento, afinal já tinha sido diagnosticada mesmo. A gente só ia ver como que ia acontecer, qual era o próximo passo, qual era a alternativa, o que os médicos iam dizer, se ia precisar fazer cirurgia, qual procedimento. Recebi alguns conselhos de que eu precisava primeiro ter fé, e depois procurar fazer o que fosse necessário. Aí eu vi que não tinha mais como eu tirar, tinha que correr pra o tratamento mesmo, aí eu me conformei (*P¹, P², P³, P⁴*).

O discurso coletivo, em análise, revela a importância da resiliência no enfrentamento do diagnóstico e no tratamento da doença. Nesse sentido, a expressão “Já tinha sido diagnosticada mesmo. A gente só ia ver como que ia acontecer, qual era o próximo passo, qual era a alternativa” demonstra, apesar do impacto gerado pelo diagnóstico, uma postura de aceitação gradativa da realidade apresentada, e ao mesmo tempo uma disposição para o enfrentamento da doença pelo paciente.

Essas atitudes podem ser direcionadas tanto à busca e ao empenho em cumprir o tratamento, quanto no manter a rotina habitual do paciente dentro do contexto social em que atuava. Essa manutenção das atividades sociais produz autoconfiança nesse indivíduo, e isso é muito importante para seu equilíbrio psíquico, pois ao se isolar são maiores as chances de fragilização emocional do mesmo – toda via, é necessário respeitar sempre as limitações e orientações dadas pela equipe de saúde que o acompanhará no decorrer do tratamento, para que não haja outras complicações. De todo modo, é imprescindível a qualquer indivíduo se perceber como alguém capaz de realizar tarefas úteis, independentemente do adoecimento; isso proporciona maior receptividade aos métodos de tratamento, pois não afasta totalmente o indivíduo de seus papéis sociais.

É importante ressaltar que a resiliência é um termo comumente utilizado em várias situações cotidianas e em alguns campos da ciência, porém no âmbito da oncologia o seu significado se torna mais denso. Partindo do prisma dos aspectos psicossociais, a resiliência é caracterizada

como uma resposta humana diante de adversidades das mais diversas naturezas. Esta é expressa quando o indivíduo demonstra a capacidade de reagir positivamente às situações conflitantes, e isso se observa no trecho: “[...] não fiquei menos mulher porque eu tirei uma mama, porque mulher não é só mama nem só bunda, e pra mim o importante não é ter duas mamas, o importante é ser saudável [...] não tenho nem o porquê me sentir menos”. Como resultado da resiliência, esse indivíduo consegue dispor de maior flexibilidade, equilíbrio, perseverança e otimismo, o que permite que o sujeito supere seus medos e limitações, sem perder a visão dos desafios reais e presentes em sua vida (SÓRIA; BITTENCOURT; DE FÁTIMA, 2009), como demonstram o trecho a seguir:

A minha família, a fé, em primeiro lugar, mas a família foi assim fundamental apesar de alguns terem se chocado, achou que era realmente uma coisa pra me matar e foi desesperador, porém em momento nenhum eu perdi o apetite e nem o sonho, então se aquela doença maligna não era minha, mas estava aqui, e eu não tinha perdido o sonho nem o apetite então eles também não podiam. Hoje a gente tem muitas possibilidades e quando descoberto no início o resultado é muito melhor! Então, sempre que estava no hospital eu procurava brincar, conversar com as pessoas, mostrar pra elas que eu estava fazendo um tratamento como eles estavam fazendo também e que não era pra se desesperar com isso, porque a gente não deve ter vergonha de estar fazendo o tratamento. Eu procurei manter a minha vida o mais normal possível pra que a doença não me parasse, porque eu não acredito que a gente pode ficar bem se a gente parar e também não fiquei menos mulher porque eu tirei uma mama, porque mulher não é só mama nem só bunda, e pra mim o importante não é ter duas mamas, o importante é ser saudável, é não continuar com uma doença que, não somente pela morte, mas pelo sofrimento que ela traz. Então não estando com isso pra mim já é maravilhoso e eu não tenho nem o porquê me sentir menor (*P¹, P², P³, P⁴*).

Outro ponto interessante a se destacar nesse discurso é em relação ao conforto encontrado na família e na espiritualidade “A minha família, a fé, em primeiro lugar, a família foi assim fundamental”. Cabe à equipe, incluindo o enfermeiro, estimular a família e demais acompanhantes a

participarem ativamente do processo de enfrentamento e de aceitação pelo paciente, a fim de que este seja o protagonista de toda a trajetória terapêutica, não se entregando aos temores da doença, mas se empoderando das suas reais capacidades de vencê-la. Ações de caráter educativo do profissional de saúde, visando levar um pouco mais de confiança para a família – e, por meio dela, ao paciente –, agregam melhoria significativa na qualidade de vida e sobrevida da pessoa com câncer (STUMM; LEITE; MASCHIO, 2008).

Em concordância com os demais pontos analisados, também em relação à autoestima, ao equilíbrio emocional e à imagem corporal, conclui-se que atitudes que objetivam apoiar, incentivar e orientar paciente e familiares no processo de tratamento e reabilitação em oncologia são de grande importância, pois valorizam a qualidade de vida, impulsiona a manutenção da autonomia, do autocuidado e do relacionamento familiar e social (RODRIGUES; POLIDORI, 2012).

DSC 03 – Experiências durante do tratamento

O que me marcou lá é o modo de tratar as pessoas! É bem diferente! No primeiro dia a recepção da equipe foi excelente, sabe, muito bons! Eles trazem pra gente, pelo cuidado que eles têm, o jeito de tratar os pacientes, a gente não se sente em um hospital, como eu imaginei que fosse uma sala de quimioterapia. A gente não chega a ver coisas ruins, coisas muito tristes. A gente pode ver um mais abatido que outro, uma pessoa mais debilitada que outra, mas não é nada que lhe deixe emocionalmente abatido por aquilo. O que aconteceu lá também é que achei muita amiga e toda quarta-feira ia umas pessoas lá fazer oração lá! Fazer oração, aí quando os primeiros dias que ela chegou, ela levou presente, levou uma alface e um creme de corpo, falou assim “Aqui é pra os doentes!”. Aí depois falou “Não! Ninguém ta doente aqui! Ninguém ta doente! Vieram passar!”. Além disso, encontrei um grupo lá muito interessante, do grupo de mulheres que já participaram, já tiveram, já participaram dessa luta, já tiveram câncer, que já terminaram tratamento. Lá elas se propõem em fazer maquiagem na mulher pra aumentar a autoestima, vai entregar touquinha, lenço. Porém, uma vez mesmo teve uma que foi me limpar, aí eu gritando mesmo de dor, gritando mesmo de dor, chorando de dor, aí ela falou assim “Largue de denço que isso

é dengo!”. Aí a outra falou assim “Não é dengo não! Não é dengo não. Olha a situação dessa coitada, como é que tá aí!”. Quando ela ia limpar eu grudava assim na mão dela e falava “Ó meu Deus! Por favor, não me limpa não! Pelo amor de Deus!”; aí chorando mesmo, chorando, acho que ela falou, ficou assim sentida, aí eu falei pra outra “Limpa tu?!”; aí ela falou assim “Deixa que eu cuido dela!” (P¹, P², P³, P⁴).

Ao contrário do que se pode imaginar, apesar das dores e das implicações físicas e sociais que acompanham todo o processo de terapia oncológica, é possível vivenciar momentos de satisfação e que colaboram com a manutenção do bem-estar psíquico dos pacientes com câncer. A necessidade constante de deslocamento para outros municípios remete ao distanciamento dos ambientes sociais comuns à rotina do indivíduo, além da ruptura do convívio familiar diário. Essa temporária recomposição dos relacionamentos da pessoa submetida a tratamento leva a uma maior dependência desta em relação às novas relações, em especial àquelas que estão ao seu redor durante esse período. Logo, ao se tornar possível a criação de laços afetivos no ambiente terapêutico com indivíduos em situações semelhantes, os mesmos possuem inestimável valor para quem os vivencia (FERREIRA *et al.*, 2015).

Observa-se no discurso coletivo que, mesmo em circunstâncias adversas, novos vínculos surgem, contribuindo para a aceitação, o enfrentamento e a participação ativa no processo de cura e reabilitação pessoal seu e no de outros pacientes em tratamento, como se verifica no trecho: “O que aconteceu lá também é que achei muita amiga e toda quarta-feira iam umas pessoas lá fazer oração lá!”. Após a superação do problema, graças a atitudes gentis, movidas por sentimentos próprios da essência humana, como empatia, generosidade e amizade, experimentadas na história pessoal, muitos retornam para compartilhar e apoiar os que ali estão, como se constata na fala: “encontrei um grupo lá muito interessante, do grupo de mulheres que já participaram, já tiveram, já participaram dessa luta, já tiveram câncer, que já terminaram tratamento”.

Entre as experiências relatadas pelo sujeito coletivo, observou-se uma conduta negativa quando foi referida a atuação de um profissional

enfermeiro. A respeito disso, de acordo com Stumm, Leite e Maschio (2008), as atribuições da enfermagem só são resolutivas, eficazes e aceitáveis quando o enfermeiro contribui para o alívio da dor, usando o máximo do seu empenho, confortando o sujeito cuidado e seus familiares, ou seja, cuidando de quem necessita ser cuidado. Entretanto, infelizmente, não são poucos os discursos coletivos que expressam episódios contrários aos compromissos ético-profissionais inerentes à enfermagem.

Embora a atitude profissional do enfermeiro deva ser de sensibilidade, uma vez que tem como objeto alvo das ações de seu trabalho um ser semelhante, ainda é possível observar comportamentos que ferem a ética profissional e humana, como o que se vê neste trecho: “[...] aí eu gritando mesmo de dor, gritando mesmo de dor, chorando de dor, aí ela falou assim ‘Largue de dengo que isso é dengo!’”. Estar próximo, apoiar de modo respeitoso, transmitindo afeto, demonstrando dedicação através de uma escuta ativa, independentemente do tempo em que será realizada, caracterizam a relação saudável entre paciente e enfermeiro (FONTES; ALVIM, 2008).

DSC 04 – Importância do enfermeiro durante o tratamento

É um trabalho muito bom que acontece principalmente por causa da equipe, eles fazem questão de falar com o paciente e com o acompanhante, sentam ali perto de você, lhe explica tudo direitinho. Eu percebo assim uma amizade entre eles muito grande, de brincar, de levar as vezes alguma fruta, uma lembrancinha pra esse profissional, por já manter assim um relacionamento mais próximo. Eu acho que isso é bom, muito bom. Eles tão sempre pra alegrar, a verdade é essa, sempre motivando pra cima... Eles brincam muito com a gente, traz assim uma tranquilidade. Eu gostei muito do tratamento! Até eu falo aqui direto dentro de casa, do tratamento que eu gostei... Que não é porque eu to sendo gravada não, eu sempre gosto do tratamento, muito! Os que mais fica com a gente são os enfermeiros... Eu creio que eles tenham um curso preparatório pra isso porque o tratamento é totalmente diferente do hospital e de outras pessoas com outros tipos de doença. Lá, eles tem todo um cuidado e toda uma preocupação com o paciente, sabe também que no momento da punção, quando, se por um acaso

um técnico não conseguir ver, punccionar uma veia, porque sabe que as pessoas ficam muito desidratadas, debilitadas, muitas vezes por causa do tratamento e da doença, então eles tem um outro cuidado, sempre vem com outro olhar, ninguém nunca lhe trata com mau humor... Você pode ta com mau humor e tratar um deles mal e ninguém lhe responde, ninguém, são mais compreensivos! A verdade é que o trabalho, principalmente psicológico com eles, foi muito mais intenso, enquanto profissionais. Eu descrevo assim, eu considero eles assim como pessoas da minha família! Eu posso chegar assim e elas conversa com a gente, e se você querer se abrir durante o tratamento ali, você conversa, eles dão ouvidos pra gente! Eles deixam a gente falar! Não deixa você falando sozinha, então eu considero assim, como uma pessoa da minha família! Eu acredito que o mais importante, que tanto o enfermeiro quanto os outros profissionais é tratar bem, com educação, com humanidade! Eu acho assim, se eles cuidam tão bem da gente assim é porque são ser humano também! (*P¹, P², P³, P⁴*).

A enfermagem, bem como as demais profissões de saúde, em seu cerne já possui elementos necessários para garantia de uma atenção integral em saúde. A integralidade é um princípio que requer defesa e validação na conduta prática dos profissionais de saúde, correspondendo à forma com que estes atendem as necessidades proferidas pelos pacientes (OLIVEIRA; CUTOLO, 2012). A partir disso, toda a assistência recebida pelo paciente é modificada, fazendo com que este experimente uma melhora em seu bem-estar, mesmo que esteja fisicamente debilitado.

Humanizar é atuar de modo que as intervenções a serem realizadas no curso da relação com o outro assegurem uma abordagem integral. Então, a humanização é resultado de atitudes que visam a integralidade do cuidado oferecido ao outro (OLIVEIRA; CUTOLO, 2012). Falar de olhar integral é se atentar às necessidades que um indivíduo possui em todas as esferas que lhe pertencem, entendendo que o ser humano, independentemente do processo patológico que lhe acomete, é um ser biopsicossocial.

O discurso 04 traz a perspectiva dos pacientes oncológicos em relação à atitude do enfermeiro ao longo do tratamento, e aponta para aspectos singulares da atuação profissional em enfermagem, os quais concordam, na maioria dos casos, com a *práxis* humanizada em questão. A

constante proximidade entre profissional e paciente leva, inevitavelmente, ao estabelecimento de uma relação que tende a gerar vínculos que estão para além da pontual assistência, como se observa no trecho: “Porque eles fazem com tanto amor, com tanta paciência, com tanto carinho, e quando mais um daqueles foi curado [...] acho que é uma lição de vida, de todo dia e uma vitória pra eles também”. E isso só é possível quando há atitudes imprescindíveis a qualquer tipo de relacionamento humano, a saber: respeito, empatia e diálogo.

O diálogo é a representação máxima da comunicação humana; por intermédio dele, qualquer profissional de saúde – no presente caso, o enfermeiro – pode promover a escuta sensível da qual todo paciente necessita (RENNÓ; JOSÉ; CAMPOS, 2014). Este é um dos pontos mais peculiares desse discurso, pois fica claro que embora nem todos, de fato, realizam essa escuta, diferentemente, no contexto da enfermagem oncológica descrita pelos pacientes, isso é majoritariamente feito, o que é estritamente necessário, isso fica evidente, nesta fala da paciente: “[...] se você quiser se abrir durante o tratamento ali, você conversa, eles dão ouvidos pra gente! Eles deixam a gente falar! Não deixa você falando sozinha”.

Ainda, nesta direção, destacamos outro trecho do discurso:

Eles agem também, porque o enfermeiro deve achar que um dia também pode precisar de outros cuidar dele, então, o que ele fazer agora com a pessoa, mais tarde, ele pode achar, se ele precisar, já vai ter outro enfermeiro pra cuidar dele, né?! Então, o que ele fazer de bem eu acho que ele recebe! Então, essa amizade, essa proximidade do profissional enfermeiro com a pessoa que tá sendo tratada traz essa segurança. E essa segurança é que faz a diferença! Porque tira o medo, tira aquele susto de que a quimioterapia é aquele bicho-papão, então, pra mim esse relacionamento é esse, segurança; uma amizade que traz segurança. Então, há um vínculo, e acho que tem muito forte às vezes... Porque eles fazem com tanto amor, com tanta paciência, com tanto carinho, e quando mais um daqueles foi curado, eu acho que, de uma doença grave, acho que é uma lição de vida, de todo dia e uma vitória pra eles também. Contudo, alguns eu acho assim, que deveria ser mais calmo, ter mais paciência, porque tem muitos enfermeiros brutos (*P¹, P², P³, P⁶*).

O vínculo é resultado de um convívio onde a ética profissional e as ações técnicas não impedem a demonstração verdadeira de afeição, compaixão, respeito e amizade. A empatia é essencial em qualquer território social, uma vez que é partindo dela que se busca fazer o melhor daquilo que se dispõe a fazer e que precisa ser feito: “[...] o enfermeiro deve achar que um dia também pode precisar de outros cuidar dele, então o que ele fazer agora com a pessoa, mais tarde ele pode achar, se ele precisar, já vai ter outro enfermeiro pra cuidar dele né, então o que ele fazer de bem eu acho que ele recebe!”. Diante de um paciente acometido pelo câncer, a empatia se revela não como um olhar que inferioriza o doente pelo fato de este estar doente, mas sim como uma postura sustentada livremente pela humanização, refletida no relacionamento entre ambos.

Quando o relacionamento entre profissional e paciente é pautado nessas atitudes, a insegurança advinda dos receios pela doença é aplacada, haja vista que a troca de informações se dá de maneira natural, sem maiores interferências de resistências de ambas as partes, como constata esse trecho de uma das entrevistas: “Então essa amizade, essa proximidade do profissional enfermeiro com a pessoa que tá sendo tratada traz essa segurança. E essa segurança é que faz a diferença!”. O paciente oncológico sofre dores físicas, sociais e emocionais, essa é apenas uma das motivações pelo qual ele é assistido por uma equipe multidisciplinar. Contudo, muitas vezes, é ao enfermeiro que o paciente se reporta, e não havendo essa parceria, todo o processo terapêutico é dificultado, nesse contexto é que se situa a seguinte queixa: “Eu acredito que o mais importante, que tanto o enfermeiro quanto os outros profissionais é tratar bem, com educação, com humanidade!”.

Enfim, como exposto no discurso, ambos os envolvidos no processo do cuidado em saúde são beneficiados pela atitude de empatia e parceria, pois mesmo que o desfecho do tratamento não seja a plena restituição da saúde, o paciente teve sua singularidade respeitada e o enfermeiro cumpriu o que ele próprio assumiu como compromisso ético de sua profissão. Mesmo numa realidade que obriga os profissionais a fracionarem o tempo de seu trabalho, é possível lançar mão de um tempo, dentro da disponibilidade de

cada um, para expressar apoio por meio de um olhar compreensivo e afeto, ouvindo o que o paciente tem a dizer (OLIVEIRA; CUTOLO, 2012).

Tudo isso qualifica como humana e integral a relação enfermeiro-paciente na atenção oncológica, uma vez que o advento do câncer desestabiliza por completo a pessoa doente, a família e quem mais o acompanha de perto em todo o processo de adoecimento. Diante disso, o paciente com câncer passa a viver um novo contexto, onde a morte passa a ser encarada como algo inevitável, por isso, este paciente deseja não apenas o cuidado para o afastamento do sofrimento e da dor, mas deseja também que tal cuidado seja envolvido por atitudes de solicitude e sensibilidade (ALMEIDA; SILVA, 2012).

Considerações finais

No decorrer da construção deste estudo, foi possível perceber alguns aspectos especiais no que diz respeito a atuação do enfermeiro na assistência oncológica, principalmente no âmbito do tratamento contra o câncer e da reabilitação. Lidar com alguém que esteja vivenciando um momento tão complexo quanto é o tratamento oncológico requer algo a ser somado ao saber técnico-científico, necessário ao cuidado que deve ser prestado a este paciente. Por ser um contexto delicado, onde fragilidades de natureza física e emocional estão constantemente presentes, o enfermeiro precisa ter um olhar atento, bem como uma postura profissional, mas não menos sensível e solicita ao sofrimento do ser cuidado.

Por meio dos discursos coletivos, pôde-se evidenciar, ainda, como essa relação enfermeiro-paciente ocorre, tendo em vista o constante contato entre este profissional e paciente. Além disso, foi possível observar, nesses discursos, a diferenciada postura por parte do enfermeiro, a saber: o apreço e dedicação em compreender o processo doloroso em que o indivíduo acometido pelo câncer se encontra; as percepções do indivíduo em tratamento a respeito da importância desta relação entre profissional-paciente, durante esse processo; e, principalmente, como por meio dessa relação é possível pôr em prática o cuidado que visa a humanização.

Entretanto, vale ressaltar que, muito embora se fale corriqueiramente sobre humanizar a assistência aos pacientes e sobre como prestar ao mesmo um cuidado integral na vivência cotidiana da profissão, ainda é muito comum relatos de condutas opostas a esses princípios. Daí a necessidade de redirecionar a atuação profissional a uma conduta competente, ética e que respeite a singularidade da dor enfrentada pelo sujeito.

Logo, por fim, com o objetivo de proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente oncológico em tratamento, independentemente do estágio da doença e do prognóstico apresentado pelo indivíduo, torna-se preciso que as ações terapêuticas sejam exercidas paralelas às atitudes intrínsecas à natureza de qualquer relacionamento humano, tais como afeição, compaixão e altruísmo. Desse modo, o resultado final do cuidado será eficiente e eficaz.

Referências

- ALMEIDA, J. D. D.; SILVA, S. S. M. Cuidado de enfermagem oncológico na ótica do cuidador familiar no contexto hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 25, n. 5, p. 736-742, 2012.
- ALVES, V. A. F.; DE MELLO, E. S.; LONGATTO FILHO, A. Noções básicas de patologia e imunoistoquímica. *In*: HOFF, P. M. G.; KATZ, A. *et al.* (ed.). *Tratado de Oncologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.
- BARBOSA, L. G.; TELLES FILHO, P. C. P. Conhecimento de pacientes oncológicos sobre a quimioterapia. *Ciênc. cuid. saúde*, v. 7, n. 3, p. 370-375, 2008.
- BELHIANE, H. P. P.; MATOS, L. R. P. D.; CAMARGOS, F. O paciente frente ao diagnóstico de câncer e a atuação dos profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa de literatura. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v. 4, n. 3, p. 1374-1381, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA). *Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer*. 6. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Câncer: o que é câncer*. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322. Acesso em: fev. 2019.

CHAMMAS, R.; SANTOS, M. F.; JAEGER, R. G. Invasão e metástases. In: HOFF, P. M. G. (ed.); KATZ, A. *et al.* (editores associados). *Tratado de Oncologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

FERREIRA, P. C. *et al.* Sentimentos existenciais expressos por usuários da casa de apoio para pessoas com câncer. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, v. 19, n. 1, p. 66-72, 2015.

FONTES, C. A. S; ALVIM, N. A. T. A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido à terapêutica antineoplásica. *Acta Paul Enferm*, v. 21, n. 1, p. 77-83, 2008.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

HOGGETT, P.; THOMPSON, S. *Politics and the emotions: the affective turn in contemporary political studies*. London: Continuum Publishing Group, 2012.

KOLHS, M. *et al.* Sentimentos de enfermeiros frente ao paciente oncológico. *Journal of Health Sciences*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 245-250, 2016.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. *Fundamentos de metodologia científica*. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

LEFEVRE, A. M. C.; CRESTANA, M. F.; CORNETTA, V. K. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização “Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde-CADRHU”, São Paulo-2002. *Saúde e Sociedade*, v. 12, n. 2, p. 68-75, 2003.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. O sujeito coletivo que fala o que fala. *Interface-Comunic, Saúde, Educ*, v. 10, n. 20, p. 517-524, 2006.

MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

OLIVEIRA, I. C.; CUTOLO, L. R. A. Humanização como expressão de integralidade. *Mundo Saúde*, v. 36, n. 3, p. 502-506, 2012.

OLIVEIRA, S. C. R. Carcinogênese. In: VIEIRA, S. C. *Oncologia básica para profissionais de saúde*. Teresina: EDUFPI, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) / World Health Organization. *Câncer*. 2016. Disponível em: www.who.int/topics/cancer/en/. Acesso em: abr. 2018.

RENNÓ, C. S. N.; JOSÉ, C.; CAMPOS, G. Comunicação interpessoal: valorização pelo paciente oncológico em uma unidade de alta complexidade em oncologia. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 18, n. 1, p. 106-125, 2014.

RODRIGUES, F. S. S.; POLIDORI, M. M. Enfrentamento e resiliência de pacientes em tratamento quimioterápico e seus familiares. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 58, n. 4, p. 619-627, 2012.

SILVA, J. M.; CASTRO, E. H. B. Ela tem peito, a outra tem peito; sou des-peitada, muito prazer: a vivência de mulheres mastectomizadas. In: CASTRO, E. H. B. (org). *Fenomenologia e Psicologia: a(s) teoria(s) e práticas de pesquisa*. Curitiba: Appris, 2017. p. 70.

SILVA, L. A. S. R. O controle do câncer no Brasil. In: HOFF, P. M. G. (ed.); KATZ, A. *et al.* (editores associados). *Tratado de Oncologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

SÓRIA, D. A. C.; BITTENCOURT, A. R.; DE FÁTIMA, M. Resiliência na área da Enfermagem em Oncologia. *Acta paulenferm*, v. 22, n. 5, p. 702-706, 2009.

SOUZA, J. R. *et al.* Atenção multidisciplinar em cuidados paliativos oncológicos no hospital geral. In: SANTOS, Marcos *et al.* *Diretrizes oncológicas 2*. São Paulo: Doctor Press Ed. Científica, 2019.

SOUZA, T. O. D. *et al.* Controle social: um desafio para o conselheiro de saúde. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 65, n. 2, p. 215-221, 2012.

STUMM, E. M. F.; LEITE M. T.; MASCHIO G. Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. *Cogitareenferm*, v. 13, n. 1, p. 75-82, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World Health Statistics 2018: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva, 2018.

Capítulo 2

Concepções dialógicas sobre a integralidade do cuidado no acolhimento de pessoas com classificação de risco

*Jair Magalhães da Silva
Andressa Souza Santos*

Introdução

No processo histórico de construção das políticas de saúde, muitos são os esforços com a finalidade de desenvolver modelos de atenção capazes de direcionar ações e serviços de saúde de acordo com as necessidades dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Nessa direção, destaca-se a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88), que assegura a saúde como um direito de todos e dever do Estado, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e de suas leis infraconstitucionais do SUS, a saber: Leis Orgânicas da Saúde (LOS) – nº 8080/90 e nº 8142/90. Importante lembrar que, de acordo com a LOS nº 8080/90, em seu Art. 7º, a integralidade da assistência é compreendida como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde” (BRASIL, 1990).

Cabe destacar que o SUS, enquanto “política de saúde de natureza macro-social” (PAIM, 2009, p. 29), além de articular um conjunto de saberes com distintas práticas, ancoradas nas diretrizes da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade, também estabelece as responsabilidades individuais dos usuários, gestores e profissionais na produção do cuidado em saúde. Evidencia-se então que as leis infraconstitucionais produziram um regramento no processo de organização das políticas públicas de saúde. E, nessa perspectiva, a integralidade juntamente com a universalidade e a equidade da atenção à saúde emergiram como princípios éticos e doutrinários da política de saúde nacional, desenvolvida a partir de distintas práticas inseridas nos serviços de saúde.

Nesse debate, observa-se que, por expressar uma das bandeiras de luta do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), o conceito de integralidade agrega significados e contextos próprios, como por exemplo: a luta pela instituição, manutenção e ampliação de direitos sociais recém adquiridos; as enormes desigualdades socioeconômicas e culturais; as redes assistenciais insuficientes; os modelos de gestão centralizados e verticais; e o descompasso entre as necessidades de atenção e os serviços de saúde (SILVA JÚNIOR, 2006, p. 62).

Ferreira *et al.* (2009) destacam que numa análise pautada na “noção polissêmica”, a integralidade pode ser vista como “imagem-objetivo ou bandeira de luta”; entretanto é necessário avaliar as outras dimensões sociais, políticas e operacionais: modos de vida, vínculo e responsabilização, práticas integrativas e articulação multidisciplinar e interdisciplinar, capazes de inserir novos sujeitos nesse processo construtivo de produção do cuidado em saúde e da operacionalização de modelos de organização voltados para a melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente.

É importante compreender que a integralidade vem se desvelando como uma importante ferramenta de reestruturação e ampliação dos serviços e ações de saúde. Atribuída a uma concepção emergente e amplificada de saberes, a integralidade abarca, subjetivamente, outros conceitos e agrega distintos significados. Isso se reforça na análise polissêmica da expressão

integralidade, tendo em vista que o sentido do termo “integral” (termo formador do vocábulo em questão) traz consigo uma ideia de “todo”, possibilitando assim imaginá-la e nominá-la a partir da noção de algo que é composto por diversas dimensões (MATTOS, 2009).

No contexto em que estamos discutindo, integralidade refere-se a uma ampliação do modelo de saúde, com a percepção das fragilidades do cenário atual e o reconhecimento desta como determinada e condicionada por fatores sociais, políticos, econômicos, biológicos e psicossociais. Nesse sentido, a integralidade pode ser entendida como um princípio que é permeado por esses fatores; e que, portanto, deve ser considerado na operacionalização dos serviços de saúde e das ações que visam ao cuidado do usuário (BRASIL, 1990).

Assim, a integralidade contribui para a estruturação dos serviços e a garantia do cuidado holístico ao usuário em todos os níveis de assistência, partindo do pressuposto da articulação entre a concepção da situação de saúde e a busca por atitudes geradoras de mudanças a partir das experiências positivas vivenciadas nos serviços (MACHADO *et al.*, 2007).

Há que se falar, ainda, de três concepções de integralidade propostas por Mattos (2009). A primeira, que a qualifica como traço da boa medicina, diz respeito à relação profissional-usuário, a qual é contrária à abordagem reducionista e fragmentada, uma vez que considera os aspectos biológicos, psicológicos e sociais do indivíduo. Na segunda, a integralidade é concebida como um modo de organizar as práticas de saúde, relacionado à mudança estrutural dos serviços de caráter vertical a partir da percepção dos problemas de saúde evidenciados no contexto de cada usuário e de cada comunidade; ou seja, nesta concepção, a integralidade é entendida como um modo de organização das práticas na área da saúde que visa promover a horizontalização dos serviços prestados nesse âmbito. Já na terceira concepção proposta pelo autor, como respostas governamentais a problemas específicos de saúde, sugere que a integralidade seja uma articulação entre um conjunto de políticas públicas que promovem mudanças nas condições de vida e saúde do indivíduo, mediante a inserção da intersectorialidade (MATTOS, 2009).

Em síntese, o que caracteriza a integralidade é exatamente a apreensão ampliada de quais são as necessidades de saúde, principalmente, no que se refere à habilidade de reconhecer a adequação de nossas ofertas de serviço ao contexto específico da situação na qual se dá o encontro do sujeito com a equipe de saúde. Partindo dessa premissa, conforme Mattos (2009), torna-se indispensável a articulação de todos os segmentos envolvidos no processo de construção do cuidado, fazendo com que a integralidade não seja meramente uma atuação profissional e individual, mas sim um modo de organizar o processo de trabalho em saúde, de modo a produzir impactos positivos sobre a saúde da população. E ainda, como salienta o autor, que este modo de organização não se dê unicamente por meio da assistência, mas, também, por um conjunto de fatores que envolve ferramentas como a responsabilização, o vínculo e o fortalecimento da promoção à saúde (MATTOS, 2009).

No que se refere ao processo de construção do cuidado em saúde, Cecílio e Merhy (2003, p. 199) refletem sobre as ações e os atos que o envolvem, contextualizando esse percurso a partir de modos de organização, como “uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, compondo o que entendemos como cuidado em saúde”.

Com a organização da enfermagem enquanto profissão no século XX, observou-se, com mais frequência, que a adoção de rotinas e protocolos de organização contribuiu para uma mudança de conduta do(a) profissional enfermeiro(a) com o paciente e suas necessidades de cuidado. A partir daí, as rotinas e os métodos começaram a serem observados como mais importantes do que a finalidade do trabalho, ou até mesmo mais importantes do que o agente e a complexidade do processo saúde-doença (LEOPARDI, 2006). Nessa perspectiva, a reorganização do processo de trabalho em saúde, a partir da integralidade, surge como uma importante ferramenta para as mudanças de paradigmas nos serviços, de forma a direcionar as políticas públicas, os serviços e as ações para as necessidades dos usuários, por meio de uma visão holística, operando de forma centrada no usuário.

Não se pode perder de vista que o(a) enfermeiro(a), enquanto profissional diretamente interligado aos serviços, às ações e às necessidades dos usuários, ocupa um importante papel, por ser, dentre as categorias de profissionais da saúde, aquele(a) que passa o maior tempo com o usuário. Com isso, entende-se que esse profissional deve identificar e direcionar as ações e necessidades do indivíduo, bem como reconhecer o seu papel para além da assistência, pois, apesar de estar associada quase sempre à assistência, a integralidade do cuidado não se esgota nessa ação.

No contexto da saúde, a integralidade está inserida e relacionada ao usuário, ao serviço e à gestão, estando essas três vertentes inter-relacionadas na composição da promoção, proteção e recuperação da saúde, a fim de não dissociar a sintomatologia dos seus determinantes e condicionantes; o profissional do usuário, e as políticas públicas da realidade em questão (MATTOS, 2009).

Pensando na efetividade dos princípios e nos desafios do SUS, o Ministério da Saúde (MS) criou, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH). Esta foi criada com o intuito de promover mudanças nos modos de cuidar e gerir a saúde e conhecer fatores que influenciam na qualidade dos serviços e na consolidação dos princípios do SUS, operando dispositivos que melhor viabilizem essas condições a partir de experiências que deram certo. Apesar de institucionalizada em 2003, sua cartilha só foi publicada em 2004, surgindo assim o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), a partir de um conjunto de políticas e estratégias implementadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com o foco de organizar os serviços a partir das necessidades dos usuários, bem como a redução no tempo de espera no atendimento.

Acolher é reconhecer que o outro traz consigo legítima e singular necessidade de saúde; é compreender que o outro é integrante dos serviços de saúde. O acolhimento deve constituir e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações, definindo-se como um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura ética e humanizada, capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários (BRASIL, 2004).

Nesse contexto, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) é definido como uma ação *tecnossistencial* que pressupõe a mudança da relação profissional-usuário por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, a partir da percepção do usuário como sujeito ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2004). Pensando na recepção dos indivíduos e na produção do cuidado em saúde desde a admissão, o acolhimento emerge com objetivo de organização dos serviços de saúde, por meio da responsabilização e do vínculo, atuando de acordo com um protocolo de avaliação, a partir de um atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em critérios de risco caracterizados nas cores vermelha (emergência), amarela (urgência), verde (urgência relativa) e azul (atendimento ambulatorial) (SOUZA *et al.*, 2008).

Dessa maneira, os profissionais devem se atentar para os fatores que vão além do ato de classificar, refletindo os dispositivos que permeiam o acolhimento, como a escuta qualificada, responsabilização e vínculo, bem como buscar ampliar seu olhar através da integralidade. Assim, a dimensão do papel do enfermeiro reflete uma visão nova e ampliada da realização e reorganização do processo de trabalho, exigindo-se reconhecer as reais necessidades dos usuários, o que conduzirá a efetivas intervenções de saúde, contribuindo para o fortalecimento de uma atenção integral, seja ela preventiva ou assistencial.

Diante do todo exposto, até o momento, observa-se que a compreensão do profissional de saúde frente às dimensões sociais, operacionais e políticas do gerenciar, educar e cuidar, a partir do princípio da integralidade, na maioria das vezes, revela uma dicotomia entre teoria e prática. Na avaliação do processo de trabalho, ocorre uma dissociação entre a atuação na promoção, prevenção e recuperação da saúde, em que, muitas vezes, o profissional atua, unicamente, de maneira curativista, visualizando o usuário enquanto uma patologia, negligenciando os fatores inerentes ao processo saúde-doença e sem um olhar perceptivo dos determinantes sociais. Desta maneira, torna-se importante a realização de estudos sobre o fenômeno que possam trazer reflexões sobre o atual contexto da integralidade do cuidado na relação profissional-usuário.

Especificamente, na atuação do(a) enfermeiro(a), a integralidade sugere ampliação e aprimoramento da teoria associada à prática, com vistas ao fortalecimento e à garantia da assistência integral, estando o usuário envolvido nesse processo enquanto direcionador e dimensionador das necessidades a partir de realidades concretas.

O desafio de conhecer os fatores presentes na relação profissional-usuário e de compreender a importância da atenção integral e o processo de operacionalização das práticas em saúde traduz a relevância deste estudo, uma vez que a possibilidade de reconhecimento das limitações do sistema de saúde corrobora uma organização direcionada às necessidades do usuário e do sistema em consonância com a melhoria da qualidade da assistência.

Entendendo que a relação teoria e prática deve ser percebida como uma forma de potencializar a qualidade das ações e dos serviços, defende-se a busca por caminhos para a operacionalização de serviços e ações, tendo como pressuposto uma concepção ampliada e holística da integralidade inserida no processo de trabalho, seja nas relações profissional-usuário, serviços-setores, seja na construção do cuidado em saúde.

Diante disso, foram elaborados os seguintes **objetivos**: Conhecer as percepções dos enfermeiros e usuários do acolhimento com classificação de risco sobre a integralidade do cuidado; discutir os modos de operacionalizar a integralidade do cuidado em saúde no Acolhimento Com Classificação de Risco; e identificar as potencialidades e limitações do cuidado integral presentes no Acolhimento Com Classificação de Risco.

Dimensão metodológica

Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social. Desta forma, a diferença entre abordagem quantitativa e qualitativa da realidade social é de natureza e não de escala hierárquica (MINAYO, 2015). Já a pesquisa descritiva possui como objetivo a descrição das características de

uma população, fenômeno ou de uma experiência, associada à pesquisa exploratória que tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito, de modo a construir hipóteses (GIL, 2017).

A pesquisa foi realizada em um município brasileiro, localizado no interior do estado da Bahia, pertencente à Região de Saúde Sul, conforme o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado. O município conta com um Hospital Geral, reconhecido como um dos principais hospitais de referência regional do interior do estado, estruturado com mais de 200 leitos operacionais nas especialidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Psiquiatria, Neurologia e Terapia Intensiva (BAHIA, 2015).

O campo empírico de investigação foi o setor de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) do hospital em questão. O ACCR está localizado estrategicamente na entrada da unidade, recebendo às queixas dos usuários e classificando-as de acordo com a gravidade da sintomatologia, através de uma metodologia que envolve escuta qualificada, avaliação dos sinais vitais, exame físico sucinto e encaminhamentos conforme a demanda encontrada. Após os primeiros anos da implantação desse serviço, emergiu a necessidade de avaliar a qualidade da assistência prestada pelo enfermeiro devido ao histórico de rotatividade de profissionais no setor, à falta de treinamento formal e aos impactos positivos e negativos recebidos pelo usuário ao longo dessa construção.

Por se tratar de um estudo qualitativo, observa-se uma semelhança entre o mundo real e o sujeito, isto é, uma conexão inseparável entre a subjetividade do sujeito e o mundo objetivo que não pode ser demonstrado em números (MINAYO, 2015). Desse modo, os participantes da pesquisa foram dez (10) usuários do serviço e cinco (5) enfermeiras, uma delas caracterizada como informante chave, pois, apesar de não compor o corpo atual da equipe, fez-se importante na pesquisa, por colaborar com a implantação do serviço. Os critérios de inclusão para os usuários foram: ter no mínimo dezoito anos de idade e ter sido assistido pelo enfermeiro do ACCR. Para as enfermeiras, utilizamos os seguintes critérios: estar vinculada à unidade há pelo menos seis meses ou ser uma informante chave.

No caso das enfermeiras, observou-se que pertenciam à faixa etária de 33 a 40 anos (05), sendo todas casadas. No que se refere ao tempo de graduação das enfermeiras, este variava de seis a quatorze anos. Em relação ao tempo de atuação no âmbito da assistência à saúde, as enfermeiras atuam de dois a quatro anos na instituição, estando no setor de acolhimento entre sete meses a quatro anos.

Quanto à realização de cursos de pós-graduação, as cinco enfermeiras entrevistadas fizeram cursos relacionados às áreas de Saúde Pública e Saúde da Família. A busca por outros vínculos empregatícios está frequentemente associada à insatisfação salarial e à busca de atualização na profissão. Devido a isso, as profissionais buscam outros empregos como forma de complementar a renda familiar e adquirir mais experiência. Por fim, destaca-se que 03 informantes enfermeiras relataram possuir vínculo empregatício com as instituições de ensino superior e a prefeitura do município.

Já em relação aos usuários, verificou-se que a maioria pertencia à faixa etária de 19 a 63 anos (10 casos). No que se refere ao sexo, nota-se que a maioria dos informantes são do sexo feminino (07) e a outra parte, do sexo masculino (03), corroborando os estudos que trazem a procura do público feminino pelos serviços de atenção primária à saúde, discutindo, ainda, o fato de que os homens, culturalmente, não procuram atendimento.

No que condiz ao grau de escolaridade, percebe-se que, dentre o quantitativo de informantes, apenas um (01) informou não ter sido alfabetizado. Nota-se também que, dentre estes, quatro (04) possuem ensino superior completo e incompleto, dois (02). Isso corrobora os estudos de Silva *et al.* (2011), revelando que houve, estatisticamente, um aumento significativo da utilização do SUS pelos indivíduos de maior escolaridade, de 2003 para 2008. Quanto à ocupação dos sujeitos, percebemos que em sua maioria são estudantes (04). Os demais são: vendedor (01), doméstica (01), servidora pública (01), carpinteiro (01), borracheiro (01) e uma informante que se caracteriza como “do lar” (01).

Como técnica de coleta de dados, foi utilizado a entrevista semiestruturada, gravada com o auxílio de um gravador digital. Uma das características da entrevista semiestruturada é a utilização de um roteiro

previamente elaborado com perguntas, com o intuito favorecer não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também a explicação e compreensão de sua totalidade. A entrevista pode ser concebida como um processo de interação social, verbal e não verbal, que ocorre, face a face, entre um pesquisador e o participante do estudo, que possibilita estudar o fenômeno em questão a partir de um objetivo (MANZINI, 2004). Para isso, foi elaborado dois roteiros de entrevistas, um para o enfermeiro e outro para o usuário, a fim de organizar as perguntas a serem abordadas.

A pesquisa foi analisada qualitativamente por meio da técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Tal procedimento metodológico é apropriado às pesquisas sociais empíricas de corte qualitativo e consiste numa forma de representar o pensamento de uma coletividade, agregando, num só discurso-síntese, conteúdos discursivos de sentidos semelhantes emitidos por pessoas distintas. Este discurso reunido caracteriza-se como uma forma discursiva e empírica de produzir, a partir dos depoimentos individuais semelhantes, o pensamento coletivo, visando avaliar as percepções ali presentes e associá-las a um contexto coletivo (LEFEVRE; CRESTANA; CORNETTA, 2003).

A proposta do DSC consiste, basicamente, em analisar o material construído meio dos depoimentos de uma coletividade; e, em seguida, extrair as Ideias Centrais (IC) e/ou Ancoragens (AC) e suas respectivas Expressões-Chaves (ECH). Ao final, o conteúdo das respostas de sentido semelhante é reunido em discursos-sínteses redigidos na primeira pessoa do singular (LEFEVRE; LEFEVRE, 2006). A análise foi realizada a partir da leitura de todas as respostas sendo agrupadas de acordo com o discurso.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), para sua análise e posterior aprovação, buscando cumprir às normas inscritas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012), tendo a coleta iniciada somente após a aprovação do projeto pelo CEP/UESB. Todos os participantes foram informados sobre o objetivo do estudo, a justificativa, os riscos e benefícios, e da mesma forma foi garantido o anonimato aos sujeitos e solicitado à permissão para divulgar o conteúdo

da gravação, transcrição e publicação dos resultados da pesquisa mediante a concordância através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Percepções sobre o cuidado integral

Vejo a *Integralidade como um princípio do SUS* em que coloca a importância do profissional atender o paciente em suas várias dimensões, em toda sua história, religiosidade, sua crença e tudo que ele traz consigo, tudo que ele vivencia também. Logo, *é olhar o paciente como um ser biopsicossocial*, não só com o biológico, mas com outros fatores que interferem, tentando integrar essas ações no cuidado ao paciente. É visualizar o paciente além da demanda que ele trouxe, *de forma holística*, porque só assim a gente vai prestar um cuidado com mais efetividade (grifos dos autores).
(E¹, E², E³, E⁴, E⁵).

É a garantia que a gente vai chegar e vai ser bem atendido. O cuidado completo é desde quando você inicia o cadastro até a finalização de todo o processo, não só o atendimento médico, mas também o acolhimento, ter alguém pra conversar, ver o que está sentindo, *ser olhado, ser visto, ser considerado. Não só a medicação, até o acompanhamento em casa, ligações, finalização da patologia no geral*, buscar todos os sinais e sintomas, todas as queixas do paciente, para fazer uma triagem mais próxima possível da demanda que o paciente apresenta (grifos dos autores).
(U¹, U², U³, U⁴, U⁵, U⁶, U⁷).

Em ambos os discursos é possível perceber a convergência de ideias dos enfermeiros e usuários sobre o conceito de integralidade do cuidado. Apesar das percepções terem suas particularidades, o contexto geral remete à integralidade enquanto princípio e à importância de se visualizar e assistir o indivíduo em suas diversas dimensões.

Segundo Mattos (2009), a integralidade como traço de uma boa medicina consistiria em uma resposta ao sofrimento do paciente que procura o serviço de saúde e em um cuidado para que essa resposta não seja a redução ao aparelho ou sistema biológico deste. No âmbito da prática

profissional, Pinheiro e Mattos (2009) apontam a integralidade como valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que o procuram.

É possível perceber ao longo dos discursos a preocupação tanto do profissional enfermeiro como do usuário em não fragmentar e não ser fragmentado no processo saúde-doença. Isso se justifica na ampliação do conceito de saúde como um estado de completo *bem-estar físico, mental e social*, não consistindo apenas na ausência de doença ou de enfermidade, mas também na análise dos fatores sociais condicionantes e determinantes.

Outro importante fator a ser destacado é a existência de um modelo de saúde concebido a partir de tecnologias leves já no ato de comunicação, recepção e escuta da comunidade que procura os serviços de saúde, fugindo, assim, da tradicional clínica cartesiana, ambiente no qual a prática desconhece o usuário enfermo e personifica a enfermidade. Essa característica de visualizar o indivíduo como um todo, em todos seus aspectos é que abre grandes possibilidades para estratégias que possibilitem a construção de novos valores, compreensões e relações (MERHY, 2002).

Assim, nota-se nos discursos que o cuidado tem se configurado de maneira mais ampla, sendo considerada a percepção holística dos usuários e a complexidade da rede de atenção tanto para o usuário quanto para o enfermeiro. Nota-se também que, apesar do cuidado ainda acontecer de maneira fragmentada, a busca dessa visão holística na perspectiva do atender e do ser atendido alcança outros conceitos e subjetivações.

Nesse sentido, é importante que o elemento integralidade esteja inserido na consciência crítica dos profissionais de saúde e da comunidade, para que, nessa interação e socialização que acontece na relação profissional-usuário, o cuidado seja aprimorado e o processo saúde doença seja visto em sua complexidade. A integralidade é, assim, concebida como uma construção coletiva, que ganha forma e expressão no espaço de encontro dos diferentes sujeitos implicados na produção do cuidado em saúde (MATTOS, 2009).

Percepções sobre as dimensões da integralidade

Para eu conseguir atingir o princípio da integralidade como o SUS propõe, eu tenho que *adequar as minbas práticas enquanto profissional*, então tem que *atender pantado na intersetorialidade*, logo, *as questões políticas precisam também estar amparadas na integralidade. Outra dimensão é a organização das práticas*, então para nós implementarmos um cuidado de forma integral, a gente tem que estar atentos a essas *dimensões como biológico, psicológico e social* (experiência de vida, a história de vida, e a religiosidade), porque às vezes orientamos que o paciente tem que ter determinada alimentação, determinado vestuário, tem que ter determinado bem e que às vezes não está dentro das possibilidades deles, o que prejudica diretamente o cuidado (grifos dos autores). (E¹, E², E³, E⁵)

Vejo como uma dimensão total. O paciente já está vindo com uma deficiência de casa, a *gente não sabe se além da saúde ela traz outros problemas*. Então, *não é só olhar as questões da saúde física tem que ter um olhar voltado para o emocional também*, a questão psicológica. Às vezes, nem tudo que ele diz naquele momento vem revelar a pessoa dele naquele momento. Logo, *não acaba só no hospital*. É muito grande, muitas coisas (grifos dos autores). (U¹, U², U³, U⁴, U⁵, U⁷, U⁸)

De acordo com Mattos (2009), a integralidade pode ser entendida a partir de diversas dimensões, tais como dimensões sociais, políticas e operacionais: modos de vida, vínculo e responsabilização, práticas integrativas e articulação multidisciplinar e interdisciplinar, não excludentes entre si.

Nesse sentido, o referido autor aponta que a integralidade pode ser percebida em sentidos diferentes, mas que, ao se relacionarem, apresentam traços em comum. A articulação existente nessa relação promove uma reação contrária às práticas reducionistas, uma recusa à objetivação dos sujeitos envolvidos nos processos e uma possibilidade de abertura para a comunicação dialógica, permitindo melhor compreensão dos problemas.

Analisando os discursos foi possível identificar quatro dimensões: a integralidade enquanto cuidado holístico, como organização dos serviços,

como práticas de trabalhadores de saúde e nas políticas públicas pautadas na integralidade.

Com relação à integralidade enquanto cuidado holístico, ou traço da boa medicina, os enfermeiros abordam no discurso a importância da adequação das práticas para melhorar a qualidade do cuidado, articulando a promoção, prevenção, recuperação e restauração da saúde no processo saúde-doença.

Para o usuário, essa dimensão relacionada ao cuidado está exatamente nessa percepção do todo, pois, enquanto o enfermeiro tenta adequar sua prática de forma integral, o usuário tenta não ser visualizado enquanto um sistema, um sintoma, na justificativa de que ele já vem “com uma deficiência de casa” quando procura um serviço, e que, para além dessa deficiência podem existir outros problemas que interferem de alguma maneira no seu estado de saúde.

Assim, a integralidade pressupõe o conceito de cuidado em saúde, que considera a relação assimétrica entre os sujeitos, em que o profissional deve praticar o reconhecimento do outro como alguém diferente de si e com necessidades não redutíveis ao conhecimento que instrumentaliza o profissional de saúde (COSTA, 2004, p. 5).

Para o enfermeiro, a integralidade ainda possui outras dimensões que estão para além do cuidado assistencial. Isso se mostra ao longo do discurso, em que outras dimensões como a organização dos serviços, práticas de trabalhadores de saúde e as políticas amparadas na integralidade vão sendo citadas. Portanto, os sentidos da Integralidade que incidem sobre as práticas do profissional devem discernir de um modo abrangente as necessidades dos usuários desses serviços, buscando gerar e aproveitar as oportunidades de aplicação das técnicas de prevenção e o controle das doenças (PINHEIRO; MATTOS, 2009).

Segundo Ayres *et al.* (2012) o eixo das necessidades diz respeito à qualidade e à natureza da escuta, do acolhimento e da resposta às demandas de atenção à saúde. O impulso mais relevante aqui é o do desenvolvimento de sensibilidade e capacidade de resposta às necessidades que não se restrinjam à prevenção, à correção e à recuperação de distúrbios morfológicos ou funcionais do organismo, sem descuidar destas.

De acordo com o Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, o atual modelo de atenção à saúde vigente – fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta – se mostra ineficaz no que se refere aos desafios sanitários e organizacionais (BRASIL, 2010). Nessa perspectiva, a dimensão organizacional do cuidado deve ser compreendida a partir das ações e serviços desenvolvidos pelos profissionais e gestores e dos impactos positivos e negativos estabelecidos pela comunidade usuária. Esta também deve estar inserida nessa reestruturação através da participação ativa no controle social e nos espaços sociais, a fim de superar a intensa fragmentação da assistência nos serviços de saúde, almejando uma ampliação na gestão do cuidado.

Vale ressaltar que o cenário em que vivemos é caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças socioeconômicas e, portanto, com necessidades distintas de saúde por parte da população de cada região. Sendo, assim, requer uma ampliação das políticas públicas, porque as demandas se reconfiguram e as necessidades se modificam de um lugar para outro.

As políticas pautadas na integralidade, como observamos no discurso do enfermeiro, devem ser comprometidas com os diferentes contextos sociais, culturais, biológicos, patológicos, dentre outros, a fim de garantir o acesso equânime ao conjunto de ações e serviços de saúde a partir da reorganização e ampliação dos serviços da rede de atenção. Isso possibilita uma construção de vínculos e ratifica a responsabilização dos usuários, gestores e profissionais.

Verifica-se no discurso do coletivo, que o enfermeiro entende que as dimensões da integralidade são importantes para a reorganização dos serviços e ações, mas, em contrapartida, percebe-se que esse entendimento remete a um tempo futuro, demonstrando que essas dimensões ainda não estão completamente inseridas em sua prática e em sua rede de atenção.

Outro fato que chama atenção é que o usuário não reconhece outras dimensões da integralidade para além da assistência, o que dificulta a construção de uma visão ampliada do processo saúde-doença, em que

aquele é tido como um sujeito ativo. Essa percepção corrobora a visão do enfermeiro, que, apesar de reconhecer outras dimensões, não às refere como parte desse processo atual.

Nesse sentido, observamos que a integralidade possui dimensões que estruturam o SUS, a partir da concepção de totalidade. Seja durante a assistência, na reorganização das ações e serviços, seja na ampliação das políticas públicas, ela reafirma-se como uma estratégia para o fortalecimento do sistema de saúde a partir da organização dos serviços e reestruturação da relação profissional-usuário, e apesar de possuir todas essas características e potencialidades ainda não acontece de maneira ideal na percepção dos informantes.

Percepções sobre operacionalização da integralidade do cuidado no Acolhimento Com Classificação de Risco

Eu colho a história, sempre a história, nada vem solto na vida do paciente, ele veio por uma motivação, mas aquela motivação ela tem uma raiz na história clínica do paciente. Ele é um paciente, ou se tornará uma paciente de grande potencial, eu tenho que entender os determinantes sociais que estão envolvidos. É um desafio muito grande fazer integralidade na porta de entrada, porque o conceito de integralidade me remete a algo completo, equipe completa, suporte completo, recurso total e que na porta de entrada nem sempre eu disponho disso tudo. Então em minha opinião o cuidado ainda acontece de forma fragmentada, porque ainda que eu dê o disparo inicial para uma assistência integral e resolutiva, muitas vezes no processo todo ela sofre fragmentação, ou por parte da equipe médica, ou falta de recurso terapêutico, medicamentoso, algum material que esse paciente vá precisar, ou até de outro profissional ou uma especialidade que o serviço não dispõe. Logo, a gente não fica só focalizada em resolver o problema patológico do paciente, a gente também busca orientá-lo pra que ajam mudanças no seu meio ambiente, no seu domicílio, no convívio com os familiares, a gente também tenta fornecer orientações a que venha ajudá-lo nos outros aspectos como adoção de hábitos de vida saudável, prática de exercícios, a gente tenta vê-lo de uma forma holística mesmo. Então, se eu não sistematizar o trabalho e vê-lo em sua totalidade com todas as suas necessidades de saúde, eu não vou conseguir alcançar a integralidade

pregada pelo SUS, apesar de que, aqui no acolhimento, ele vem provavelmente por uma situação querendo uma brevidade no problema de saúde que ele apresenta no momento. Logo, eu tenho que executar o meu cuidado de acordo com a realidade do paciente pra que realmente ele aconteça e não fique só no plano das ideologias e ideal (grifos dos autores).
(E¹, E², E³, E⁴, E⁵)

Eu vejo que ao primeiro momento não foi demorado, mas acredito que para melhorar, deveria ter um *modo de esse fluxo ser mais antecipado*, como assim passasse pela triagem e já tivesse um profissional médico para atender. A pessoa saiu da triagem e muitas vezes ela fica aguardando no corredor. Muitas vezes também *o enfermeiro acaba exercendo a função de um médico*. Ele faz todo procedimento do acolhimento da temperatura, pressão a triagem. Tudo isso ele acaba fazendo, essas funções que de certa forma seria o médico fazer, aqui mesmo, por exemplo, chegou à ficha pronta, o médico praticamente só fez ler o que os enfermeiros já haviam feito pra tirar a conclusão, acaba que *esse atendimento de vocês amplia o atendimento do médico*, porque se não tivesse esse primeiro atendimento dos enfermeiros, o médico ia ter que fazer todo esse processo, que seria também adequado que ele fizesse além desse processo de vocês, um acompanhamento, então acaba que esse atendimento do enfermeiro se torna o principal, *porque os enfermeiros perguntam, tem gente que não pergunta* só chega pega o papel, a gente diz o que está sentindo e só. É só aqui que tem isso, do portão para fora é outra coisa. Nos *postos não tem esse atendimento, nem uma explicação, aqui tem!* (grifos dos autores).
(U¹, U², U³, U⁴, U⁵, U⁷, U⁸)

As atuais inovações na assistência à saúde contam com uma ampla sofisticação tecnológica, que, diga-se de passagem, apresenta efeitos positivos e negativos (AYRES, 2004). Percebe-se como positivo a brevidade nos diagnósticos, a descoberta de novas terapias, aumento da expectativa de vida para doenças terminais, dentre outros, mas em contrapartida observa-se como um ponto negativo e salutar a ser considerado a automatização nas consultas, a conseqüente fragmentação do usuário, uma precariedade na organização dos serviços de saúde, bem como a dissociação do processo saúde-doença com os determinantes sociais.

Podemos observar no discurso dos enfermeiros a idealização de uma construção e organização dos serviços e ações de saúde tendo como base o princípio da integralidade e o descontentamento frente aos obstáculos para sua materialização. Esses obstáculos estão relacionados, dentre outros, a uma série de fatores, tais como a intersetorialidade, a multidisciplinaridade, a organização da rede de atenção à saúde e a efetividade dos princípios estabelecidos no SUS.

Percebemos, a partir do discurso do enfermeiro, que a operacionalização do cuidado ainda acontece de forma fragmentada por conta das fragilidades e necessidades encontradas no setor, tais como estrutura física e recursos materiais e humanos, influenciando diretamente na efetivação dessa estruturação a partir da integralidade.

Nota-se, também, que o usuário tem essa percepção da operacionalização do cuidado quando sugere um melhor funcionamento do fluxo de atendimento, por exemplo, quando fazem referência ao rápido acolhimento recebido em contrapartida ao tempo de espera demorado para o atendimento médico. De fato, a unidade em questão possui uma capacidade de recursos humanos incompatível com a demanda de atendimentos, o que interfere no funcionamento e agilidade dos serviços. Outro fator importante a ser destacado é o não funcionamento efetivo da rede de atenção básica de saúde do município por conta da regionalização dos serviços nessa área – já que este é referência para outros 26 municípios, causando uma superlotação no hospital e desestruturando o atendimento de urgência e emergência pela grande demanda.

Assim, a operacionalização dos serviços a partir da integralidade busca exatamente andar na contramão desse paradigma, tornando possível uma atuação integral e ampliada dos profissionais e gestores no que se refere ao atendimento às reais necessidades dos usuários, a partir de uma rede de atenção funcionante. Frente a isso, Cecílio e Merhy (2003) refletem que um profissional de saúde, quando vai atuar, mobiliza ao mesmo tempo seus saberes e modos de agir. Estes, de acordo com os autores, são definidos pela existência de um saber muito específico a respeito do problema que se vai enfrentar e sobre o qual se coloca em jogo um saber territorializado no seu

campo profissional de ação, sendo que ambos são cobertos por um território que marca a dimensão cuidadora sobre qualquer tipo de ação profissional.

Emergindo como um princípio organizativo do SUS, a integralidade pressupõe essa mudança no paradigma assistencial, refletindo diferentemente nos serviços de saúde. Nos discursos dos enfermeiros, podemos observar que, para essa classe, as organizações dos serviços de saúde estão relacionadas diretamente à adequação das práticas integrais pautadas na intersetorialidade, a fim de construir uma rede sólida de serviços e consequentemente ofertarem uma melhor atenção à saúde.

Para Feuerwerker e Costa (2000, p. 94), essa intersetorialidade seria a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos; seria uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população.

Dessa perspectiva, podemos observar que esse conceito reverbera nas políticas de promoção à saúde, o que também não anula as ações de proteção e recuperação desta, enfatizando o cuidado de alta e média complexidade. Nesse sentido, conforme Merhy (2003), faz-se necessário uma combinação entre as tecnologias necessárias e o holismo, sendo o usuário abordado em suas necessidades singulares e em sua realidade. Esta atuação deve, pois, resultar na melhora e no prolongamento da vida, a partir da criação de um ambiente de conforto e segurança.

Segundo o mesmo autor, o usuário, em geral, reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos profissionais, dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários, em sua maioria, se sentem inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados e desprezados.

Podemos perceber, no discurso dos usuários, que estes possuem uma visão deturpada quanto à atuação do enfermeiro no que se refere à atribuição profissional e operacionalização do cuidado, por exemplo, quando afirmam em seu discurso que o enfermeiro realiza o trabalho do médico.

Isso se justifica pela perspectiva mecanicista do modelo biomédico, ainda marcante no meio científico e na área da saúde.

Embora atualmente menos hegemônico na teoria, esse modelo, na prática, leva aos usuários a identificação apenas das necessidades dos sistemas, visualizando o curativismo e negligenciando outros aspectos condicionantes e determinantes do processo saúde-doença que estão inseridos na prática do enfermeiro. O que os usuários inferem sobre uma categoria profissional é tão importante quanto aquilo que o profissional é, pois a projeção de uma imagem contrária ou negativa interfere no desenvolvimento das atividades, bem como contribui para a desvalorização do profissional.

Para Nauderer (2005), a enfermagem é identificada com uma formação religiosa matrilinear e uma formação médica patrilinear e, para distanciar-se de suas origens religiosas, as enfermeiras procuraram especializar-se na tecnicidade, reforçando dessa forma sua associação ao médico, isso se materializa na própria construção da profissão, na introdução das residências e suas especialidades. Mas, para, além disso, Wall e Carraro (2009) contribuem dizendo que a enfermagem enquanto ciência disciplina a profissão, buscando a verdade, no sentido de construir um referencial teórico consistente, contribuindo para a evolução, tanto no campo individual, quanto no coletivo, fortalecendo a promoção da saúde.

Assim, podemos observar que há uma necessidade de ampliação dos conceitos para os usuários no que se refere aos profissionais, aos serviços e às ações, tendo em vista as distorções e equívocos apresentados no discurso. Vale ressaltar, ainda, a importância da atuação dos profissionais enfermeiros nessa construção de saberes a partir de uma educação permanente, sensibilizando e reorientando o usuário quanto ao funcionamento da rede de atenção, aos serviços ofertados e ao papel de cada sujeito envolvido nesse processo, inclusive ele próprio enquanto cidadão.

Inserção do usuário na construção do cuidado integral

Acho importante a gente tá lembrando para o paciente que ele está vindo pra uma instituição buscar um cuidado, mas que ele também faz parte desse cuidado, porque o alvo principal é ele. Então, pra ter

saúde, *o paciente precisa ser ativo*, até esse termo paciente a gente precisa pensar e repensar, aí na tua pergunta você traz a inserção do usuário, paciente dá a ideia de um ser que não participa, ele é paciente, ele fica à parte. Logo, eu preciso de um usuário que possa participar das ações, a gente tenta fazer essa inserção mostrando para ele o problema de saúde que ele tem e qual **a** *responsabilidade dele diante do seu processo saúde-doença*, na busca de sua saúde. Existem espaços de discussão hoje que o usuário já se encontra contemplado, é uma pena, que *o usuário do SUS hoje ele é mais queixoso do que parte do processo*, ele se sente a vítima. Se ele soubesse o poder que tem, talvez, a gente estaria vivendo um tempo melhor, outra coisa necessária para o usuário é conhecer e saber usar o serviço, ele não sabe usar o serviço, *muitas vezes a demanda que ele me trouxe não é pra mim, não é para um hospital de grande porte*. Ele poderia ter ido a uma unidade básica, ao CRAS ao CREAS, tantas portas que ele poderia bater, à saúde da família; e se eu digo não, logo, esse usuário ao invés de ser parte da solução ele se torna parte do problema. Então é estar todos os dias orientando, sensibilizando, porque conscientizar a gente sabe que é difícil, mas *sensibilizar pra que ele vá aos espaços de conselhos, a ouvidoria, ao ministério público*, eu acho que se essa demanda crescesse nesses espaços chamaria a atenção das nossas autoridades. Eu acho importante! (grifos dos autores). (E¹, E², E³, E⁴, E⁵)

Falando de uma forma global, de *posturas que a gente pode e deve adotar, desde reclamações*, buscar também no *atendimento falar ao máximo a respeito das suas manifestações clínicas ali*, a minha colaboração, minha participação tem que ser o mais claro possível, eu não posso usar meios termos, tenho que rasgar a minha alma da saúde nesse momento da minha necessidade, que, no caso é a minha *busca pelo melhoramento da minha saúde física, se a gente chega e não atende, a gente vai na FM*. Eu vejo muito dessa forma, está fiscalizando devido à realidade que a gente tem hoje, de uma forma geral no SUS, essa questão de atuação profissional, dos profissionais estarem nos seus plantões, ou no devido lugar naquele momento e também ajudar com informações outras pessoas que precisam do serviço, estar orientando para que consigam resolver de fato os seus problemas (grifos dos autores). (U⁴, U⁵)

O processo de produção do cuidado em saúde tem sofrido algumas alterações positivas ao longo do tempo, devido à inserção de alguns conceitos

e dispositivos como a humanização, o acolhimento, a escuta qualificada, a responsabilização e a influência dos determinantes sociais, bem como a responsabilização dos sujeitos envolvidos nesse processo.

Sabemos que o usuário é fundamental na construção desse processo, a partir dele e de suas necessidades, são modulados os serviços, as ações e as políticas públicas de saúde. Para Merhy (1998), o trabalho em saúde se realiza sempre mediante o encontro entre trabalhador e usuário, centrado no trabalho vivo em ato, que consome trabalho morto, visando: produção do cuidado, gestão e formação da produção do cuidado.

Pensando na responsabilização dos sujeitos envolvidos nessa construção e analisando os discursos dos enfermeiros, podemos avaliar que essa categoria profissional enfatiza a autonomia dos usuários, mostrando a estes o seu papel na produção do cuidado em saúde e nas implicações do seu processo saúde-doença. Além disso, ratifica sobre a importância da construção do autocuidado na medida em que conseguem lidar com suas próprias redes de dependências, da coprodução de si mesmo e do contexto por meio do processo de educação em saúde.

Nota-se que o enfermeiro se preocupa com a introdução do usuário, a partir da sensibilização, nos espaços de construção social (espaços como o conselho de saúde e outros que o respaldem enquanto cidadão de direito) – quanto a isso, é um dever do Estado Democrático possibilitar essa expressiva participação do povo na formulação e controle das políticas públicas de saúde conquistadas. Para a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, do Ministério da Saúde, essa conquista se estabeleceu num processo de embates de concepções e de pressões dos movimentos sociais por estes estabelecerem uma ruptura com as desigualdades e as iniquidades das relações sociais, numa perspectiva emancipatória, levando-se em conta, evidentemente, as diferentes culturas e formas de cuidado do ser humano (BRASIL, 2006).

No discurso em análise observa-se a noção dos usuários quanto aos seus direitos, mesmo estando estes associados quase sempre à prática assistencial. Em contrapartida não se observa a mesma noção quanto aos deveres, isso se reforça na análise relacionada às dimensões da integralidade, quando o usuário só se posiciona em relação à assistência que lhe é concebida

enquanto direito. Entretanto, o interessante é perceber que o usuário não se reconhece como parte do processo de forma participativa, política e construtiva, quando diz: “É uma pena, que o usuário do SUS hoje ele é mais queixoso”. Isso, de certa maneira, prejudica o fortalecimento da integralidade como ferramenta de reorganização dos serviços e ações.

Uma afirmação bastante comum, ratificada inclusive pelo estudo de Bosi (1994), é que, para os usuários, sem dúvida, o importante é ser atendido. Com efeito, podemos dizer que esta expectativa esteve presente em todas as entrevistas obtidas.

Reiterando o discurso dos enfermeiros, outra questão importante é que a comunidade usuária não suporta a negação do atendimento, e que, ainda assim, essa negação é realizada dentro de certa lógica “acolhedora”, “assistencial” e “responsável”, a qual Merhy e Onocko (1997) destacam como sendo um espaço que se abre para um processo de escutas dos problemas, para uma troca de informações, para um mútuo reconhecimento de direitos e deveres, e para um processo de decisões que pode possibilitar intervenções pertinentes em torno das necessidades dos usuários.

Essa negação do atendimento, na emergência, é feita através de um fluxo, onde o usuário é referenciado para as unidades ambulatoriais (nos casos classificados como azuis ou verdes). Vale ressaltar que, essa referência depende da intersectorialidade, ou seja, da organização e funcionamento da rede de atenção do município, que muitas vezes não funciona adequadamente. Sabe-se que essa rede de atenção apresenta várias deficiências, como por exemplo, a falta de serviços de média complexidade. Isso contribui para que o usuário se torne desacreditado do serviço, ficando sem referência dentro da rede de atenção e, como consequência, tendo muitas vezes reações agressivas por desconhecer as implicações que estão inferidas nos serviços ofertados e nas informações incoerentes recebidas quanto aos serviços.

Nessa perspectiva, faz-se necessário ampliar os direitos e deveres dos usuários através da educação em saúde, bem como subsidiar junto ao conselho de saúde local medidas de inserção dos usuários nos sistemas de saúde, enfatizando a necessidade de inseri-los nesse processo de modo ativo a fim de reconfigurar sua importância nos espaços de saúde como um todo.

Potencialidades do cuidado integral no Acolhimento Com Classificação de Risco

Aqui no serviço nós temos, de potencialidade, os profissionais – *uma equipe humanizada e humanizadora* – capacitados. A própria coordenação, a própria unidade hospitalar, ela nos proporciona a cada dia cursos online e presenciais para que a gente possa melhorar a nossa assistência com os *momentos de educação*, dando o máximo que pode de autonomia pra gente trabalhar e tentar encaminhar esses pacientes, tentar resolver o problema dele. E o HGPV foi pioneiro na implantação do acolhimento em 2007, ele desbravou um terreno que outros hospitais do porte do nosso não tinham, então foi um desafio muito grande fazer isso. No início do acolhimento tinha médico que rasgava ficha, que não aceitava atender um paciente que foi visto primeiro pelo enfermeiro, ele achava um absurdo o paciente ter passado por uma equipe antes dele. Hoje *os nossos plantonistas não atendem ninguém que não foi assistido pelo acolhimento*, eu acho isso um potencial enorme, temos *outra potencialidade interessantíssima que é o controle das fichas*, aquilo é maravilhoso, a gente tem como avaliar o que ficou quantos casos de linha vermelha e amarela, a gente tem um recurso que a gente não dá valor (grifos dos autores).
(E¹, E², E³, E⁴, E⁵)

A velocidade do atendimento, no momento que eu cheguei aqui foi para um serviço público e na realidade que nós estamos acostumados, frequentemente, demora bastante. Com relação a *grande importância que esse setor de triagem* tem no sentido de até casos que não requerem aquele cuidado que aquele paciente acha que requer e ser dado um encaminhamento para outro setor, outra unidade. *Muito importante essa triagem* é na verdade um setor chave até para diminuir os transtornos dentro dos serviços de saúde (grifos dos autores).
(U², U³, U⁴, U⁵, U⁷)

Os serviços públicos de urgência e emergência vêm caracterizando-se pela superlotação e sobrecarga de trabalho para os profissionais da saúde, decorrentes da deficiência na atenção básica. O ACCR surgiu nesse cenário com o objetivo de reorganizar os serviços e as relações profissional-usuário, a partir de modificações do modelo assistencial.

Notamos no discurso do informante enfermeiro uma breve retrospectiva quanto à implantação do acolhimento no hospital, pois essa implantação implicou

em mudanças organizacionais do atendimento médico. Segundo o discurso, “No início do acolhimento tinha médico que rasgava ficha, que não aceitava atender um paciente que foi visto primeiro pelo enfermeiro, ele achava um absurdo o paciente ter passado por uma equipe antes dele”.

Percebe-se que essa atuação referida está relacionada à hegemonia médica, em que o centro da atenção ao indivíduo doente é o médico. Nesse sentido, o usuário ser assistido por outra equipe com uma visão ampliada do processo saúde-doença com ações de promoção, responsabilização e vínculo, comprometeria a visão fragmentada e medicamentosa do médico. Em contrapartida, observa-se, nessa retrospectiva, que, hoje, os plantonistas não atendem os usuários que não foram assistidos pelo acolhimento. Essa ampliação da percepção do médico enquanto membro da equipe se justifica pelos princípios que constituem o SUS e as ações de promoção à saúde constituídas na CF/88, os quais desvelaram ao longo desses quase vinte anos de pós-reforma um novo e mais amplo modelo de atenção e efetivação dos princípios e práticas de saúde.

Vale ressaltar, que, apesar dessas modificações a nível político, essa mudança na atuação médica se atribui à resignificação organizacional dos serviços a partir do acolhimento, pois facilita o trabalho deste profissional, bem como da equipe, responsáveis pela estruturação e reorientação dos usuários quanto às suas necessidades de saúde.

Na avaliação dos discursos dos usuários, nota-se que estes avaliam o serviço de acolhimento como de grande importância, reconhecendo as necessidades de orientação aos pacientes e resolutividade neste serviço. Tais discursos corroboram o discurso do enfermeiro quando traz a equipe como humanizada, humanizadora e capacitada para resolver os problemas dos usuários em todas as instâncias de serviços.

Nota-se ainda, que, a classificação de risco em si, através do preenchimento das fichas de atendimento, configura-se como uma grande potencialidade e um método para avaliação da funcionalidade da rede de atenção, tendo em vista que a unidade de urgência e emergência recebe também, em sua maioria, indivíduos com necessidades ambulatoriais, sendo, portanto, uma importante ferramenta de avaliação para os serviços de saúde.

Assim, observa-se que, nos discursos, os informantes avaliam o acolhimento como um importante dispositivo de reorganização do serviço, visto que expande a atuação dos profissionais e sensibiliza os usuários, por meio de uma visão ampliada, da escuta qualificada, da responsabilização, do vínculo e da intersetorialidade, repensando as maneiras de ampliação e fortalecimento deste dispositivo.-

Limitações do cuidado integral no Acolhimento Com Classificação de Risco

Primeiro o lugar. *O lugar é desacolhedor*: É um lugar pequeno, insalubre, com móveis antigos e inadequados, eu acho que o lugar que se chama acolhimento deveria ser diferenciado, com um espaço realmente acolhedor e muitas vezes é um ambiente onde entra outras pessoas, então acaba agredindo a privacidade do paciente. Outra limitação é a *falta de comunicação entre a equipe que atua na porta de entrada e a equipe da retaguarda* que seria do pronto socorro, que na verdade deveria ser uma coisa só, pois na verdade o acolhimento não se limita àquele espaço, ele deve ser diluído até o fim da assistência, seja alta, alta celeste ou transferência. Ao acolher, eu tenho que acolher em qualquer instância do hospital, não somente naquele mínimo espaço destinado a triagem inicial, então eu vejo como uma limitação. As limitações é que na verdade, percebemos que às vezes o *paciente não compreende as orientações que fornecemos*, seja pela baixa escolaridade, ou seja pelas questões socioeconômicas, às vezes não estão muito receptivos a acolher o que nós temos a oferecer (grifos dos autores). (E¹, E², E³, E⁴, E⁵)

Primeiro *mais acolhimento seria bom*, deveria ter mais enfermeiros atendendo, muitas pessoas lá foram precisando de atendimento e às vezes chega paciente mais graves. Segundo *a logística física do local*, o espaço acho que não contribuiu, acho que espaço físico é tudo, mas também sei que infelizmente nós dependemos de um sistema. Com relação com o atendimento em si, eu acredito que poderiam ser feitos *mais questionamentos, eu não sei se foge dessa competência*, mas algumas questões próprias do diálogo em si poderiam melhorar um pouco, no nível de tentar resolver o problema, dar um direcionamento maior a demanda, mas existem coisas que estão além de vocês (grifos dos autores). (U¹, U², U⁴, U⁵, U⁷)

Para a realização da assistência integral no ACCR é necessário, entre outras condições, a garantia de infraestrutura apropriada, com disponibilidade de equipamentos adequados, de recursos humanos capacitados e de materiais e insumos suficientes à assistência prestada.

Podemos observar que há uma convergência nos discursos dos usuários e enfermeiros quanto ao espaço físico como limitação para o cuidado integral, isso se justifica na estrutura inadequada do espaço onde é desenvolvido o acolhimento, considerado pelos enfermeiros como um espaço “desacolhedor, pequeno, insalubre, com móveis antigos e inadequados”. Cabe ressaltar que esse espaço inapropriado relatado pelos informantes influencia diretamente na qualidade da assistência, bem como interfere na saúde do profissional e na recepção dos usuários, sendo o espaço físico uma das prioridades primárias na idealização da construção dos serviços e ações de saúde.

Assim, a organização dos serviços de saúde deve incluir condições políticas, humanas, materiais e estruturais que viabilizem uma assistência de qualidade, tanto para quem a executa quanto para quem recebe a assistência. Nessa perspectiva a PNH aposta que a discussão do espaço físico pode ser usada como algo que reúna as pessoas, possibilitando a criação de espaços coletivos para a discussão dos projetos arquitetônicos e intervenções na ambiência (BRASIL, 2010).

Nota-se no discurso dos usuários uma necessidade de aumento de recursos humanos para melhorar a qualidade da assistência, tendo em vista a grande demanda. O acolhimento hoje conta com um número reduzido de profissionais, sendo estes divididos em enfermeiros e técnicos, essa redução acaba sobrecarregando o quantitativo de profissional do quadro atual, devido ao número elevado de atendimentos diários.

Outra limitação é a alta rotatividade de profissionais no setor, devido às modificações na conjuntura política. Isso, de certa forma, influencia na qualidade do cuidado de forma integral, já que, para atuar no acolhimento é necessário o desenvolvimento de ferramentas como: a humanização; a integralidade e a intersetorialidade; e uma escuta qualificada que possibilite ao usuário ser atendido na perspectiva do cuidado integral, tornando possível a construção de vínculos e a responsabilização.

No estudo realizado pelo Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, do Ministério da Saúde, percebe-se que, no processo de qualificação do modelo de assistência, o acolhimento tem se configurado como uma das principais diretrizes operacionais para assegurar e materializar os princípios do SUS, particularmente os da integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2010). Para isso, é importante que as equipes de saúde também se organizem de maneira multidisciplinar e equânime com o objetivo de ofertar um atendimento de qualidade.

Verifica-se, ainda, no discurso do enfermeiro que existe uma falta de comunicação entre a equipe que atua na porta de entrada e a equipe do pronto socorro, “retaguarda”. Essa falta de comunicação se dá pelo não entendimento, por parte dos outros componentes da equipe, do fluxo de entrada dos usuários, estabelecidos em protocolo. Isso ocorre porque, muitas vezes, a entrada desse usuário traz, na concepção da equipe de retaguarda, uma sobrecarga ou um aumento da demanda de procedimentos; com isso, percebe-se que o cuidado ainda é visto de forma descontínua, sofrendo fragmentações ao longo do processo.

Observa-se também uma divergência entre os discursos dos enfermeiros e os dos usuários quanto ao atendimento; pois enquanto o enfermeiro aponta para o não entendimento dos usuários no que se refere às informações transmitidas durante o atendimento, nota-se, que o usuário ressalta sobre a necessidade de mais questionamentos, objetivando um melhor diálogo.

Assim, percebemos que as limitações para a efetivação de um cuidado integral na perspectiva do acolhimento estão associadas às questões estruturais, organizacionais e ao relacionamento interpessoal com as equipes e com os usuários, demonstrando que para alcançar o princípio da integralidade é necessário que ocorra uma responsabilização por parte dos sujeitos envolvidos e uma reorganização nos serviços e ações de saúde.

Considerações finais

É salutar esclarecer que a criação desse estudo emergiu do desejo de ampliar os conhecimentos relacionados aos princípios do SUS, acreditando

que nós temos um bom norteador teórico para a efetivação e fortalecimento desse sistema de saúde no desenvolvimento dos serviços e das ações. Pensando dessa forma e respeitando a semântica da própria palavra integralidade, é que reconhecemos a relevância de trabalhar com percepção de dois sujeitos inerentes a essa reorganização do sistema, partindo do pressuposto das implicações da relação profissional-usuário.

Assim, desenvolver o presente estudo foi uma grande oportunidade de conhecer e compreender, por meio dos relatos verbais, as concepções dos enfermeiros e usuários sobre a integralidade e suas dimensões a partir do contexto em que está inserido, bem como perceber os desafios enfrentados, as convergências, divergências e complementaridade nos discursos de ambos.

Nessa perspectiva, os resultados do estudo demonstram que os enfermeiros e usuários descritos no ACCR reconhecem a importância do cuidado integral. Ainda que cada qual com suas particularidades, nota-se que tanto o profissional quanto o paciente buscam de alguma maneira ampliar a compreensão do cuidado a partir da integralidade, tendo como pressuposto a necessidade de lançar mão de outros instrumentos como a responsabilização e o vínculo, a inserção do usuário e a multidisciplinaridade, fatores inseridos no discurso como desafios para a efetivação desse cuidado.

No que se refere às dimensões da integralidade, percebemos que os discursos dos sujeitos se complementam no que se refere ao cuidado relacionado ao traço da boa medicina. Nesse sentido, enquanto o usuário enaltece a necessidade “de ser olhado, ser visto, ser considerado”, o enfermeiro, consoante a isso, aponta para a importância do holismo e de não visualizar o usuário como uma patologia, um sistema danificado.

Ainda sobre as dimensões, nota-se que o enfermeiro percebe que, para além do cuidado, existem dimensões operacionais que interferem diretamente no fortalecimento do cuidado na perspectiva da promoção da saúde, quais sejam: organização dos serviços, práticas dos trabalhadores de saúde e políticas públicas pautadas na integralidade. Todavia, apesar da visão ampliada, o discurso dos enfermeiros fala da necessidade dessas dimensões numa perspectiva de tempo futuro, como se estas não se fizessem presentes, completamente, em suas ações e na sua rede de atenção, trazendo à tona

a dicotomia entre teoria e prática. Isto revela, portanto, o distanciamento entre aquilo que se aprende na academia (a teoria) e o que se desenvolve em seus locais de trabalho (a prática).

Quanto à operacionalização do cuidado, observamos que ocorre uma idealização de uma construção e organização dos serviços e das ações de saúde, bem como um descontentamento frente aos obstáculos para sua materialização por parte dos enfermeiros e usuários. De acordo com estes, a justificativa para isso se deve a não efetivação da intersetorialidade e multidisciplinaridade nas práticas, bem como a não efetividade dos princípios estabelecidos pelo SUS.

Outro fator importante é o desconhecimento, por parte do usuário, quanto ao funcionamento da rede de atenção e à atuação dos profissionais. O usuário, muitas vezes, possui uma visão fragmentada e equivocada em relação aos serviços e as atribuições dos profissionais enfermeiros e médicos, atribuindo frequentemente o trabalho de um ao outro na operacionalização do cuidado. Esse conhecimento deturpado, influenciado pela hegemonia médica e pelos modelos curativistas, leva os usuários a identificação apenas das necessidades dos sistemas, visualizando o curativismo e negligenciando outros aspectos condicionantes e determinantes do processo saúde-doença que estão inseridos na prática do enfermeiro.

No que se refere à inserção do usuário na construção do cuidado, nota-se que o enfermeiro se preocupa com a introdução daquele nos espaços de construção social, como por exemplo, nos espaços que o representa, quais sejam: o conselho de saúde, a ouvidoria e o ministério público. Em contrapartida, o que percebemos no discurso do usuário é que este se preocupa com a brevidade e garantia do seu atendimento, não aceitando a “negação” deste. A respeito disso, sabe-se que apesar de essa negação ser realizada de maneira “acolhedora e responsável” – como por exemplo por meio das referências para as unidades que compõe a rede de atenção à saúde, explicitando que a demanda que ele trouxe não condiz com o perfil de atendimento da unidade em questão (que só atende urgência e emergência) – muitos usuários entendem que, quando não atendidos, devem procurar os espaços de comunicação privada, como as FMs locais, para resolução do seu problema.

Com isso, percebemos um enfraquecimento no papel do usuário frente ao controle social e uma passividade da comunidade usuária, interferindo negativamente no processo de construção do cuidado, em que se faz necessário a atuação do usuário enquanto cidadão. Vale ressaltar que a atual situação da atenção básica no município influencia diretamente na postura desse usuário, pois, na maioria das vezes, ele não consegue atendimento na rede básica ou é reencaminhando para outros serviços que também não oferecem uma resolutividade para o seu problema, causando assim um descontentamento e descrédito dos serviços de saúde, bem como um aumento da procura dos atendimentos nos serviços de alta complexidade.

Como limitações, foram elencados problemas relacionados à estrutura do local, ao baixo quantitativo de recursos humanos, à falta de comunicação entre as equipes e à rotatividade de profissionais. Vale ressaltar que a falta de estrutura física adequada e a redução de recursos humanos interferem diretamente no cuidado, na humanização e na qualidade do atendimento. Em consonância a isso tem, também, a falta de comunicação entre as equipes e a rotatividade de profissionais, que estão interligadas, e, talvez, a falta da primeira só exista por consequência da falta da segunda, o que interfere diretamente na qualidade da assistência prestada nesse setor.

No que se refere às potencialidades, podemos evidenciar que o setor de acolhimento se configura como uma importante aquisição para a melhoria da assistência na unidade hospitalar, bem como uma ferramenta para mudanças organizacionais do atendimento médico como podemos observar na breve retrospectiva do informante enfermeiro, quando este alegou que no início os profissionais médicos não aceitavam assistir o usuário que foi acolhido primeiro pelo enfermeiro, ou por outros profissionais, estando essa postura baseada na hegemonia médica.

Vale ressaltar que o Acolhimento com Classificação de Risco é um dispositivo usado para reorganizar os serviços de saúde a partir das necessidades dos usuários que procuram a rede básica de atenção de urgência e emergência, mediante um protocolo de avaliação e classificação do risco. Dentro da proposta do acolhimento, o atendimento acolhedor, humanizado e resolutivo são pilares para a melhoria da assistência, bem como para o

fortalecimento do vínculo profissional-usuário. Contudo, apesar de sua importância, essa proposta ainda se encontra em construção, tendo em vista a percepção dos informantes.

A construção do cuidado integral no Acolhimento Com Classificação de Risco a partir do princípio da integralidade busca ampliar a compreensão dos enfermeiros e usuários quanto ao cuidado em saúde, a organização dos serviços e as políticas, com a inserção dos sujeitos envolvidos na construção do cuidado.

Conclui-se que, apesar de ser considerado um princípio organizativo do SUS e possuir dimensões que fortalecem os serviços e ações de saúde, a integralidade, na percepção dos enfermeiros e usuários do ACCR, ainda acontece de maneira fragmentada. Nesse sentido, coloca-se como um desafio para toda a rede de atenção repensar a integralidade do cuidado concebida em rede, associando essa mesma integralidade a cada processo de trabalho dos profissionais e às necessidades do usuário e percebendo a importância de se reconhecer esta como objeto de reflexão para aquisição e ampliação de novas formas do saber e fazer em saúde.

Referências

AYRES, J. R. C. M. *et al.* Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 67-82, mar. 2012.

AYRES, J. R. C. M. *et al.* Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, fev. 2004.

BAHIA (Estado). Hospital Geral Prado Valadares (HGPV). *Quem somos*. Disponível em: http://www2.saude.ba.gov.br/hgpv/quem_somos.htm
Acesso em: 26 dez. 2015.

BOSI, M. L. M. Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na rede pública de serviços. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 10, p. 446-456, 1994.

BRASIL. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Publicado no DOU de 20/09/1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília: MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série I. História da Saúde no Brasil).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS, acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 09 abr. 2016.

CECCIM, R. B.; MERHY, E. E. Una acción micro-política y pedagógica intensa: la humanización entre lazos y perspectivas. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 13, supl. 1, p. 531-542, 2009.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. Campinas, 2003. Disponível em: <http://www.hmdcc.com.br/wp-content/uploads/2018/04/Cecilio-A-INTEGRALIDADE-DO-CUIDADO-COMO-EIXO-DA-GEST%C3%83O-HOSPITALAR.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2019.

COSTA, A. M. Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 5-15, set./dez. 2004.

FERREIRA, S. C. C. *et al.* Aspectos da gestão hospitalar: a integralidade no cotidiano das unidades de saúde. In: FERREIRA, S. C. C. (org). *Gestão em saúde: contribuições para a análise da integralidade*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

FEUERWERKER, L. M.; COSTA, H. Intersetorialidade na rede Unida. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 22, p. 25-35, 2000.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

LEFEVRE, A. M. C.; CRESTANA, M. F.; CORNETTA, V. K. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização “Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde-CADRHU”, São Paulo-2002. *Saúde e Sociedade*, v. 12, n. 2, p. 68-75, 2003.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. O sujeito coletivo que fala o que fala. *Interface-Comunic, Saúde, Educ*, v. 10, n. 20, p. 517-524, 2006.

LEOPARDI, M. T. *Teorias e método em assistência de enfermagem*. 2. ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, mar./abr. 2007.

MANZINI, E. J. *Entrevista: definição e classificação*. Marília: Unesp, 2004. 4 transparências. P&b, 39 cm x 15 cm.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MEHRY, E. E. *et al.* (org). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: HUCITEC, 2002.

- MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modelos de atenção. *In: MERHY, E. E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC, 2003.
- MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 1-78. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-03.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2016.
- MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.
- NAUDERER T. M. Imagem da enfermeira: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 58, n. 1, p. 74-77, jan./fev. 2005.
- PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009 .
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009.
- SILVA, Z. P. *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3807-3816, set. 2011.
- SILVA JÚNIOR, A. G. *et al.* Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. *In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.
- SOUZA, E. C. F. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, suppl. 1, p. s100-s110, 2008.
- WALL, M. L.; CARRARO, T. E. A teoria revolucionária de Kuhn e sua influência na construção do conhecimento da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, p. 417-422, maio/jun. 2009.

Capítulo 3

Cuidado em saúde na classe hospitalar: um direito das crianças/dos adolescentes hospitalizados

*Lucinéia Braga de Oliveira Magalhães
Ana Cristina Santos Duarte*

Introdução

Num período de intensas transformações sociais, políticas, econômicas, culturais, literárias, éticas e estéticas, nos deparamos com dilemas que exigem do ser humano construções e (re)construções de paradigmas que promovam soluções para os problemas emergentes. Neste contexto, somos afetados sobremaneira em nosso modo de pensar, de agir, de interagir, de comunicar, enfim, nos mais diversos infinitivos que recorrem tanto sobre nós – seres humanos – como sobre a vida planetária em sua totalidade (SILVA, 2004).

Muito se discute acerca das sociedades humanas e sua existência num determinado espaço e tempo, onde os grupos sociais que as constituem são mutáveis, e tudo, a exemplo das instituições, leis e visões de mundo, são provisórios e estão em constante dinamismo (MINAYO, 2013). Daí que, é importante nos colocarmos à disposição para mudar e transformar as

realidades existentes, pois o desejo de dar respostas aos problemas é, sem dúvida, tarefa árdua e instigante. Em outras palavras, precisamos pensar neste processo dinâmico de transformações, focando nosso olhar no debate sobre a saúde e a educação enquanto possibilidade de construir novos paradigmas.

Diante dessa possibilidade de transformação, é importante destacar que o ambiente hospitalar e sua estruturação essencialmente biológica, centrada no tratamento dos aspectos físicos da doença e em procedimentos conservadores, “contribuem para que a sua realidade se mostre fria, impessoal e impregnada de carência de afetividade” (MATOS; MUGIATTI, 2009, p. 21).

Nesta direção, as possibilidades de ruptura dos moldes tradicionais e a necessidade de consolidar políticas de atenção à saúde e à educação junto às crianças/adolescentes hospitalizados surgem como temas emergentes e relevantes à luta pela garantia do direito à cidadania.

Como exemplo desta tentativa de ruptura, destacamos, no setor de saúde, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), lançado pelo Ministério da Saúde (MS) no ano de 2001, com o objetivo de promover uma nova cultura de atendimento na saúde e apoiar a melhoria da qualidade e eficácia dos serviços prestados, mediante aprimoramento das relações entre: trabalhadores da saúde, usuários e profissionais, e hospitais e comunidade (BRASIL, 2001). Vale ressaltar que, a partir do ano de 2003, o Ministério da Saúde transforma o PNHAH em política, intitulada Política Nacional de Humanização (PNH), com o objetivo de favorecer: a troca e construção de saberes; o **diálogo entre** profissionais; o trabalho em equipe; e a consideração às necessidades, desejos e interesses dos diferentes atores do campo da saúde (BRASIL, 2003).

Já no setor educação, destacamos a iniciativa do Ministério da Educação (MEC), por meio da Secretaria de Educação Especial (SEESP), de elaborar, em 2002, o documento de estratégias e orientações para normatizar a oferta do atendimento educacional pedagógico em ambientes hospitalares e domiciliares (BRASIL, 2002). Neste documento, fica estabelecido, em seus objetivos, que “cumpre às classes hospitalares e ao atendimento pedagógico domiciliar elaborar estratégias e orientações para possibilitar

o acompanhamento pedagógico-educacional [...] e garantir a manutenção do vínculo com as escolas por meio de um currículo flexibilizado e/ou adaptado” (BRASIL, 2002, p. 13).

Ainda nessa direção, a hospitalização de crianças/adolescentes implica em um processo de distanciamento de seu convívio familiar, social, cultural e educacional; e caracteriza-se em uma experiência dolorosa que provoca sentimentos de exclusão, desvalorização e distúrbios da autoestima. Contudo, acredita-se que, com a inclusão de serviços recreativos e educacionais, seja possível garantir uma assistência hospitalar que dê conta de assegurar às crianças/aos adolescentes hospitalizados “o acesso ao lazer, ao convívio com o meio externo, às informações sobre seu processo de adoecimento, a cuidados terapêuticos e ao exercício intelectual” (BRASIL, 2002, p. 10).

Vale mencionar, ainda, que Classe Hospitalar é a denominação dada ao atendimento pedagógico-educacional voltado às crianças/aos adolescentes que num determinado momento de suas vidas estão impossibilitadas de frequentarem a escola regular, por terem sido acometidos por uma patologia e se encontrarem hospitalizadas (BRASIL, 2002; BARROS, 2007). Nessa direção, entende-se que a Classe Hospitalar parte do reconhecimento de que crianças/adolescentes hospitalizados, uma vez afastados da rotina escolar e privados da convivência em comunidade, vivem sob risco de fracasso escolar e exclusão (BARROS, 2007). Daí que o objetivo principal é propiciar o acompanhamento curricular do aluno, quando este estiver hospitalizado, garantindo, assim, a manutenção do vínculo com as escolas por meio de um currículo flexibilizado (BRASIL, 2002).

Segundo esta perspectiva, a Classe Hospitalar é um elo entre o mundo familiar, social e escolar com o mundo hospitalar, ora vivido. Desta forma, com vistas à reinserção social, aquela busca atender às crianças/aos adolescentes hospitalizados: de um lado, em suas necessidades educativas e recreativas a partir da idade cronológica e cognitiva desses indivíduos, respeitando seus respectivos processos de escolarização; e de outro, no acompanhamento das suas necessidades assistenciais de saúde, na busca da recuperação, reabilitação e/ou cura de uma determinada patologia.

Devemos acrescentar, ainda, que esta modalidade de atendimento é um direito atribuído, e constituído por lei, às crianças/ aos adolescentes hospitalizados, por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); da Política Nacional de Educação Especial; da Política de Inclusão; e **da Política de Educação Básica. No entanto, crianças e adolescentes hospitalizados, reconhecidos pela legislação vigente** enquanto portadoras de necessidades especiais, nem sempre tem este direito garantido quando se encontram em processo de internação.

Nessa perspectiva, a proposta de investigação aqui apresentada, nos conduz a elaborar as seguintes **questões norteadoras**: de que modo as atividades desenvolvidas na classe hospitalar contribuem no processo de recuperação das crianças e dos adolescentes hospitalizados? Como se dá o atendimento, na Classe Hospitalar, de crianças/ adolescentes hospitalizados? Quais as facilidades e dificuldades para o estabelecimento do vínculo no atendimento às crianças e aos adolescentes hospitalizados? Tais questões traduziram-se nos seguintes **objetivos**: Discutir a relação entre as atividades desenvolvidas na classe hospitalar (educação) e o processo de recuperação (saúde) das crianças/ dos adolescentes hospitalizados; conhecer o processo pedagógico destinado às crianças/ aos adolescentes acompanhadas no serviço da classe hospitalar; e analisar as facilidades e as dificuldades no atendimento às crianças/ aos adolescentes hospitalizados.

O todo exposto até aqui sugere que é possível estabelecer uma relação entre educação e saúde. Afinal, se por um lado a criança/ o adolescente hospitalizada(o) necessita de tratamento de saúde, por outro, não pode ser privada(o) em seu direito à educação. Desse modo, falar em desafios, no que se refere ao processo de implantação da classe hospitalar e sua implementação nas práticas de saúde desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, é instigador, pois o próprio processo de construção deste serviço implica em possibilidades concretas de estabelecimento de vínculo entre profissionais, pacientes e seus familiares. Assim, nos termos da PNH da saúde propostos pelo MS ainda existem limites a serem vencidos, especialmente no que se refere ao processo de construção do vínculo institucional com os pacientes e seus familiares.

É preciso lembrar que existem ameaças de reprovações e ou distanciamentos da aprendizagem por parte desses indivíduos nessas condições, devido à falta de um serviço capaz de promover a ligação entre tais práticas e romper com essa ideia de “sentido conflitante de duas necessidades essenciais (Saúde e Educação) que se anulam reciprocamente, com esvaziamentos sucessivos nos meios hospitalares pediátricos” (MATOS; MUGIATTI, 2009, p. 162). Desse modo, merece uma atenção especial, neste estudo, o estabelecimento de uma relação entre as práticas de saúde e as práticas educativas, uma vez que a criança/o adolescente hospitalizada(o) pode alcançar êxito no tratamento de saúde a partir desta relação dual – SAÚDE E EDUCAÇÃO.

A partir de uma compreensão e um olhar fragmentado, temos uma tendência a enxergamos saúde e educação como dissociadas. Apesar de a escola ser um fator externo à patologia, a criança poderá estabelecer vínculos com seu mundo extramuro a partir das atividades desenvolvidas na Classe Hospitalar. Se compreendemos que a escola a partir de seus currículos e projetos pedagógicos e multidisciplinares tem o dever de promover saúde; o hospital enquanto espaço de assistência, cuidado, promoção e reabilitação da saúde dos indivíduos deve ser mantenedor do processo de escolarização.

Corroboramos com Boff (2000) quando este nos faz um convite a transcender e romper barreiras para construir o novo a partir do antigo. Sobre tal enfoque, entendemos o ser humano enquanto projeto infinito, capaz de construir símbolos, de criar projeções, de sonhar, de ver o real transfigurado, de poder olhar as partes enquanto conjunto que forma o todo, sabendo que o todo só existe devido a singularidade das partes.

A implantação da Classe Hospitalar deve ser entendida como um direito à cidadania da criança e do adolescente hospitalizados e como uma questão social. Assim, entendemos que tal atendimento pedagógico-educacional deve ser vislumbrado, entendido e atendido com responsabilidade e seriedade nas execuções e cumprimentos das suas tarefas, tendo em vista a oportunidade de promover saúde, recuperação e reabilitação com ênfase na qualidade de vida e respeito ao cumprimento da cidadania. Desse modo, acredita-se que a Classe Hospitalar se constitui enquanto uma necessidade

para um hospital, bem como uma possibilidade de satisfação para todos os envolvidos na comunidade, sejam eles: crianças e adolescentes, familiares, profissionais da educação, profissionais da saúde, gestores da educação e da saúde do Município, do Estado e da União.

Dimensões metodológicas

Na caminhada para responder aos objetivos aqui propostos, realizou-se um estudo do tipo descritivo e exploratório, por estes permitirem a análise de características importantes do fenômeno [Classe Hospitalar]. O estudo descritivo pode ser compreendido como aquele que descreve um fenômeno ou situação, em um determinado tempo e espaço (LAKATOS; MARCONI, 2017). Já o estudo exploratório proporciona familiaridade com o problema, além de aprimorar ideias ou descobertas de intuições (GIL, 2017).

O estudo tem uma abordagem qualitativa, dado as características subjetivas do objeto e o interesse em incorporar a questão do significado e da intencionalidade, sendo estes inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais (MINAYO, 2015). Nesse sentido defendemos que, ao explorar o fenômeno da Classe Hospitalar, oportunizamos espaços para compreender sua importância na recuperação de crianças e adolescentes hospitalizados.

Na pesquisa qualitativa, campo pode ser compreendido como o recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação (MINAYO, 2015). Desse modo, elegemos como campo de investigação as Obras Sociais Irmã Dulce (OSID), no município de Salvador, Bahia, tendo como recorte espacial empírico o Hospital da Criança (HC) e a Classe hospitalar que, ao receber crianças/adolescentes, promovem o atendimento fundamentado nos aspectos legais de continuidade do ensino.

As Obras Sociais Irmã Dulce (OSID) foram fundadas em 26 de maio de 1959 e instaladas em 15 de agosto do mesmo ano (RODRIGUES, 2006). No entanto, somente em 1970 foi fundado o Hospital Santo Antônio que, ao longo dos anos, se tornou um hospital geral de alta complexidade e se

consolidou, na área da saúde, como uma referência em assistência médico-hospitalar. A OSID é uma associação beneficente, sem fins lucrativos, de direito privado e personalidade jurídica, localizada no Largo de Roma, Avenida Bonfim, nº 161, no bairro de Roma, município de Salvador. A finalidade institucional da OSID é trabalhar e lutar pela inclusão social, prestando “solidariedade aos pobres, excluídos e carentes”, buscando “apoiar a recuperação e o aprimoramento físico, intelectual, profissional, moral e espiritual dos seres humanos” (RODRIGUES, 2006, p. 30).

A OSID atua nas áreas da saúde, da educação e da assistência social, sempre defendendo a missão que é “Amar e Servir”. Essa atuação garante atendimento público, 100% gratuito, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, a OSID (2003, p. 7) é “reconhecida como de utilidade pública em nível federal, estadual e municipal, certificada como Entidade Beneficente de Assistência Social e cadastrada no Conselho Nacional de Assistência Social”.

O Hospital da Criança (HC), campo empírico de nossa investigação, foi inaugurado em dezembro do ano dois mil com cento e dois (102) leitos; sendo que dez (10) destes, no Centro de Terapia Intensiva (CTI), foi o primeiro centro de saúde da Bahia a atender todas as exigências do Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) – dentre os quais estão os direitos da criança e do adolescente hospitalizados, como por exemplo o “direito a ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável” e o direito de “acompanhamento do currículo escolar” durante todo o período de sua hospitalização (BRASIL, 1995; OSID, 2013).

Em relação aos serviços da Classe Hospitalar, no 1º andar do HC, é oferecido a Educação Infantil para crianças de 02 a 05 anos de idade; e, no 2º andar, são oferecidos os Ensinos Fundamental e Médio para crianças/adolescentes de 06 a 17 anos de idade. Além disso, por meio do serviço da classe hospitalar são realizadas atividades externas com os alunos/pacientes para fortalecimento dos conteúdos curriculares trabalhados em sala de aula e atividades socioculturais com os pais e ou acompanhantes (SECULT, 2011).

Segundo Rodrigues (2006), a estrutura física do HC contempla uma arquitetura moderna e possui unidades que comportam enfermarias adaptadas às crianças/aos adolescentes e acompanhantes, áreas arejadas, com banheiros em cada quarto, decoradas com motivos infantis em todos os setores; enfim, apresentam uma capacidade para atender com qualidade crianças/adolescentes que se encontram hospitalizadas.

No que se refere aos sujeitos da pesquisa, conforme Minayo (2015), uma seleção adequada destes para fazer parte do estudo é aquela que possibilita envolver a totalidade dos problemas de pesquisa, a serem investigados, em suas múltiplas dimensões. No presente estudo, o número de sujeitos foi definido por “inclusão progressiva”, ou seja, não tivemos, *a priori*, uma preocupação em determinar um quantitativo dos sujeitos já que a seleção surgiu espontaneamente e de acordo com as evidências sobre a “totalidade” do problema investigado; a seleção, então, foi finalizada pelo critério de saturação. Assim, com base na seleção dos informantes e nos critérios de saturação das entrevistas, definimos um número de 21 (vinte e um) sujeitos a serem incluídos no estudo, os quais foram devidamente distribuídos em três grupos: **Grupo I** – composto por 9 (nove) **trabalhadores da saúde** que atuam no Hospital da Criança das Obras Sociais Irmã Dulce (OSID), dentre os quais foram entrevistados: 1 (um) enfermeiro, 1 (um) fisioterapeuta, 1 (um) fonoaudiólogo, 2 (dois) médicos, 1 (um) psicólogo e 3 (três) professores; **Grupo II** – composto por 6 (seis) **acompanhantes**, das quais 5 (cinco) eram mãe e 1 (uma) era avó das crianças/adolescentes que se encontravam hospitalizadas; **Grupo III** – composto por 6 (seis) crianças/adolescentes que se encontravam hospitalizados.

A caracterização dos sujeitos incluídos no estudo é importante para analisar o perfil dos entrevistados e suas influências no trabalho desenvolvido na Classe Hospitalar. Assim, os trabalhadores da saúde que atuam na Classe Hospitalar do Hospital da Criança (HC) da OSID são, em sua maioria, do sexo feminino 88,9% (8) e apenas 11,1% (1) do sexo masculino. Em relação à formação acadêmica: 11,1% (1) enfermeiro, 11,1% (1) fisioterapeuta, 11,1% (1) fonoaudiólogo, 11,1% (1) psicólogo, 22,2% (2) médicas e 33,3% (3) professores da classe hospitalar. Quanto ao tempo de

atuação na classe hospitalar do Hospital da Criança (HC) da OSID: 66,7% (6) dos trabalhadores da saúde têm até cinco anos de atuação; 22,2% (2) têm entre seis (6) e dez (10) anos de atuação; e apenas 11,1% (1) trabalhador tem mais de onze (11) anos de atuação na classe hospitalar.

Em relação às acompanhantes das crianças/adolescentes que se encontram hospitalizadas, 100% (6) delas são do sexo feminino. Sendo que 50% (3) estão na faixa etária de vinte e cinco (25) à trinta (30) anos; 16,7% (1), na faixa etária de trinta e um (31) à trinta e cinco (35) anos; e 33,3 (2), acima dos trinta e seis (36) anos. O perfil educacional das acompanhantes permitiu conhecer o tipo de informação emitido nas entrevistas e, neste caso, evidenciamos que 50% (3) das informantes apresentam o ensino fundamental incompleto e 50% (3) das informantes apresentam o ensino médio completo. Quanto ao grau de parentesco das mesmas, temos que 83,3% (5) são mães das crianças/adolescentes hospitalizados e apenas 16,7% (1) é avó.

Ao caracterizar as crianças/adolescentes hospitalizados que fizeram parte do estudo, observamos que 66,7% (4) eram do sexo masculino e 33,3% (2) do sexo feminino. Em relação à faixa etária, e, considerando que o estudo busca trabalhar com crianças e adolescentes, entrevistamos 50% (3) de indivíduos na faixa etária de um (1) à onze (11) anos, ou seja, crianças; e 50% (3) de indivíduos na faixa etária de doze (12) à dezoito (18) anos, ou seja, adolescentes. Quanto a escolaridade, 66,7% (4) encontram-se no ensino fundamental I (1º ao 5º ano); 16,7% (1) encontra-se no ensino infantil (pré-escolar); e, 16,7% (1) encontra-se no ensino fundamental II (6º ao 9º ano). É importante ainda destacar que, destes, 83,3% (5) estudam em estabelecimento escolar público; e, apenas 16,7% (1), em estabelecimento escolar particular.

Os vinte e um (21) sujeitos incluídos no estudo foram identificados por código seguido de número, levando em consideração o grupo a que pertenciam, e sem considerar a ordem crescente das entrevistas realizadas (identificação aleatória). Portanto, o **Grupo I** dos trabalhadores da saúde (9), é identificado pelas iniciais **TS**, seguido do número 01 ao 09, ou seja, TS 01, TS 02 ... TS 09. O **Grupo II** dos Acompanhantes (6) é identificado pela inicial **A**, e recebeu a numeração crescente a partir do número 10 até

o número 15, ou seja, A 10, A 11 ... A 15. Já o **Grupo III** das Crianças/dos Adolescentes (6) é identificado pelas iniciais **CA**, e recebeu a numeração crescente a partir do número 16 até o número 21, ou seja, CA 16, CA 17 ... CA 21.

Dentre as diversas técnicas e/ou instrumentos de coleta de dados que poderíamos lançar mão para realização do estudo, optamos por trabalhar com a **entrevista semiestruturada** e a **observação sistemática**, que se constituem enquanto técnicas capazes de possibilitar um olhar ampliado sobre a realidade. Além disso, por se tratar de uma pesquisa qualitativa, compreendemos que “tanto o pesquisador como os atores, sujeitos-objeto da pesquisa interferem dinamicamente no conhecimento da realidade” (MINAYO, 2013).

As entrevistas foram realizadas nos meses de novembro e dezembro de 2012, com o auxílio de três roteiros de entrevistas dirigidos, respectivamente, aos trabalhadores em saúde, aos acompanhantes e às crianças/aos adolescentes hospitalizados. Todas as entrevistas foram realizadas após as devidas orientações sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Autorização de Uso de Imagem e depoimentos. Os entrevistados ainda foram orientados que a entrevista seria gravada com o auxílio do gravador digital e que todos teriam assegurado sigilo, total anonimato e respeito à integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e/ou espiritual.

A segunda técnica utilizada no estudo foi a **observação sistemática**, por esta possibilitar conseguir informações e sentidos de determinados aspectos da realidade (LAKATOS; MARCONI, 2017). Nesse sentido, registramos em diário de campo todas as impressões percebidas durante as aulas na classe hospitalar e o atendimento individual ou coletivo às crianças/aos adolescentes. Entendemos que, no estabelecimento da “relação face a face” com o grupo, conseguimos compreender os aspectos relacionados às atividades desenvolvidas no serviço da classe hospitalar.

Para a realização deste estudo foram atendidas todas as diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa com seres humanos. Nesse caso, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)

da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Junto ao Comitê de Ética o projeto foi registrado com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 0166.0.454.000-11 e, em seguida, analisado e considerado aprovado. O projeto também passou por avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa das Obras Sociais Irmã Dulce (OSID). Devidamente autorizados pelos dois comitês, entramos em contato com o setor responsável e iniciamos a coleta de dados.

Para analisar as informações extraídas nas entrevistas com os sujeitos deste estudo, utilizamos como método de análise a técnica de Análise de Conteúdo Temático, proposta por Bardin (2016), considerando que, a partir dessa técnica, seria possível interpretar e compreender o significado das informações coletadas. Assim, cumprimos todas as etapas básicas estruturadas por Bardin (2016), a partir de “três polos cronológicos”, a saber: pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados (inferência e interpretação).

Facilidades e dificuldades do trabalho na classe hospitalar

É imprescindível avaliar o desenvolvimento das atividades desempenhadas pelos profissionais na classe hospitalar, visando identificar os entraves e avanços encontrados por estes nesse espaço; pois, a partir dessa identificação, torna-se possível construir estratégias com vistas a superar os entraves e acolher os avanços na perspectiva de melhorá-los cada vez mais para atender as demandas dos usuários.

Por meio das falas seguintes dos entrevistados observa-se os avanços e/ou as facilidades encontradas no trabalho da classe hospitalar.

[...] elas não ficam restrita à sala de aula, elas fazem grupos e trabalhos em outros horários, em outros locais *dentro da própria enfermaria, aqui, no solário* (TS 02, grifos dos autores).

[...] o maior avanço foi o reconhecimento do profissional enquanto um profissional da educação; e a inserção do profissional como algo importante pra cura, para o tratamento [...] já entrei com as coisas estruturadas, sala com espaço e tal, então eu acho que isso é uma vitória *da professora [...] que tá ralando pra fazer com que essa legitimação da gente ocorra* (TS 04, grifos dos autores).

[...] você consegue ir driblando certas situações, pensando no objetivo final que é manter essa criança bem inserida, é *manter essa criança e*

adolescente inserida na grade curricular, na questão da escola, eu acho que com o tempo você vai aprimorando e isso elas conseguem fazer hoje, por mais que tenha limitações, mas consegue ter uma adesão muito boa, consegue ter um conhecimento bom dos familiares, da equipe multiprofissional (TS 05, grifos dos autores).

[...] O espaço físico eu considero um espaço acessível, temos ar condicionado, a gente tem as cadeiras [...] a gente tem TV que a escola recebeu, a gente tem computador, acesso ao computador, a gente tem DVD, tudo isso facilita, a gente tem um Tablete que a prefeitura disponibiliza pra gente estar trabalhando [...] o espaço físico eu considero ainda acessível em relação a outras (TS 07).

[...] a facilidade porque a escola já é dentro do hospital, não tem que deslocar [...] eu acho que existe mais facilidades do que dificuldades (TS 08, grifos dos autores).

Assim, as falas demonstram que o trabalhador da saúde TS 07 considera como facilidades para o desenvolvimento de suas atividades questões como: espaço físico acessível com ar condicionado, cadeiras, televisão, computador com acesso à internet, aparelho de DVD e *tablet*. Nesse sentido, entende-se que, para o bom funcionamento da classe hospitalar, ter um espaço físico adequado e mobiliado para as realizações das atividades, bem como a existência de equipamentos eletrônicos e recursos audiovisuais, contribui para enriquecer a metodologia das aulas, agregando maior criatividade ao planejamento e trazendo maior possibilidade de estímulos aos aprendentes.

Apesar da facilidade de se ter a escola dentro do hospital, os professores “*não ficam restritos à sala de aula*” (TS 02), eles realizam atividades em grupos, fazem uso das demais instalações do Hospital da Criança (HC), tais como: as próprias enfermarias, brinquedoteca, o solário, dentre outras; além disso, realizam projetos com atividades externas: piquenique, visita a fabricas, monumentos históricos, dentre outros. Esta diversidade de atividades desenvolvidas pelos professores da classe hospitalar traz diversidade ao processo da aprendizagem, as quais integram atividades educativas às atividades recreativas.

A partir da observação sistemática, evidenciamos que as crianças/ os adolescentes que podem se deslocar dos seus respectivos leitos

frequentam a brinquedoteca do Hospital da Criança (HC), que fica localizada no terceiro andar, todas as quintas-feiras das treze e trinta (13:30) às quinze (15:00) horas para participarem do “Cineminha”. Esta atividade conta com a parceria da psicóloga e da terapeuta ocupacional. Durante a atividade do “Cineminha”, as crianças/os adolescentes têm a oportunidade de integrar atividades educativas às atividades lúdicas, visto que os filmes escolhidos trazem temas que são abordados e discutidos ao final de cada apresentação.

Outro avanço considerado importante é o destacado pelo trabalhador da saúde TS 05 ao comentar que “manter essa criança e adolescente inserida na grade curricular [...] por mais que tenha limitações, mas consegue ter uma adesão muito boa”. Aqui observa-se que, independentemente da criança/do adolescente estarem afastados da escola regular por uma patologia, a classe hospitalar vem dar o suporte necessário à manutenção do currículo escolar para crianças/adolescentes hospitalizados, de modo que os mesmos não sofram prejuízos no processo de escolarização.

O trabalhador da saúde TS 04 considera que “o maior avanço foi o reconhecimento do profissional, enquanto um profissional da educação; e a inserção do profissional como algo importante pra cura, para o tratamento”. Essa inserção do professor à equipe multiprofissional do hospital e o reconhecimento de que as atividades desenvolvidas e a participação destes profissionais têm contribuído para a recuperação destas crianças/destes adolescentes vêm causando grandes impactos positivos não apenas para a educação, mas também para a saúde de uma determinada população, trazendo ganhos e perspectivas futuras.

Apesar destes avanços, inúmeros são os entraves na execução dos trabalhos da classe hospitalar. É sabido que o objetivo principal da criança/do adolescente hospitalizado é a recuperação do seu quadro clínico, o que não invalida a necessidade efetivação de outros direitos da criança/do adolescente no âmbito hospitalar, bem como a execução de outros processos terapêuticos que deem ênfase à recuperação dos indivíduos.

Nas falas a seguir, é possível identificar algumas das principais dificuldades apontadas pelos entrevistados:

[...] *a prioridade é o tratamento, o tratamento médico, então assim eu acho que isso dificulta porque tem a doença em primeiro lugar* as vezes, e os sintomas e as possibilidades mesmo é um exame que tem que fazer (TS 02, grifos dos autores).

[...] *a dificuldade é a diferença das idades, a criança, o aprendizado dela é progressivo e o nível de entendimentos [...] por exemplo aqui nós temos crianças de 07 à 17/18 anos, então é uma disparidade muito grande que às vezes as atividades que para uma criança de 7 é interessante, chama a atenção, para um adolescente de 17 talvez já não seja tão interessante, então é a diferença mesmo de idade para elas fazer uma atividade que envolva grupos etários tão diferentes talvez seja o maior desafio* (TS 03, grifos dos autores).

[...] *O maior desafio é que há pouco tempo atrás teve uma mudança na lei, eu não vou lembrá agora de cabeça que lei, que diz que a criança hospitalizada não pertence a categoria de educação especial [...] no meu contracheque não tem insalubridade, apesar de estar trabalhando num hospital [...] então eu não tenho, eu não ganho esses benefícios, não querendo chutar o pau da barraca, mas por exemplo, as vacinas que eu tenho que tomar eu tenho que pagar, eu que tenho que tomar de forma particular, porque apesar de ter esse reconhecimento de profissional da educação [...] muitas vezes falta mesmo o remédio, a vacina para os profissionais que estão atuando ali [...]. Em um semestre eu tive quatro óbitos e eu fiquei sem saber o que sentir, mas não posso me aproximar muito, mas como não posso me aproximar muito se minha função aqui é essa² é trazer essa humanização, então chega um tempo que eu falei eu vou desistir, eu não vou me preocupar em não sofrer[...] *ainda falta esses espaços de se discutir sobre isso, falar sobre isso de forma clara [...] eu acho que precisa um núcleo para que isso seja efetivado, sistematizado, a palavra é essa sistematizado, ter um sistema ali que dê suporte aos cuidadores, não só os professores [...] então eu acho que o mote é esse quem tá cuidando dos cuidadores?* (TS 04, grifos dos autores).*

[...] *as vezes você está começando o ritmo bom com aquela criança, com aquele adolescente e, por conta de outras questões, por alta ou intercorrências, você tem que parar e entender que agora o principal objetivo vai ser a questão mesmo do tratamento [...] eu acho que um dos limitadores seria realmente essa questão que o principal foco é a saúde, é a recuperação aqui dentro do hospital, então a gente tem que saber lidar, programar nosso trabalho junto também a questão do foco, pensar na escola, o trabalho tem que ser programado de acordo com o estado de saúde daquela criança, daquele adolescente e eu acho que talvez esse seja um fator limitador* (TS 05, grifos dos autores)

[...] *tem algumas dificuldades, por exemplo, a gente está em sala de aula, dando aula e a criança precisa ser retirada para fazer exames, tem exame, tem alguma*

coisa pra fazer, tem Raio X, que são naquele horário, esse é um entrave [...] o limite de tempo também, eu penso que a gente tem um tempo para dar aula, mas as vezes eles não suportam também por conta do quadro deles, eles ficam cansados mais rápidos, esse é um entrave também (TS 07, grifos dos autores). [...] desafio para as professoras era a manutenção de um currículo dentro do hospital onde tem várias crianças de diversas idades e diversos níveis de conhecimento, algumas inclusive que nem nunca frequentaram a escola [...] Um dos defeitos que existem na classe hospitalar e no País que é o mais grave é a relação que não existe bem feita entre classe hospitalar e a rede pública de ensino [...] se não houver relação com o ambiente lá fora, e é isso que eu estou vendo, o projeto classe hospitalar que eu imaginei não está acontecendo no País, não sei se já melhorou em alguns Estados, mas não é o que foi planejado (TS 09, grifos dos autores).

Segundo a fala dos entrevistados, um dos grandes desafios que o trabalho na classe hospitalar vem enfrentando é a dificuldade de conciliação entre o tratamento, os procedimentos médicos que as crianças/adolescentes devem ser submetidas durante o processo de hospitalização e as atividades desenvolvidas pelos professores da classe hospitalar.

Tal situação também foi constatada a partir da observação sistemática, quando, durante o desenvolvimento de uma atividade pedagógica, a técnica de enfermagem solicitou que a professora dispensasse a criança da atividade, pois a mesma precisava se ausentar para realizar uma ultrassonografia. A criança estava realizando uma atividade e disse: “espera um pouco, quando terminar eu vou”. A professora se dirigiu até a criança e disse que a atividade iria demorar muito tempo para ser finalizada e o exame estava marcado e já estava na hora de realizá-lo; portanto, que ela fosse fazer o exame e, quando voltasse, se a aula ainda estivesse acontecendo, ela concluiria a atividade.

A criança foi realizar o exame demonstrando chateação por não poder concluir a atividade que estava realizando, e até o término da aula não havia retornado à sala da Classe Hospitalar. A partir deste fato, podemos constatar que houve uma ruptura no processo de construção da aprendizagem; fato este que ocorre de forma rotineira na Classe Hospitalar. Essa realidade nos leva a compreender que há uma dificuldade em conciliar as atividades da Classe Hospitalar com os procedimentos médicos, com o quadro clínico do paciente e com exames a serem realizados pelos pacientes; visto que,

no interior de um hospital, a prioridade é o tratamento da patologia e a recuperação do quadro clínico da criança/adolescente hospitalizado.

Corroboramos com a fala do trabalhador da saúde TS 07: “tem algumas dificuldades, por exemplo, a gente tá em sala de aula, dando aula e a criança precisa ser retirada para fazer exames, tem exame, tem alguma coisa pra fazer, tem Raio X, que são naquele horário, esse é um entrave”. Bem como, com o entrevistado TS 05:

[...] às vezes você está começando o ritmo bom com aquela criança, com aquele adolescente e por conta de outras questões por alta ou intercorrências, então você tem que parar e entender que agora o principal objetivo vai ser a questão mesmo do tratamento [...] eu acho que um dos limitadores seria realmente essa questão que o principal foco é a saúde, é a recuperação aqui dentro do hospital.

A partir destas falas, notamos que conciliar as atividades da classe hospitalar com a rotina do tratamento e suas intercorrências se apresenta como um papel desafiador para os professores na execução de suas funções, pois estes precisam estar atentos às dificuldades que emergem no percurso, sem perder o foco, que é o acompanhamento pedagógico destinado às crianças/aos adolescentes hospitalizados.

Dentre tantas dificuldades enfrentadas na execução das atividades, evidenciamos também a diferença de idade das crianças/dos adolescentes. Geralmente, os professores encontram um grupo heterogêneo, do qual as idades cronológicas e a maturidade cognitiva são diversificadas e o profissional (mediador da educação) precisa conciliar, em seu planejamento, as demandas que envolvem todo o grupo etário, demandando, portanto, não apenas conhecimento teórico, técnico, mas sensibilidade e habilidade na execução do seu planejamento.

Considerando o exposto, entendemos que, diante de todos os limites e dificuldades encontradas na execução do trabalho da classe hospitalar, o professor deverá realizar seu planejamento atendendo as demandas do currículo escolar e estar atento as nuances do processo e consequentemente aberto a um planejamento dinâmico e flexível.

Contribuições da classe hospitalar no processo de recuperação das crianças/adolescentes hospitalizados

Aproximação com a realidade (rotinas)

Antes do período de hospitalização, a criança/o adolescente vive em um mundo social, educacional e familiar, onde as normas e rotinas estão internalizadas. Na contramão dessa “normalidade” da vida cotidiana, surge então uma patologia que desorganiza toda a vida desses sujeitos sociais, ocasionando um processo de hospitalização.

Dessa forma, é importante pensar que a hospitalização é um evento que pode vir a acontecer na vida de qualquer pessoa. Nesse contexto, muitas vezes de forma abrupta, no caso das crianças/dos adolescentes hospitalizados, estes passam a conviver com uma realidade diferente, em que regras de comportamento, vestimentas e interação com a equipe de saúde provocam a experiência de sentimentos de anonimato, despersonalização e perda de controle (MENEZES, 2010).

Em outras palavras, temos a compreensão de que, no momento da hospitalização, todas estas realidades se fazem presentes. No entanto, os depoimentos dos trabalhadores da saúde (a seguir) evidenciam que o funcionamento da classe hospitalar contribui para que crianças/adolescentes tenham uma maior aproximação com a realidade e suas rotinas diárias.

[...] é bom porque, assim, *desmistifica um pouco a hospitalização* [...] quando eles chegam aqui, que *encontram escola, encontram brinquedoteca*, tem os terapeutas do riso também que tem parceria com a gente, *então desmistifica um pouco* (TS 01, grifos dos autores).

[...]. *Você não pode ir para a escola, mas a escola veio até você*, então isso é para o paciente *retornar esse convívio com os colegas* (TS 04, grifos dos autores).

[...] *as atividades* que a criança e adolescente encontram aqui *são basicamente próximas com o que ele tinha fora*, então ele imagina estar dentro do hospital que tem a escola, então *pra ele acaba sendo uma coisa mais próxima da realidade que ele tinha fora* [...] ele consegue ter algo parecido com a rotina que ele tinha, então acho que isso *contribui muito para o tratamento e para a recuperação* como um todo (TS 05, grifos dos autores).

[...] é um momento em que há *normalidade da vida deles*, há escola e eles não ficam deprimidos, não ficam ansiosos (TS 06, grifos dos autores). [...] a relação que eles têm com a aprendizagem é diferente, eles demonstram muito prazer em estar aqui, por ser uma escola diferente. É uma escola dentro do hospital, pra eles o fato de ter uma escola dentro do hospital, quer dizer, *eu estou hospitalizado, mas ali eu tenho aquela atenção que eu teria fora* [...] não tenho a escola, *eu estou no hospital, mas a minha vida continua*, eu estou passando aquele período, mas a minha vida continua, *eu vou continuar tudo normal*, por isso que eu acredito que ajuda nessa melhora (TS 07, grifos dos autores). [...] eu acho importante, porque *traz a criança para o dia a dia que ela estava acostumada antes de vir para o hospital*, de ir para a escola, de estudar, encontrar os colegas, encontrar com os professores, desenvolver suas atividades normais, *eu acho que isso vai favorecer e muito mesmo a recuperação*, a recuperação vai ser muito mais rápida do que ela ficar só restrita ao leito (TS 08, grifos dos autores).

Para o informante TS 01 a existência da classe hospitalar contribuiu para desmistificar a hospitalização, visto que este atendimento pedagógico-educacional proporciona às crianças/ aos adolescentes um mundo mais parecido com o que ela tinha antes da sua internação.

Já os entrevistados TS 05, TS 07 e TS 08 complementam o posicionamento do entrevistado TS 01 ao destacarem que, com a criação e funcionamento da classe hospitalar, as crianças/ os adolescentes passam a vivenciar uma realidade mais próxima da “que elas estavam acostumadas antes de vir para o hospital”. Assim, quando crianças/ adolescentes encontram sala de aula, colegas que possibilitam a formação de novos ciclos de amizade, desenvolvimento de atividades lúdicas e educativas e brinquedoteca (espaço recreativo), a dicotomia vida social *versus* vida hospitalar poderá diminuir a probabilidade de causar hiato na realidade destes indivíduos.

Ao observarmos o desenvolvimento das aulas na Classe Hospitalar da OSID, as crianças/ os adolescentes desenvolviam comportamentos igualmente parecidos com a escola regular, onde os mesmos questionavam os professores, faziam queixas dos colegas, disputavam acentos, estabeleciam afetos, se aproximavam de uns e se afastavam de outros, alguns motivados a realizar as tarefas e outros nem tanto, enfim. A partir destas observações,

podemos notar que quando as crianças/os adolescentes estão participando das atividades da Classe Hospitalar, interagindo com os colegas e os professores, há uma tendência natural de estabelecermos uma relação direta e aproximarmos a realidade experienciada na Classe Hospitalar com a realidade da escola regular.

Menezes (2010) comenta que a questão da hospitalização, apesar de representar uma realidade desconhecida e geradora de ansiedade, é, em muitas situações, necessária para a manutenção da vida. É preciso dizer, portanto, que o ambiente hospitalar também se configura como um espaço de desenvolvimento para crianças/adolescentes.

Desse modo, e de acordo com os depoimentos dos trabalhadores da saúde (TS 01, 04, 05, 06, 07 e 08), parece-nos haver uma convergência entre as falas no que se refere a destacar a importância da classe hospitalar enquanto um espaço capaz de contribuir para que crianças/adolescentes hospitalizados se aproximem de suas realidades, de modo a favorecer a estes sujeitos o seguimento do curso de suas vidas e o desenvolvimento de suas atividades dentro de uma “normalidade”.

Diante desse contexto, é interessante notar que a classe hospitalar “contribui muito para o tratamento” [TS 05] e proporciona uma recuperação “muito mais rápida do que ela ficar só restrita ao leito” [TS 07]. Por conseguinte, o tempo de hospitalização e de alta hospitalar será abreviado, contribuindo para que a criança/o adolescente possa, o mais rápido possível, se reintegrar às suas atividades e ao convívio familiar e social, sem maiores prejuízos no processo de escolarização.

Por outro lado, é possível que, apesar do empenho de muitos pesquisadores em envidar esforços para ampliar o debate sobre o direito de continuidade do currículo escolar dentro dos hospitais, o processo de escolarização para crianças/adolescentes hospitalizados ainda é incipiente em nosso País (ZAIAS; PAULA, 2010). Tal constatação denota que qualquer intervenção na busca pela garantia dos direitos das crianças/dos adolescentes em terem acesso – e/ou continuidade – ao currículo escolar mesmo estando internado, permeia um cenário de efetivação de políticas públicas que atendam as demandas para esta modalidade de ensino – classe hospitalar –, e que, na prática, ainda apresenta resultado muito tímido frente à realidade.

Processo de socialização

Segundo Redondeiro (2003), a escola é por excelência o principal meio de socialização da criança. Sendo assim, o período de hospitalização deve possibilitar essa socialização, visando contribuir para a aprendizagem e desenvolvimento das crianças/adolescentes, de modo a atender às suas necessidades, cooperando para a recuperação do seu quadro clínico e amenizando os efeitos negativos gerados pela internação.

Nessa direção, corroboramos com Vasconcelos (2006) no que se refere a considerar a classe hospitalar como um espaço que procura socializar a criança/o adolescente e garantir a continuidade da sua aprendizagem, por meio de processos recreativos e educativos gerados a partir da inclusão social. De acordo com essa autora, em um processo de hospitalização a escola pode ser vista como um fator externo à patologia e isso garante às crianças/ao adolescentes a manutenção do seu vínculo com o mundo exterior, ou seja, “se a escola deve ser promotora da saúde, o hospital pode ser mantenedor da escolarização” (VASCONCELOS, 2006).

Esta visão permite reconhecer a classe hospitalar enquanto um espaço em que criança/adolescente hospitalizados podem, através da escolarização, criar hábitos, respeitar rotinas e estimular a autoestima para dar continuidade ao seu desenvolvimento cognitivo e emocional.

Sobre este aspecto, como se observa nos trechos a seguir, tanto os trabalhadores em saúde, quanto os acompanhantes e as crianças/os adolescentes entrevistados comentam que o processo de socialização contribui para a recuperação:

[...] melhora o desejo de viver, de estar inserido em outras coisas, e aí acho que é a *socialização*, tudo isso, tudo isso eu acho que contribui, sim, para melhor, o querer estar (TS 02)

[...] Eu acho que *elas estão estimulando não só no aprendizado, mas também contato entre as crianças*, que depois que eles voltam da aula, eles ficam muito mais próximos, *então as crianças se aproximam muito*, aí elas mesmos fazem brincadeiras dentro da enfermaria. É *incrível, parece que elas são amigas há anos, tudo porque não só o contato dentro da enfermaria, mas também na escola*, onde é o tempo que elas têm pra se relacionar, então

elas se aproximam muito, saem da sua enfermaria para ir brincar com o outro, tudo também nessa interação que elas têm aqui (TS 03)
[...] *quando está na sala de aula ou em qualquer lugar, eles estão perturbando*
[...] *criança é tudo igual, é doente ou não doente, está sempre querendo brincar* (TS 04)

[...] *nós vamos para a escola, eles brincam, eles dão risada, eles mexem com o outro, eles abusam, fazem a queixa, igualzinho a escola regular, a situação é a mesma* (TS 06)

[...] *you pode botar três, quatro pessoas com nível de conhecimento diferente e ter um bom proveito, inclusive até usando aquele que sabe mais para ensinar aquele que sabe menos* (TS 09).

[...] *ela gosta, eu achei que ela melhora bastante, até para ela se distrair um pouco tem ajudado muito* [...] *ajudando a participação de outras crianças, então é muito bom* [...] *o fato dela conhecer gente nova, ver a situação das outras pessoas, das outras crianças, em questão dos problemas de saúde, está sendo muito bom pra ela essa familiarização, conhecer outras pessoas, conhecer pessoas novas é muito bom* (A 10)

[...] *porque ele era muito fechado, ajudou bastante* (A 11)

[...] *Ajuda, porque ele está se desenvolvendo, pelo menos não fica lá na cama deitado, ele vai para lá* [CLASSE HOSPITALAR], *senta lá, fica escrevendo, se divertindo. Ele gosta de ir para a escola. Ele se sente muito bem* (A 12)

[...] *Eu me senti bem lá* [CLASSE HOSPITALAR], *que eu vi os meninos interagindo, aprendendo* (CA 21, grifos dos autores).

Pelos resultados, notamos que o processo de ensino-aprendizagem e o contato com outras crianças/adolescentes são estimulados por meio das brincadeiras, das risadas, das animações, enfim do ambiente escolar enquanto espaço significativo para o processo de socialização e contribuição para a recuperação do quadro clínico dessas crianças/desses adolescentes.

Neste aspecto, é interessante notar a fala das crianças/dos adolescente (CA 21) ao afirmar “eu me senti bem lá, que vi os meninos interagindo, aprendendo”. Nessa direção, o processo de socialização, fundamental para o desenvolvimento, se evidencia a partir da interação com outras pessoas da sociedade, ou seja, interação do sujeito com o seu meio.

Segundo Vygotsky (2000), o desenvolvimento humano e a aquisição do conhecimento acontecem no social, isto é, por meio da interação entre os sujeitos. Desse modo, é na troca com outros sujeitos e consigo próprio que se internaliza os saberes, papéis e funções sociais, permitindo, assim, a formação de conhecimentos e da própria consciência do sujeito.

Diante desse pensamento, o processo de interação da criança/adolescente hospitalizada com o meio (*trabalhadores em saúde, crianças/adolescentes, familiares/acompanhantes, dentre outros*) é fator decisivo para o desenvolvimento cognitivo que impulsiona à aprendizagem e também para a constituição destes sujeitos enquanto pessoas que tomam consciência do mundo.

O homem enquanto ser social se constitui nas interações que estabelece com o outro e com o meio. Estas interações se revelam nos momentos de trocas sociais, quando saberes diferentes são compartilhados. Desse modo, a aprendizagem é um processo em que “o sujeito adquire informações, habilidades, atitudes e valores” quando em contato com a realidade, com o meio ambiente e com outras pessoas (OLIVEIRA, 1993, p. 57).

Diante das falas dos entrevistados, podemos compreender que a classe hospitalar pode e deve proporcionar às crianças/aos adolescentes um processo de socialização satisfatório para a recuperação da saúde desses pacientes. Aqui é necessário destacar que, ao ter contato com outras crianças/ outros adolescentes que estão enfrentando problemas de saúde das mais diversas especificidades, há uma percepção de que elas não são as únicas a serem acometidas por uma determinada patologia.

Nesse sentido, e corroborando com tal aspecto, a acompanhante A 10 destaca que “o fato dela conhecer gente nova né, ver a situação das outras pessoas, das outras crianças né, em questão dos problemas de saúde, tá sendo muito bom pra ela essa familiarização”. O interessante neste depoimento é evidenciar que esta situação serviu para favorecer o contato e a afetividade entre as crianças/os adolescentes que, quase sempre, nesses momentos, apresentam maior facilidade de adaptação e interação social.

Entretanto, divergindo da fala do entrevistado A 10, em nossa observação sistemática, foi possível percebermos que nem sempre a hospitalização favorece o contato, a afetividade e a interação social. Durante uma observação acompanhamos uma professora que foi ao leito de um adolescente convidá-lo, pela quinta vez, para participar das atividades da Classe Hospitalar, no entanto, o adolescente que estava acompanhado pela avó disse: “não vou pra lugar nenhum, eu já disse, não quero fazer nada, não gosto de você nem dos meninos, me deixa em paz”. A professora, então, se

aproximou do adolescente e disse: “esta é a quinta vez que venho te convidar para participar conosco das atividades e você não vem. Tudo bem, eu não venho mais, mas se você mudar de ideia é só me procurar na sala”. Podemos notar que algumas crianças/alguns adolescentes hospitalizados podem se mostrar reativos, agressivos e/ou desmotivados. Esses tipos de reações podem ocorrer: ou por conta do desconforto em relação ao processo de hospitalização; ou por conta do sentimento de negação a este processo; ou, ainda, porque são características que já fazem parte do comportamento desse indivíduo.

O convite realizado pelos professores para as crianças/os adolescentes frequentarem a Classe Hospitalar é realizado de forma espontânea e a participação não é obrigatória. Cabe ao professor, ao convidar os pacientes, escutar as demandas destes, respeitando os limites de cada um e incentivando-os, quando for pertinente, a participarem das aulas, sem jamais esquecer que o convite deverá ocorrer de forma bastante explicativa, dinâmica e respeitosa, frente às resistências que, por ventura, possam ocorrer.

Vale ressaltar que, por não estarem adaptados ao processo da hospitalização, as crianças/os adolescentes estão suscetíveis a desenvolver problemas como “stress”, fobia, dor e ansiedade; o que pode, por consequência, ocasionar “[...] momentos de revolta, isolamento, falta de cooperação com os técnicos e, simultaneamente, a um mutismo, ao medo e à tristeza” (REDONDEIRO, 2003, p. 21).

Alguns entrevistados (trabalhadores em saúde – TS 04 e TS 06) ainda nos relataram que a participação das crianças/dos adolescentes na Classe Hospitalar se parece com a escola regular, pois, nas palavras dos entrevistados, “criança é tudo igual”, elas “brigam, perturbam, brincam, dão risadas, fazem queixas”. Isso demonstra o quanto esse contexto interativo, no hospital, contribui para fortalecer o processo de socialização desses indivíduos.

Superação de desafios

Para discutir sobre a “superação dos desafios” enquanto uma das contribuições para recuperação das crianças/dos adolescentes hospitalizados, optamos por recorrer ao conceito de “resiliência” por entender que este processo desenvolvido na classe hospitalar combina os atributos do

indivíduo e sua relação com o ambiente. Sobre a temática, Tavares (2001, p. 29) conceitua resiliência como “a capacidade de responder de forma mais consistente aos desafios e dificuldades, de reagir com flexibilidade e capacidade de recuperação diante desses desafios e circunstâncias desfavoráveis, tendo uma atitude otimista, positiva e perseverante e mantendo um equilíbrio dinâmico”. Esse conceito de resiliência é importante por ajudar a compreender a capacidade de recuperação do indivíduo frente aos múltiplos desafios e circunstâncias desfavoráveis que um processo de hospitalização pode acarretar.

Tal situação foi evidenciada durante a observação sistemática, quando uma criança foi realizar uma atividade escrita e o acesso venoso estava em sua mão direita, o que a impedia de escrever. Ainda assim tentou rabiscar a folha, mas sem sucesso começou a tentar escrever com a mão esquerda; ao ver que conseguia realizar a atividade, exclamou para a professora: “olha pró eu fiz com a outra mão. Não ficou bonita a letra, mas dá pra entender o que fiz, eu sou craque”. Ao observar esta cena, infere-se que alguns indivíduos frente a situações limitadoras podem transcender os desafios e encontrar outras possíveis condições para realizar ações que, antes do processo de hospitalização, eram tidas como simples ou corriqueiras.

A resiliência, por se tratar de um processo de interação entre o indivíduo e o seu meio, favorece a autoestima, estimula a capacidade de resolver problemas e proporciona um clima de afeto e alegria (LIMA, 2012). Daí que, na classe hospitalar, as relações baseadas em sentimentos afetuosos contribuem para a autoestima positiva, a disciplina, a responsabilidade, a receptividade, o interesse no aprendizado e a tolerância ao sofrimento (BARREIRA; NAKAMURA, 2006).

Nesse sentido, os depoimentos dos trabalhadores em saúde (TS 03, TS 04 e TS 07), a seguir, convergem para a compreensão de que o trabalho da classe hospitalar tem contribuído para a superação de desafios e, conseqüentemente, para o processo de recuperação das crianças/dos adolescentes.

[...] o dia que elas têm passeio, tem alguma coisa para fazer, *elas ficam mais dispostas, queixam menos*. Até as queixas – que às vezes elas vêm poliqueixosas – no dia da visita que elas têm passeio elas melhoram

as queixas, *justamente para elas mostrarem que estão bem e para poderem participar das coisas*. Ficam tristes quando a patologia impede delas participarem, muitas pedem para ir, mas infelizmente não podem por limitação da doença que elas têm, mas o *ânimo que elas têm é visível, interferem sim, positivamente* (TS 03)

“[...] você veio aqui para aprender!” Então isso já desperta uma coisa, então ele vai: “eu consegui professor”. “Oh, muito bom, parabéns!” É de estar estimulando primeiro o próprio desenvolvimento cognitivo, afetivo, [...] psicomotor, mas desenvolver também uma percepção de que você está doente, mas você tem que estudar [...] ajuda muito pra ele esquecer um pouco da doença, esquecer um pouco do mal estar e estar pensando nos desafios que a gente, não só eu como os outros professores, estão sempre lançando para eles, desafios para eles superarem aquilo e, verem que o que eles estão passando são desafios que eles não superar também, acho que esse é o grande barato da Classe Hospitalar (TS 04).

[...] eu tenho presenciado situações, sim, de melhora, de crianças até de um quadro febril, sabe? de ter melhora. A professora chegou, ele quer melhorar para estar na sala de aula, ele deseja ficar bem pra vir para a sala de aula, porque se ele não está bem, as vezes ele não pode vir [...] então eles desejam melhorar para poder também estar na aula (TS 07).

[...] só o fato dela tá tendo certeza de que pode aprender, então ela pode vencer a doença também (TS 09, grifos dos autores).

Diante das falas dos entrevistados, evidenciamos que os trabalhadores em saúde conseguem identificar a importância da classe hospitalar para que crianças/adolescentes consigam superar o desafio de estarem hospitalizados. Assim, o trabalhador da saúde TS 03 comenta que “elas ficam mais dispostas, queixam menos [...] o ânimo que elas têm é visível”; já o trabalhador em saúde (TS 04) destaca que “ajuda muito pra ele esquecer um pouco da doença, esquecer um pouco do mal estar [...] verem que o que eles estão passando são desafios que eles vão superar”.

As falas do acompanhante A 11 e da criança/do adolescente CA17, que se seguem, nos fazem refletir sobre o fato de que superar desafios no contexto de uma hospitalização requer articulação entre os cuidados à saúde e as ações da classe hospitalar.

[...] no começo ele ficou mais de uma semana, ele não queria sair do quarto, da cama e aos poucos ele foi saindo. No último dia, que a gente saiu

daqui, que a gente foi embora, era uma quinta e ia ter o cinema e *ele ficou aborrecido porque ia ter o cinema e ele tinha que ir embora* (A 11).

[...]. É bom tem uma escola dentro do hospital porque *ajuda a quem tá assim de cama, que não quer levantar, a brincar, a aprender* (CA 17, grifos dos autores).

Tomando como base a fala dos entrevistados A 11 e CA 17, podemos elucidar que houve, por parte das crianças/dos adolescentes hospitalizados, uma diminuição nas queixas com relação ao quadro clínico, já que estes queriam participar das atividades. Nesse caso, algumas crianças/alguns adolescentes sentem-se desafiados pelos professores da classe hospitalar e, neste momento, buscam superar e transpor a barreira do estado físico debilitado para então participarem das atividades e, assim, construir conhecimentos e aprendizagens.

Melhora na autoestima

[...] se a criança e o adolescente passa a ter contato com a escola, passa a aprender, passa a descobrir, *acho que isso melhora a autoestima* (TS 02)

[...] as escolas incentivam muito isso, até passeio que elas fazem fora da escola *a gente ver que as crianças ficam mais dispostas, elas ficam mais alegres*, tem mesmo uma alteração na disposição delas (TS 03)

[...]. Olha *primeiro é a questão da autoestima*, porque ah o coitadinho não consegue fazer, não! Você está aqui para fazer dever – ah eu não sei. Claro, você está aqui na escola (TS 04).

[...] *Freud já dizia isso, para uma pessoa se sentir feliz, se sentir bem, é necessário ela ter, sentir que tem capacidade de ler, estudar, brincar, então isso é uma contribuição enorme para a melhora da saúde da criança* (TS 09).

[...] é algo que vai ajudar na recuperação do paciente, desde *quando mexe no psicológico, vai mexer também na saúde*, então *vai levantar o alto astral, vai desenvolver também a inteligência do aluno*, é muito importante (A 15).

[...] ela *vai ter contato com pessoas que tem outros tipos de problemas* e até ajudam ela a *eleva a autoestima*, ver a atenção das professoras (A 10).

[...]. Com a escola *eu fico mais alegre* (CA 17).

[...] *eu me senti bem lá* (CA 21, grifos dos autores).

São diversos os conceitos de autoestima e, mesmo assim, não existe um consenso sobre a definição. Para Moyses (2001, p. 16), “auto-estima é o

ato de gostar e confiar em si mesmo”, ou seja, quando a pessoa tem confiança em suas ideias *há maior probabilidade* de ela ser feliz. Já Voli (1998) destaca que a autoestima se manifesta na relação do indivíduo consigo mesmo (relações internas), com os outros (relações externas) e relações transpessoais que é a relação estabelecida com as coisas, os animais e a natureza.

Nesse sentido, a autoestima vai depender da situação psíquica geral do indivíduo, de como esse indivíduo se vê, de quem são as pessoas importantes de sua vida, do senso de pertencimento, da motivação e de tudo que integra e contribui para a estruturação da sua personalidade.

Ainda nesta perspectiva, Branden (2000, p. 51) considera que a “autoestima é formada por *fatores internos* e por *externos*”. Os primeiros residem dentro do próprio indivíduo e o segundo são fatores do meio ambiente, emitidos através de mensagens verbais ou não verbais dos nossos pais, professores, de pessoas “significativas”, de organizações ou instituições (CABRAL, 2006).

Desse modo, entendemos que a autoestima é um poderoso fator de motivação e, por isso, ao longo do tempo, os indivíduos modificam suas necessidades e suas motivações. Desse modo, a motivação poderá apresentar significados e significantes variando de pessoa para pessoa, bem como os resultados dessa motivação na conquista de um objetivo.

As atividades realizadas na Classe Hospitalar têm o caráter de atender às necessidades pedagógicas das crianças/dos adolescentes hospitalizados, de estimular a capacidade de superar desafios impostos pela hospitalização, de favorecer a homeostase psíquica, além de buscar propiciar a independência e o bem-estar, conforme relata o entrevistado A 15 ao afirmar: “eu achei interessante, é algo que vai ajudar na recuperação do paciente, desde quando mexe no psicológico, vai mexer também na saúde, então vai levantar o alto-astral, vai desenvolver, também, a inteligência do aluno”.

Para Gonzalez (2000), as intervenções com as crianças/os adolescente hospitalizados geram tanto a restituição da autoestima, fortalecendo nestes a vontade de viver, de voltar à escola e de melhorar a qualidade de vida, quanto uma oportunidade aos mesmos de prosseguirem os estudos após a alta médica. Daí que é preciso valorizar as necessidades especiais das

crianças/dos adolescentes e incentivá-los a uma maior integração no espaço da classe hospitalar.

Assim, a partir das atividades desenvolvidas na Classe Hospitalar, as crianças/os adolescentes têm a oportunidade de repensarem sobre o que lhes causam desconforto, e o processo educacional vem contribuir para que esses indivíduos reorganizem suas emoções e encontrem uma forma de lidar com este ambiente novo.

Desse modo, o processo de aprendizagem poderá favorecer a autoestima, fazendo com que as crianças/os adolescentes consigam criar mecanismos de enfrentamento com vistas a superar o período de hospitalização. Segundo a fala do entrevistado TS 03 “a gente vê que as crianças, elas ficam mais dispostas, elas ficam mais alegres, tem mesmo uma alteração na disposição delas”.

Tomando como base a observação sistemática, podemos elucidar que, durante o desenvolvimento das atividades, a professora estimulava e incentivava a participação das crianças/dos adolescentes; além disso, valorizava e elogiava as produções e respostas decorrentes das exposições e tarefas propostas nas aulas. A partir de então era possível observar que as crianças/os adolescentes sorriam com mais frequência, socializavam seus resultados com outros colegas, além de auxiliar os demais colegas que ainda não haviam concluído a atividade; potencializando, portanto, a autoestima e solidariedade.

Outro fator ainda decorrente da observação foi quando a professora desenvolveu a aula sobre o Natal, onde se discutiu a importância do natal, seus significados e respectivos símbolos. Ao final da aula as crianças/os adolescentes desenharam os símbolos natalinos e montaram um painel, o qual foi exposto no mural do Hospital da Criança (HC). Esta exposição serviu para valorizar a produção artística dos indivíduos envolvidos na atividade e, conseqüentemente, auxiliar na construção da autoimagem de cada um.

Considerações finais

Ao trilhar os caminhos até a conclusão desta pesquisa, vivenciamos momentos de intensas inquietações, em que o desejo de as responder se tornava cada vez mais presente, mesmo compreendendo que muitos

paradigmas tradicionais insistem em prevalecer hegemônicos tanto na área da saúde quanto na área da educação. Desse modo, temos a compreensão da realidade social estudada e entendemos que, devido à sua dinamicidade, enquanto algumas inquietações foram respondidas – ainda que provisoriamente –, outras começam a ser construídas, especialmente em relação às políticas públicas de implantação das classes hospitalares que ainda acontece de maneira muito incipiente.

Como foi discutido, as crianças/os adolescentes que se encontram hospitalizados vivenciaram e ainda vivenciam um processo de exclusão dos seus direitos sociais. Somente a partir da Constituição Federal de 1988, inicia-se um processo de mudança no cenário das políticas públicas, com a garantia constitucional dos direitos sociais à saúde e à educação. Na saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH) e, na educação, a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) foram marcos para o surgimento das primeiras mudanças no perfil do atendimento às crianças/aos adolescentes hospitalizados que, por meio da classe hospitalar, passaram a ter suas necessidades educativas, recreativas e de saúde atendidas através do acompanhamento assistencial de saúde e pedagógico-educacional.

No entanto, mesmo com a LDB estabelecendo as diretrizes para a implementação e o funcionamento das classes hospitalares e para o atendimento pedagógico, bem como apesar de ser um direito de as crianças/os adolescentes hospitalizados darem continuidade ao currículo escolar e um dever do estado de suprir esta necessidade, percebe-se que grande parcela da população ainda desconhece esta modalidade de ensino.

Apesar desse desconhecimento por parte de muitos, assegurar o cumprimento do currículo escolar através do atendimento pedagógico desenvolvido nas classes hospitalares é um dever do estado. No entanto, é preciso que a coordenação pedagógica e os professores se mostrem sensíveis às demandas e necessidades dos indivíduos, e assim reconheçam, à disposição do ambiente, suas normas e rotinas, e estructurem um currículo dinâmico e flexível com o objetivo de atender as propostas pedagógicas adequadas a esse espaço. Essa sensibilidade pedagógica é muito importante, pois, apesar da classe hospitalar possuir algumas características diferentes da escola

regular, como ficou evidente nos resultados dessa pesquisa, faz-se necessário considerar que, como quaisquer outras classes, os indivíduos das classes hospitalares, também, constroem aprendizagens diversas em um espaço rico às novas descobertas, novos desafios etc.

Nesse contexto, o cumprimento do currículo escolar nas classes hospitalares vem enfrentando alguns entraves no que se refere a sua efetivação, pois não basta os professores saberem qual o ganho cultural que cada série deve ter, ou a idade cronológica correspondente à série, ou saber elaborar e aplicar o planejamento pedagógica; faz-se necessário, também, a compreensão por parte destes professores que crianças/adolescentes conseguem cumprir o currículo, mesmo em uma sociedade em que a mente da pedagogia ainda se encontra engessada, com uma visão arcaica e reducionista do processo de ensino e aprendizagem.

É evidente que as classes hospitalares têm encontrado dificuldade em manter contato com as escolas regulares, devido aos mais variados motivos: falta de acesso, falta de informação sobre a existência desta modalidade de ensino, dentre outros. Isso tem inviabilizado a comunicação e conseqüentemente o pleno funcionamento do serviço das classes hospitalares. Porém é preciso ressaltar que aquela ideia inicial das classes hospitalares enquanto espaço para manutenção do currículo escolar deve fazer parte de uma história antiga, a qual não desejamos que seja repetida.

Os resultados desse estudo apontaram para uma outra problemática que são os entraves da comunicação entre a classe hospitalar e a escola regular, tais entraves, muitas vezes, têm prejudicado o funcionamento dos serviços das classes hospitalares. Essa situação, nos leva a repensar a proposta inicial da classe hospitalar como manutenção do currículo escolar, e pensarmos a escola no hospital como um estímulo à cultura, afinal estudar e ter cultura é algo bem mais amplo.

Nesta perspectiva, a partir dos resultados e discussões, emergiram algumas constatações sobre a importância da classe hospitalar no processo de recuperação da criança/adolescente hospitalizadas. A primeira constatação foi a de que o professor ao fazer uso da *escuta pedagógica* (relação dialógica), antes e/ou durante as atividades, poderá vir a favorecer a construção da

subjetividade dos indivíduos hospitalizados. Neste caso, a escuta pedagógica deverá ser realizada de forma atenta e sensível, levando em consideração as necessidades físicas, afetivas, cognitivas e sociais das crianças/dos adolescentes.

Além disso, a escuta pedagógica deve ser trabalhada como um instrumento, onde o professor deve amparar a ansiedade e os questionamentos das crianças/dos adolescentes, bem como auxiliá-los na construção de novos saberes, como por exemplo, na compreensão do espaço no qual estão inseridos e na busca de repensarem acerca de si mesmos e da atuação de cada um no mundo, assim como a respeito da patologia e das nuances que circundam esta nova realidade, favorecendo, dessa forma, a melhora do bem-estar físico e psicológico desses indivíduos.

A segunda constatação é em relação às *informações* que os(as) professores(as) da classe hospitalar oferecem às crianças/aos adolescentes durante as atividades pedagógicas. Tais informações servem como auxílio para estes indivíduos buscarem compreender as dimensões da vida, bem como modificar a percepção das realidades instituídas anteriormente.

Assim, a aquisição do conhecimento se constitui como um “poderoso remédio” que tem, em sua fórmula, propriedades capazes de minimizar a dor, o sofrimento do corpo, o sofrimento emocional e social. Desse modo, as crianças/os adolescentes tendem a adquirir mecanismos que auxiliem no enfrentamento das agruras, e estes mecanismos são contextualizados na vida das outras crianças/dos outros adolescentes.

A terceira constatação é em relação às atividades desenvolvidas na classe hospitalar que servem para desmistificar o ambiente hospitalar que, na maioria das vezes, é visto como um ambiente hostil, causador de estresse e medo. A ideia de escola no hospital serve para aproximar este espaço à realidade que antecede a hospitalização, contribuindo no *processo de humanização* do ambiente hospitalar.

A quarta constatação é em relação as *atividades lúdicas*, neste estudo compreendida como uma ponte para estabelecer comunicação com as crianças/os adolescentes, levando-as a interagir de tal modo, que por algum tempo, possam se distanciar da patologia que enfrentam, voltando-

se para situações e sensações já experienciadas na escola regular antes da hospitalização. Essas atividades estimulam nesses indivíduos a capacidade de sorrir, brincar, aprender, criar e superar seus limites, focando na potencialidade individual desses sujeitos, auxiliando-os na recuperação da saúde e, conseqüentemente, diminuindo o tempo de internação e reinserção social dos mesmos.

Com base nestas constatações, foi possível perceber que independentemente de as crianças/os adolescentes se encontrarem hospitalizados, elas continuam estabelecendo interação social ao passo que desenvolvem e constroem o processo de aprendizagem. Assim, a partir dos resultados sobre a importância da classe hospitalar para crianças/adolescentes hospitalizados, percebemos que se faz necessário estabelecer uma harmonia entre as dimensões físicas, psíquicas e emocionais destes indivíduos para alcançar resultados satisfatórios. Assim, a função da escola no hospital é a de propiciar recursos pedagógicos que sejam capazes de estimular a aprendizagem, proporcionando o desenvolvimento integral do ser e possibilitando um ambiente hospitalar mais humanizado.

Vale destacar o serviço de classe hospitalar do Hospital da Criança (HC) das Obras Sociais Irmã Dulce (OSID) enquanto espaço empírico da pesquisa. O HC da OSID apresenta grandes avanços na área da classe hospitalar, se caracterizando enquanto uma instituição destaque no Estado da Bahia, por garantir à criança/ao adolescente hospitalizados um acompanhamento pedagógico indispensável para a reintegração do aluno nas escolas regulares e a garantia de continuidade do processo de escolarização mesmo em momento de hospitalização.

Diante dessa questão, entendemos que os objetivos propostos foram alcançados, e nesse sentido compreendemos ser possível a implantação de novos serviços da classe hospitalar enquanto espaço responsável pela educação dotado de recursos humanos, materiais e financeiros que viabilizem e deem sustentação ao processo de construção da educação inclusiva (BRASIL, 2001). Mais do que isso, compreendemos que se trata de um espaço o qual as atividades realizadas podem contribuir de maneira significativa para a recuperação de crianças/adolescentes que se encontram hospitalizados.

Desse modo, torna-se necessário a *ampliação* do direito adquirido pela criança/pelo adolescente hospitalizados, bem como a *divulgação* da importância deste serviço para os gestores da saúde e da educação, assim como para os demais membros da sociedade, visando a interação onde todos possam ser partícipes da garantia do atendimento escolar desses cidadãos.

Diante destas perspectivas, esperamos que, a partir deste estudo, novas reflexões críticas possam ser realizadas, especialmente em relação à implantação de novos serviços de classe hospitalar em outras instituições de saúde, de modo a atender tanto às demandas legais de garantia de atendimento quanto ao processo de humanização e às expectativas de todos os que compõem o espaço do hospital.

É preciso dar voz às crianças/adolescentes, aos acompanhantes e aos trabalhadores em saúde; é preciso escutá-los, acolhê-los e resgatá-los, já que estes também fazem parte da realidade da classe hospitalar; além disso, é preciso ampliar as interações proporcionando um ambiente de acolhimento e contribuindo para implantação de novos serviços de classes hospitalares.

Por fim, é inegável que muitas das inquietações (respondidas de maneira provisória e construídas nesse estudo) foram marcadas pelo forte investimento teórico e metodológico o qual realizamos. Foi ao mergulhar no mundo de alguns estudos já concluídos, e especialmente no mundo dos resultados empíricos obtidos na pesquisa de campo, que nos aproximamos da realidade do nosso objeto e atribuímos sentido à cada nova descoberta.

Referências

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Tradução: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. 3ª reimp. da 1ª edição de 2016. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARREIRA, D. D.; NAKAMURA, A. P. Resiliência e a auto-eficácia percebida: articulação entre conceitos. *Aletheia* [online], n. 23, p. 75-80, 2006. ISSN 1413-0394.

BARROS, A. S. S. Contribuições da educação profissional em saúde à formação para o trabalho em classes hospitalares. *Cad. CEDES*, Campinas, v. 27, n. 73. set./dez. 2007.

BOFF, L. *Temo de transcendência – o ser humano como um projeto infinito*. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.

BRANDEN, N. *Auto-estima e seus seis pilares*. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (BR). *Resolução nº 41, 13 de outubro de 1995*. Dispõe sobre os direitos da criança hospitalizada. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1995.

BRASIL. Ministério da Educação. *Resolução nº 2, de 11 de setembro de 2001 do CNE/CEB*. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria da Educação Especial. *Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações*. Brasília, DF: MEC/SEESP, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. 3. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização Hospitalar*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

CABRAL, M. L. S. *Auto-estima no processo ensino-aprendizagem*. 2006. 80 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GONZALEZ, O. Las necesidades educativas del niño hospitalizado. *Revista Inclusão*, n. 1, p. 53-66, 2000.

LIMA, M. J. A resiliência dos educadores/as na prática da classe hospitalar. *Revista internacional de audición y lenguaje, logopedia, apoyo a la integración y multiculturalidad*, v. 2, n. 1, set. 2012.

- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. *Fundamentos de metodologia científica*. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.
- MATOS, E. L. M.; MUGIATTI, M. A. T. F. *Pedagogia hospitalar: a humanização integrando educação e saúde*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.
- MENEZES, M. *A criança e sua rede familiar: significações do processo de hospitalização*. 2010. Tese (Doutorado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, 2010.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
- MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.
- MOYSES, C. *Seu sucesso pela auto-estima*. São Paulo: Leia Sempre, 2001.
- OLIVEIRA, M. K. *Vygotsky*. São Paulo: Scipione, 1993.
- OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE (OSID). Assessoria de Comunicação das Obras Sociais Irmã Dulce. *Balanco Social 2003*. Salvador, 2003.
- OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE (OSID). *Nossa história*. Disponível em: http://www.irmadulce.org.br/obrassociais/institucional_historia.php. Acesso em: 15 jan. 2013.
- REDONDEIRO, M. E. F. R. *O cotidiano hospitalar da criança: constrangimentos e possibilidades de desenvolvimento*. 2003. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade do Minho, Instituto de Estudos da Criança, Instituto de Ciências Sociais, Braga-Portugal, 2003.
- RODRIGUES, A. C. *Rede especial – uma proposta de inclusão digital e social em ações sócio-educativas*. 2006. Dissertação (Mestrado em Teologia) – Instituto Porto Alegre da Igreja Metodista, São Leopoldo, RS, 2006.
- RODRIGUES, E. S. S. *Organização do tempo pedagógico no trabalho docente: relações entre o prescrito e o realizado*. 2009. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, SP, 2009.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Educação, Cultura, Esporte e Lazer (SECULT). Programas. *Atendimento hospitalar e domiciliar*. Disponível em: <http://www.secult.salvador.ba.gov.br/site/noticias-modelo.php?cod>. Acesso em: 10 nov. 2012.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Educação, Cultura, Esporte e Lazer (SECULT). Programas. *Atendimento hospitalar e domiciliar*. Disponível em: <http://www.educacao.salvador.ba.gov.br/site/programas-vida-e-saude.php>. Acesso em: 10 set. 2011.

SANDRONI, G. A. Classe hospitalar: um recurso a mais para a inclusão educacional de crianças e jovens. *Cadernos da Pedagogia*, ano 2, v. 2, n. 3 jan./jul. 2008.

SILVA, J. M. Comunicação e semiótica: princípio norteador das práticas de enfermagem. In: CONGRESSO DE LA SOLAR: A INTEGRAÇÃO DA DIVERSIDADE RACIAL E A CULTURA DO NOVO MUNDO, 9., 2004, Rio de Janeiro. *Anais* [...]. Rio de Janeiro: UERJ, 2004. CD-ROM.

SILVA, J. M.; NASCIMENTO, M. A. A. do. *Planejamento em saúde: a dialética entre teoria e prática*. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2011.

TAVARES, J. (org.). *Resiliência e educação*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

VASCONCELOS, S. M. F. Intervenção escolar em hospitais para crianças internadas: a formação alternativa re-socializadora. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA SOCIAL MAR, 1., 2006, São Paulo. *Anais* [...]. São Paulo, 2006. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000092006000100048&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 01 dez. 2012.

VOLI, F. *A auto-estima do Professor: Manual de reflexão e ação educativa*. São Paulo: Loyola, 1998.

VYGOTSKY, L. S. *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. Tradução de José Cipolla Neto, Luiz Silveira Menna Barreto e Solange Castro Afeche. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ZAIAS, E.; PAULA, E. M. A. T. A produção acadêmica sobre práticas pedagógicas em espaços hospitalares: análise de teses e dissertações. *Educação Unisinos*, v. 14, n. 3, p. 222-232, set./dez. 2010.

Capítulo 4

Cuidado em saúde e religiosidade em uma Unidade de Terapia Intensiva

Lucinéia Braga de Oliveira Magalhães

Jair Magalhães da Silva

Josenilton Matos Dias

Introdução

O ser humano é dotado de inúmeras faces que permeiam e constroem sua individualidade. A face da dimensão religiosa é uma delas e, na condição de elemento da existência humana, se manifesta no sentir, no agir, no pensar e no viver. Dessa forma, tentar conceituar termos tão complexos, com ampla variedade de sentidos, tais como religião, religiosidade e espiritualidade, ainda é uma tarefa árdua devido à proximidade conceitual dos termos, bem como à própria evolução do homem em sua essência mais profunda. Evidentemente, que, para fins de análise, compreensão e debate, os conceitos aqui empregados buscam dar sentido e significado ao fenômeno em estudo.

Ao se examinar algumas definições sobre o fenômeno “religião”, entendido como um dos mais complexos fenômenos humanos – complexidade essa que não pode ser negada –, constata-se que existe um certo consenso entre cientistas de diversas áreas do conhecimento de que a religião “é uma importante instância de significação e ordenação da vida,

de seus reveses e sofrimentos” (DALGALARRONDO, 2008, p. 16). A religião além de estar relacionada às crenças, práticas e rituais da ordem do transcendente, também apresenta um aspecto institucional que orienta e define a forma de vivência religiosa, sendo, nesse sentido, composta por uma doutrina; um sistema ético e uma comunidade de fiéis (KOENIG, 2012; MURAKAMI; CAMPOS, 2012).

Poder-se-á acrescentar aqui o entendimento da religião como “o campo de elaboração subjetiva em que a maioria da população constrói de forma simbólica o sentido de sua vida e busca a motivação para superação da crise existencial colocada pela doença” (VASCONCELOS, 2006, p. 9). Essa concepção revela que a religião se transforma para muitos em alicerce para construção de suas vidas, sendo que em momentos de crise as pessoas se devotam ainda mais para as religiões na esperança de verem seus problemas solucionados.

No entender de Oliveira (2001), a religião é canalizada para finalidades socialmente desejáveis às energias despertadas pela existência de transcendência. Nessa perspectiva, a religião orienta e dita como o ser humano deve se comportar e cumpre uma função no mínimo curiosa, pois a mesma se torna “necessária” para limitar ou sistematizar a religiosidade da sociedade, como se a religiosidade não tivesse capacidade de entender suas próprias concepções e experiências.

No mesmo processo de busca por uma definição, apontamos a delicada e aparentemente complexa religiosidade como a capacidade de experimentar a plenitude de Deus em nossa vida, que traz consigo outra capacidade, que é a de produzir ou mobilizar energia interior – modificadora de atitudes e comportamentos. Diferentemente da energia de ordem física, a religiosidade relaciona-se intimamente com a espiritualidade, a qual além de estar relacionada com a procura de respostas interiores e existenciais, também pode ser compreendida como um modo transcendente de pensar na vida que pode ou não ter ligação mediata com rituais religiosos (OLIVEIRA, *et al.*, 2013; MOREIRA; PEREIRA, 2015).

Ao tratar do tema, Oliveira (2001) apresenta a religiosidade como a capacidade de vivenciar a experiência religiosa, mobilizando energia interior e modificando atitudes e comportamentos; segundo esse autor, a religiosidade

se relaciona intimamente com a espiritualidade, sendo às vezes uma a porta-voz da outra na construção de significados e ideias para a dimensão espiritual do ser humano. Em consonância com o já exposto, Santo Neto (2003, p. 127) traz uma das definições de religiosidade mais abrangente, ao concebê-la como um “estado íntimo em que a alma se identifica com o sagrado, ou seja, um encontro do homem com o *numioso*. A palavra ‘nume’ é oriunda do latim *numem, inis*, e quer dizer ‘divindade’”. Esse encontro gera fascinação, espanto e respeito pelo sagrado.

Para Levin (2011), a prática religiosa ativa e aumenta a probabilidade de colocarmos as situações estressantes num contexto mais amplo, o que proporciona uma compreensão maior do seu significado e nos ajuda a vê-las de forma menos negativa. Sendo assim, os momentos em que, durante a atuação profissional, desafiamos a nossa própria razão em busca da ânsia de cuidar, podemos encontrar na prática religiosa o alicerce para entender e aceitar o ciclo de vida do ser humano, que tem, em seu fim, a morte, a qual paradoxalmente pode ser compreendida como um recomeço para o paciente, a depender de sua fé e religião. Nesse sentido, observa-se que a capacidade da experiência religiosa é inerente ao homem, sendo um dos traços que o diferencia dos outros seres vivos, mas tal experiência não é necessariamente espontânea, sendo passível de construção e desconstrução.

É oportuno, ainda, ressaltar que apesar da íntima relação entre religiosidade e espiritualidade, há uma diferença no sentido dos conceitos de uma e outra. Entende-se que a religiosidade apresenta um sentido mais estrito, ligado diretamente às ações voltadas para a religião e vinculado a instituições organizadas, crenças e práticas (LEVIN, 2011). Já a espiritualidade, apesar da polissemia conceitual e em função da conotação mais individual, se caracteriza por apresentar uma “dimensão universal e intrínseca do ser humano” (ROCHA *et al.*, 2018). Nesse sentido, observa-se que a espiritualidade se destaca pela sua dimensão que antecede a religião, sendo intrínseca ao ser humano e, portanto, pode ou não incluir uma crença em algum deus, experiências religiosas ou de religiosidade (BOFF, 2014).

Na vida profissional, a capacidade de cuidar – promovendo o bem-estar do ser humano e atuando na promoção da saúde, prevenção de agravos,

tratamento de doenças e no processo de morte e morrer – é, em sua essência, uma habilidade e competência inerente à Enfermagem. Assim, o cuidar em enfermagem é um desafio que envolve a maneira como o ser humano e o profissional se estrutura e se realiza no mundo com os outros, ou seja, a capacidade de cuidar do ser humano no processo de vida e de morte.

A fé aqui é entendida não apenas como a crença religiosa ou convicção específica em um ser supremo ou conjunto de dogmas e doutrinas que constituem um culto, mas compreendida como a segurança de acreditar em algo, seja numa divindade, na intuição ou mesmo na própria cura. Nessa perspectiva Cavalcante (2010) assevera que quando se fala em fé, na maioria das vezes, se considera os aspectos relacionados à confiança no transcendente, como uma forma de o indivíduo manter viva a esperança em momentos de emoções como sofrimento e medo.

Para Aquino (2004, p. 76) a fé está presente em nossa vida sem que nós sequer percebamos, afinal “ter fé não é algo raro ou difícil para o ser humano. Na vida cotidiana, todo homem, mesmo ateu, exercita a fé. Você acredita no médico, no professor, no padeiro que faz o pão e nele não coloca veneno. Sem estes atos de fé seria impossível viver”. Nesse sentido, a fé é tida como um assunto extremamente delicado e que por mais que se tente conceituá-la, nunca chegaremos a uma resposta convincente que abranja toda a dimensão e expressão desse ato.

Há, sem dúvida, situações em nossas vidas em que a fé é o único suporte que nos motiva a continuar. Em se tratando de doenças crônicas e estados terminais, a fé é um instrumento recorrente utilizado pelo paciente, família e profissionais para aumentarem sua força e esperança. Os profissionais de enfermagem estão diuturnamente com os pacientes, e lhes é necessário fé e determinação para lutar contra a morte e cuidar para recuperação dos mesmos. Confiar em Deus é uma atitude positiva diante de situações desafiantes, tais como a de cuidar de pacientes em estado terminal. A fé, portanto, pode trazer esperança para pacientes e enfermeiros, ajudando-os a enfrentarem situações adversas e possibilitando-os a contemplação de dias melhores.

Estas concepções contribuem para constatar que, nas matrizes dos cursos de Enfermagem, a questão da religiosidade tem recebido pouca

atenção enquanto um fator que pode contribuir no cuidado do indivíduo, da família e ou dos grupos da população – tanto em relação ao processo do cuidar, como em relação à fé e à crença da influência dessa dimensão humana no processo saúde-doença. Apesar disso, é indiscutível a importância da religiosidade no processo de cuidar, mesmo porque, nas práticas cotidianas dos profissionais de saúde, em especial nas da enfermagem, muitas vezes, são esses aspectos que ajudam os sujeitos a se sentirem menos desestimulados e a lutar pela vida.

O contexto saúde-doença continua permeando as conquistas tecnológicas e os avanços científicos em prol da cura, o estudo intitulado “*Uma droga chamada esperança*” realizado nos Estados Unidos por Herbert Benson, professor da Faculdade de Medicina de Harvard, e do psiquiatra Thomas Oxman, da Faculdade de Medicina de Dartmouth, revelou que a fé pode contribuir nos tratamentos da medicina; e levam ainda em consideração a presença constante da fé na vida humana, principalmente quando se encontram os limites do caos, do desconhecido e do sofrimento, como forma de superar e suportar esses limites (PEREIRA; CORTÊS; WEIS, 1998).

Em outro estudo, intitulado *Influência da fé no processo saúde-doença* de autoria de Lima (2003), o autor comenta que a sua experiência no desenvolvimento das práticas de saúde o levou a perceber o significado que a fé assume na vida das pessoas durante o processo saúde-doença, especialmente quando se veem privadas de sua saúde, sentindo-se ameaçadas e temerosas. Um outro aspecto que parecia convergir-se com esta afirmação diz respeito à ocorrência da pouca valorização (ou mesmo estímulo) dos profissionais de saúde – e mais especificamente dos enfermeiros –, no que se refere à influência da fé dentro do contexto do processo saúde-doença na relação de cuidado em saúde do ser humano adoecido.

Em vários estudos realizados com a finalidade de considerar a dimensão religiosa do paciente enquanto parte fundamental do cuidado, constata-se uma carência de respostas aprofundadas no que se refere a influência da religiosidade dos enfermeiros na atenção à saúde, suas incertezas e dificuldades em expressar essa dimensão para a equipe de saúde, para os pacientes e para seus familiares. No processo de formação

desse profissional, contraditoriamente, apesar de ser abordada a assistência espiritual na perspectiva da visão holística, pouca valorização é dada a essa dimensão. Essa perspectiva não é estranha, tendo em vista a hegemonia do modelo clínico/biomédico que considera o corpo humano uma máquina e separa o sujeito do seu meio e de sua experiência existencial (CAPRA, 2004).

Essa lógica da valorização do modelo clínico/biomédico contribui substancialmente para o profissional de saúde se distanciar, cada vez mais, do respeito aos desejos do paciente. Com isso, constata-se uma sucessão de técnicas-procedimentos-avaliações-evoluções que, na prática, tem caracterizado, na sua grande maioria, as relações entre o profissional de saúde e os pacientes sob seus cuidados.

Daí decorrem algumas reflexões sobre a prática do cuidar enquanto parte da vida humana desde seus primórdios como forma de manutenção e continuidade da espécie. Ninguém consegue viver isolado, sem atenção, carinho e cuidado, de modo que, por fazer parte de sua essência, mesmo nos tempos mais remotos, o ser humano sempre necessitou de cuidados. Aqui, reporta-se à Boff (2014) quando este esclarece que o cuidar é a raiz principal do ser humano, é um modo de ser que vai além do convencional, é essencial, é ontológico e permeia toda a existência do homem nas mais diversas dimensões do corpo, da mente e do espírito. Nesse sentido, o ser humano é revelado como dimensões de uma mesma realidade de imanência e de transcendência, as quais “não são aspectos inteiramente distintos, mas dimensões de uma única realidade que somos nós” (BOFF, 2014).

O cuidar não pode ser prescritivo e não existem regras a seguir, nem manuais de cuidar ou de ensinar a cuidar, aquele se dá pelo resgate de seu sentido humano. Se realiza na articulação entre o profissional, a equipe de saúde e o paciente, por meio de saberes, fazeres e subjetividades. Enquanto ação é direcionado para o paciente, seus familiares e para os sujeitos que transitam na instituição. Dessa maneira, deve ser sentido, vivido e incorporado ao cotidiano dos cuidadores; deve deixar de ser um procedimento ou intervenção, para ser uma relação na qual a ajuda se faz no sentido da qualidade do outro ser, buscando respeitar, entender e sentir de forma mais humana (WALDOW, 2014).

O cuidado é o somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando (CECÍLIO, 2011). Desse modo, torna-se importante uma reflexão sobre a importância das tecnologias leves, que são as tecnologias das relações, evidenciadas nos dispositivos vínculo, acolhimento, respeito, compromisso, integralidade das ações, saber escutar, relação dialógica entre trabalhador de saúde e usuário, dentre outros. Tecnologias essas que buscam compreender que, no relacionamento interpessoal entre o cuidador e quem recebe cuidados, a vida destes se cruzam e entrelaçam-se na expressividade do olhar e da palavra, da vida e da morte, do material e do imaterial (MERHY, 2002).

Enquanto prática antiga, apenas na segunda metade do século XIX, a enfermagem se estabeleceu como profissão, isso se deu a partir da atuação de Florence Nigthingale e sua construção de um cuidado que se confundia como uma arte envolta no treinamento organizado, prático e científico (COSTA *et. al.*, 2009). De lá para cá, a enfermagem vem construindo, desconstruindo e reconstruindo sua história, mantendo sempre como principal objeto o cuidar. E é na análise deste cuidar sistematizado e articulado com o conhecimento científico que encontramos os fundamentos da profissão.

Costa (2009) enfatiza que Nigthingale é um mito, e como tal foi incluída entre as 100 mulheres que marcaram a história mundial. Ela fazia questão de proporcionar atenção especial aos enfermos em fase terminal ou gravemente feridos, levando-lhes trechos da bíblia ou oferecendo-lhes a segurança e a bondade de suas palavras e visitas à noite. Era nestes momentos que ela utilizava uma lamparina para iluminar os pacientes, gesto pelo qual passou a ser reconhecida mundialmente como a “dama da lâmpada”.

O enfermeiro, em sua prática profissional, sente-se impotente frente a determinados casos em que os pacientes estão na tênue linha entre a vida e a morte. Nesses momentos, o enfermeiro busca em seu íntimo a “força” para continuar tentando e nunca desistir. Essa força interior advém de sua capacidade de experimentar a religiosidade em seu ambiente de trabalho.

Caberia ainda destacar que, como um dos palcos de atuação do enfermeiro, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente hospitalar com sistema organizado para oferecer suporte vital de alta complexidade,

com múltiplas modalidades de monitorização e suporte orgânico avançados para manter a vida durante condições clínicas de gravidade extrema e risco de morte por insuficiência orgânica (BRASIL, 2020).

São muitas as implicações deste processo de cuidar que envolve uma assistência ininterrupta de uma equipe multidisciplinar especializada. Com isso, surge a possibilidade da Enfermagem enquanto arte e ciência, em que os profissionais em questão atuam na UTI com conhecimentos e habilidades para identificação, avaliação e atendimento das necessidades humanas básicas do cliente e dos familiares.

Além disso, o que não deve ser esquecido, de forma alguma, é que o paciente internado em uma UTI está constantemente entre o limite do viver e do morrer, sendo um ser humano com família, desejos e sonhos para realizar. Assim, é preciso que, em sua atuação, os profissionais de saúde considerem que cada paciente é único e possui características individuais que o identificam. Aliás, importante ressaltar que, muitas vezes, a condição clínica de um paciente imputa não só procedimentos e técnicas, mas também um cuidado espiritual.

Dezorzi e Crossetti (2008), ao lançar um olhar crítico sobre os/as profissionais de enfermagem em terapia intensiva, revelam que o ambiente da UTI é permeado por práticas que privilegiam o conhecimento das realidades exteriores, físicas e mensuráveis, em detrimento das realidades interiores, como a subjetividades e a dimensão espiritual humana.

Refletindo sobre tal realidade, buscou-se com o presente estudo uma aproximação com a temática na tentativa de encontrar pistas que possam ser utilizadas nas reflexões sobre a religiosidade dos enfermeiros no processo de trabalho em saúde desenvolvido em uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), especialmente com o paciente em estado crítico de vida e com fragilidade emocional.

Importante destacar que, em uma aproximação inicial, as UTIs estão situadas no nível mais elevado da hierarquia dos serviços hospitalares, sendo que o trabalho desenvolvido neste espaço apresenta um grau de complexidade e intensidade que exige dos profissionais qualificação, conhecimento específico e habilidade para tomada de decisões. Dessa

maneira, entende-se que estas unidades são locais onde é possível aumentar as chances de melhorar as condições de saúde de pacientes graves e de propiciar recuperação e sobrevivência aos mesmos (COSTA; FIGUEIREDO; SCHAURICH, 2009).

Não por acaso, a importância das reflexões sobre a religiosidade enquanto parte integrante da assistência à saúde está no fato de que a dimensão espiritual do profissional de enfermagem é parte de sua totalidade como ser humano, todavia este tende a mobilizá-la e expressá-la de forma mais intensa quando experimenta situações de crise, medo e angústia. Um dessas situações pode ser compreendida quanto ressaltamos que a atuação do enfermeiro não se acaba após o óbito do paciente. Além de cumprir suas obrigações em relação à assistência prestada ao paciente, muitas vezes, esse profissional fica incumbido de levar a informação para a família e os amigos; e, nesse momento, deve ter a sensibilidade e coragem de relatar a situação, podendo, de maneira amadurecida, utilizar sua experiência religiosa como estratégia de consolo e diminuição do sofrimento e dor dos familiares.

Partindo de todas essas reflexões, este estudo teve como objetivos: compreender a(s) concepção(ões) sobre a religiosidade dos enfermeiros que prestam cuidado aos pacientes da UTI; e analisar a influência da religiosidade dos enfermeiros durante o processo da prática do cuidar.

Dimensões metodológicas

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, numa perspectiva crítica, cujo recorte espacial foi a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital de grande porte de uma cidade do interior do Estado da Bahia. Os sujeitos da pesquisa foram 10 enfermeiros intensivistas que atuam na assistência direta aos pacientes, aqui caracterizados como: nove (09) do sexo feminino e um (01) do sexo masculino; seis (06) são católicos; dois (02) espíritas, um (01) protestante e um (01) referiu não ter religião. Há uma variação do tempo de conclusão da graduação entre um (01) e vinte (20) anos, tendo em média 8,9 anos de formação, e com tempo de serviço em UTI's variando entre três (03) meses e dois (02) anos de serviço. Quanto

a qualificação profissional, todos eles (10) possuem especialização, sendo quatro (04) na área de terapia intensiva.

Para a coleta das informações, foram respeitadas todas as normas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da resolução que dispõe sobre as pesquisas envolvendo seres humanos. Aos enfermeiros que aceitaram participar do estudo, foram explicitados os objetivos e garantidos o sigilo e anonimato mediante apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados se deu mediante entrevista semiestruturada gravada com auxílio de gravador em horário e local previamente agendados com os participantes do estudo.

Para sistematização e análise dos dados, optamos pela Análise de Conteúdo (BARDIN, 2016). Após a sistematização dos dados empíricos, os resultados possibilitaram a construção das seguintes categorias: **CATEGORIA 1** – Concepção de religiosidade: do contato com Deus à fé, não importa o caminho; **CATEGORIA 2** – Influências da fé no cuidar, a qual foi subdividida em subcategorias: 2.1 – A religiosidade dá condições para prestar um cuidado mais humanizado; 2.2 – Religiosidade do paciente: a esperança é atribuída a Deus; **CATEGORIA 3** – Experiências da religiosidade no cuidar: entre milagres e orações, a recuperação acontece.

As falas dos sujeitos participantes da pesquisa vêm identificadas por um número que corresponde à ordem crescente de cada entrevistado, ou seja, Entrevistado nº 1 lê-se Ent. 1, e assim sucessivamente.

Categoria 1 – Concepção de religiosidade: “do contato com Deus à fé, não importa o caminho”

De acordo com Oliveira (2000), a religiosidade influencia: o sentido da vida e da morte; a forma como se encara os homens e o mundo, o sofrimento e as alegrias, a vida familiar etc.; e como se interpreta e vive a sexualidade, a tolerância, o racismo e a profissão.

Nessa perspectiva, evidenciamos uma convergência nos depoimentos dos enfermeiros [Ent. 2, Ent. 4, Ent. 6, Ent. 7, Ent. 8 e Ent. 10] ao comentarem que a religiosidade está ligada a ideia de crença em um Ser Superior:

[...] a religião que a pessoa tem é seu contato com Deus, a maneira que ela se relaciona com o Ser espiritual, com Deus (Ent. 2).

[...] é uma religião, é como você estivesse separado do Ser criador e você precisasse se aproximar Dele [...] é essa aproximação de você com Deus, é você ter esse encontro com Deus (Ent. 4).

[...] *religiosidade é fé, não importa o caminho [...] fé em Deus*, fé num espírito maior, fé num espírito de bondade (Ent. 6).

[...] é você está buscando algo que você acredita [...] para procurar seguir sua vida (Ent. 7).

[...] seria como se fosse religião, cada um tem a sua escolha religiosa, cada um se enquadra nas condutas de cada religião [...] *cada um segue um Deus* (Ent. 8).

[...] *crença em Deus* (Ent. 10, grifos dos autores).

A partir dos depoimentos, evidenciamos que os enfermeiros da UTI têm a concepção de religiosidade articulada à fé, à crença que possuem em Deus; isto é, abrange algo desconhecido fisicamente que dá sentido à vida, ao mundo e à própria existência.

A imanência do Divino não está no seu caráter isolado e restrito. A concepção de Fé aqui colocada por esses sujeitos traduz bem isso. Segundo Lima (2003, p. 28), “a Fé é mais (e somente) um estilo de vida, a coragem para enfrentar a vida e a dor ou a própria morte. A Fé é o próprio motivo de se ter Fé... O Ser Divino encarna em si as qualidades físicas e espirituais ligadas à crença”.

De acordo com o autor supracitado, esse Ente superior não poderia ser contestado ou mesmo ser posto à prova. Nesse sentido, não poderia ser considerado como algo que não se pode ver, simplesmente pelo fato de que, para o fiel em sua imensurável Fé, o divino assume características palpáveis, inatas e materializadas. O ser divino é, então, reconhecido como maior do que as convicções e valores do fiel, assumindo, para este, significância quase sensorial, ainda que restrita ao seu círculo de crenças.

Os enfermeiros [Ent. 1 e Ent. 5] complementam as falas anteriores ao afirmarem que cada pessoa tem seu tipo de religião e essa escolha deve ser respeitada.

[...] *tem algumas pessoas que são católicas, outras são crentes, outras são batistas*, e eles se sentem bem, estão evoluindo, acho que eles devem continuar (Ent. 1).

[...] *cada pessoa tem seu tipo de religião, cada pessoa tem que ser respeitada em sua religião* [...] a religião varia muito de pessoa pra pessoa e ela deve ser respeitada por causa disso (Ent. 5, grifos dos autores).

Ao analisarmos tais falas, percebemos que os enfermeiros explicitam a importância do respeito à diversidade religiosa como parte integrante de seu trabalho, uma vez que convivem com pacientes de diversas religiões, respeitam e compreendem as diferenças que existem entre elas.

Diferentemente dos demais depoimentos, os enfermeiros [Ent. 3 e Ent. 10] trazem a compreensão de que a religião altera “nossa” forma de encarar o mundo e de que, conseqüentemente, poderá influenciar nossas opiniões:

[...] estrutura você para suas atitudes, não é, para suas decisões (Ent. 3).

[...] você crê num Deus que existe e, a partir desta existência, você poder *guiar toda a sua vida, toda a sua conduta, toda a sua maneira de viver no mundo* (Ent. 10).

[...] é você está buscando algo que você acredita [...] *para procurar seguir sua vida* (Ent. 7).

[...] seria como se fosse religião, cada um tem a sua escolha religiosa, *cada um se enquadra nas condutas de cada religião* [...] cada um segue um Deus (Ent. 08, grifos dos autores).

Ao considerar a religião como agente edificador de atitudes, decisões e condutas, os enfermeiros [Ent. 3, ent.7, Ent.8 e Ent. 10] respondem a diversas questões que suscitam debates em todo o mundo, entre as quais está a fé, a qual é conduzida, em grande parte, pela religião de cada um. As religiões de uma maneira geral, pregam como principal conduta humana o amor ao próximo, o amor à vida.

Categoria 2 – Influências da religiosidade no cuidar

Essa categoria faz parte da essência do estudo, uma vez que aborda a influência da religiosidade no cuidar do enfermeiro e seus reflexos na recuperação do paciente, tendo sido definidas duas subcategorias.

Subcategoria 2.1 – A religiosidade dá condições para prestar um cuidado mais humanizado

Nesta subcategoria, traçamos reflexões acerca da influência da religiosidade do enfermeiro no cuidar, no que diz respeito a alguns benefícios que a prática religiosa na assistência de enfermagem traz para o tratamento dos pacientes.

A convergência de ideias nos depoimentos dos enfermeiros [Ent. 2, Ent. 3 e Ent. 6] reforçam que a religiosidade dá condições para prestar um bom cuidado, um cuidado mais humanizado ao paciente.

[...] tem uma influência muito grande, o modo dela [a enfermeira] cuidar do paciente é diferente, *vê o outro como templo do Espírito Santo.*

[...] *mais humanizado* (Ent. 2).

[...] dá condição realmente pra *voce dá um bom cuidado ao paciente* (Ent. 3).

[...] eu já me peguei quantas vezes *orando para um plantão que a gente consiga prestar o melhor cuidado ao paciente.* (Ent. 6, grifos dos autores).

As convergências que emergem destes depoimentos destacam que a religiosidade poderá vir a influenciar para desenvolver um cuidado mais humanizado ao paciente, o que é reforçado na fala do enfermeiro [Ent.6] quando este aponta que, em determinados momentos, já se utilizou da religiosidade, recorrendo a Deus, “para um plantão que ‘a gente’ consiga prestar o melhor cuidado ao paciente”. Esta realidade aqui retratada levamos a acreditar que a religiosidade não só dos profissionais como também dos pacientes pode influenciar positivamente no processo saúde-doença, principalmente num ambiente como o da UTI em que equipamentos e maquinários podem criar barreiras na relação interpessoal entre esses sujeitos, acometidos pela ansiedade e pelo medo da doença e da morte.

O depoimento a seguir [Ent. 4] complementa os anteriores quando sugere que a religiosidade aumenta a tolerância no ambiente de trabalho.

[...] *aumenta um pouco a tolerância, você passa a ser um pouco mais tolerante,*

[...] *voce às vezes consegue por exemplo justificar determinadas coisas que, se fosse agir de modo humano, a coisa ia por outro lado* (Ent. 4, grifo dos autores).

Diante deste depoimento, observa-se que a religiosidade poderá agir no âmbito do trabalho como transformadora de práticas e valores. Nesse sentido, Siqueira (2005) defende que existem valores característicos da religiosidade, tais como: intuição, sensibilidade, tolerância e compreensão, os quais são ancorados, no contexto de trabalho, em significados como a fraternidade, a solidariedade, cooperação e conectividade.

Na linha de tais reflexões, os depoimentos dos enfermeiros [Ent. 3 e Ent. 6] se destacam por conceberem a religiosidade como uma fonte de paz e concentração para o desenvolvimento de suas atividades.

[...] [com a religiosidade] *voce consegue ter uma estrutura física [corpo físico, biológico] e psíquica, dá paz e concentração* (Ent. 3).

[...] [a religiosidade] *dá um plantão de paz* (Ent. 6, grifos dos autores).

Para esses enfermeiros, com a religiosidade, você consegue uma condição física e emocional que proporciona paz e concentração para o desenvolvimento das atividades. Nesse sentido, a religiosidade pode ser considerada uma força propulsora para o enfrentamento de turbulências tanto na vida pessoal quanto na profissional; isso por que a fé e as crenças das pessoas em um Ser Divino possibilitam a elas respostas às suas necessidades biopsicoespirituais.

Constata-se, desse modo, que a religiosidade dos enfermeiros que prestam cuidado aos pacientes na UTI é uma realidade. Isso pode ser verificado nos depoimentos dos enfermeiros [Ent. 1, Ent. 6 e Ent. 7] que, ao se referirem à prática de orações no ambiente de trabalho, afirmam que oram pelos pacientes da UTI e que, também, conversam sobre Deus.

[...] inclusive *eu já cheguei a orar junto a um paciente* e ele se sentiu mais confortável, mais tranquilo, principalmente na UTI que é um local que eles não têm muitas visitas, que ficam mais em contato com os profissionais de saúde (Ent. 1).

[...] chegar perto do paciente e, intimamente, a gente está orando, acredito que muitos profissionais, às vezes, fazem isso [...] *a gente ora internamente a todo momento para que a gente consiga fazer o melhor* (Ent. 6).

[...] eu converso, *quando eu falo em Deus, eles aceitam melhor, o ambiente de trabalho fica mais tranquilo, menos pesado*, a gente percebe que o dia fica mais tranquilo, o paciente fica mais sereno, o uso de intervenções invasivas é menor (Ent. 7, grifos dos autores).

Sanchez e Nappo (2008, p. 262), ao discutirem o papel da oração, afirmam que a mesma “além de tranquilizar o paciente, por meio de um estado meditativo e de alteração da consciência, também promove a fé, dividindo a responsabilidade do ‘tratamento’ com Deus [...] e permite sua intervenção protetora frente aos ‘espíritos do mal’”.

Nesse sentido, é possível evidenciar que os enfermeiros, ao admitirem orar pelos pacientes, estão na verdade utilizando uma técnica que possibilita o fortalecimento tanto de si mesmo quanto do paciente. Para além do lado humano e acolhedor, orar, na perspectiva da cura, reflete um cuidar humanizado dos profissionais de enfermagem para com seus pacientes. Assim, acreditamos que é necessário unir o cuidado físico ao cuidado espiritual a fim de se alcançar a verdadeira plenitude do cuidado integral ao paciente.

Mediante tais considerações, o depoimento do enfermeiro a seguir [Ent. 9] vem reforçar as falas já colocadas sobre o uso de orações em determinado cuidado para a realização de uma prática correta de procedimentos.

[...] às vezes estou brincando no meio da equipe, e estou assim: “*Senhor usa minhas mãos, se eu vou passar uma sonda, eu não pego ela achando que eu sei passar ela, quem sou eu pra passar essa sonda, se Tu não me guiar, agora, Tu pega na minha mão e vou*” (Ent. 9, grifo dos autores).

Observa-se, então, que o informante se utiliza do poder da oração para concentrar-se na realização de um procedimento. Tendo em vista que a UTI é um ambiente dinâmico e que os pacientes estão, em sua grande maioria, em grave estado de saúde, justifica-se a utilização da oração como uma atitude que possibilita segurança ao profissional em suas condutas frente aos pacientes.

Portanto, religiosidade e humanização se completam na área da saúde, configurando-se, portanto, como uma dicotomia necessária à assistência de enfermagem. Daí que, quando as duas se unem com o objetivo de levar melhores condições e cuidado para a equipe e para o paciente, lançam redes em um oceano fecundo e colhem sorrisos, satisfação, mérito e realização pessoal e profissional.

Subcategoria 2.2 – Religiosidade do paciente: a esperança é atribuída a Deus

Nessa subcategoria, analisamos como os enfermeiros identificam a influência da religiosidade do paciente na recuperação da saúde e na evolução do tratamento deste.

Os posicionamentos dos enfermeiros [Ent. 3 e Ent. 8] são diferentes no que se refere à forma como veem a aceitação e enfrentamento às doenças por parte de seus pacientes – embora suas falas tenham em comum a valorização da religiosidade. No primeiro depoimento, o Ent. 3 aponta que, quando o paciente possui alguma religiosidade, “não sente dificuldade no sofrimento, ele vai estar sempre resignado, conformando-se no que Deus quer para ele naquele momento”. O segundo depoimento, corroborando o primeiro, considera que, quando há essa religiosidade, o paciente “tem mais força e esperança para sair de quadros mais graves, atribuídas a Deus”.

[...] o paciente que tem uma religião estruturada, ele não vai sentir dificuldade no sofrimento, de como se reestruturar no momento de sofrimento, ele vai estar sempre resignado, *conformando-se no que Deus quer pra ele naquele momento* (Ent. 3).

[...] alguns quando *saem de um quadro mais grave, eles têm mais esperança, alguns atribuem a Deus* (Ent. 8, grifo dos autores).

A interrelação religiosidade e cura estão ligadas por uma crença. Independentemente de qual seja o culto ou a religião, essa interrelação contribui para que os seres humanos se fortaleçam na luta constante e se tornem capazes de, mesmo contra toda desesperança, não temerem a própria morte.

Quando os pacientes estão imbuídos da fé religiosa, produzem e mobilizam energia interior modificadora de atitudes e comportamentos em relação à uma situação de dificuldade (OLIVEIRA, 2001). Na linha dessas considerações, percebemos, no depoimento do enfermeiro [Ent. 3], a importância da religião para alguns pacientes na aceitação do sofrimento, uma vez que, em momentos de crise e sofrimento intenso, muitos pacientes que possuem religião se resignam e conformam-se com o que Deus quer para eles naquele momento.

Diante disso, o enfermeiro pode explorar a religiosidade do paciente como um instrumento eficaz para a recuperação e a cura. Desse modo, encontramos um diagnóstico de enfermagem: “Sofrimento Espiritual”, que é denominado como o “Estado de sofrimento relacionado à capacidade prejudicada de experimentar significado na vida por meio de conexões consigo mesmo, com os outros, com o mundo ou com um poder maior” (NANDA, 2018, p. 721). Nesse sentido, o enfermeiro enquanto agente promotor da saúde, de forma holística, deve traçar intervenções de enfermagem ao paciente que apresentar angústia espiritual, utilizando-se da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) enquanto estratégia que visa diminuir a ansiedade e a desesperança do paciente.

Dessa maneira, temos enquanto intervenção possível, por exemplo, a solicitação da presença de algum líder espiritual no ambiente terapêutico como forma de incentivar a expressão da religiosidade do paciente.

Outrossim, o enfermeiro [Ent. 05] sinaliza que alguns pacientes já pediram para que algum líder religioso se fizesse presente durante a sua internação na UTI. O Ent. 05 aponta que

[...] ele [o paciente] muitas vezes, ele chama, se for católico mesmo, têm alguns deles que chamam o padre para conversar, aí a família vem, ele faz uma oração, principalmente aquele que tá próximo da morte, *ele tende a buscar a religiosidade quando está dentro da UTI* (Ent. 5, grifo dos autores).

A assistência religiosa é defendida pelo Ent.1. Este demonstra total apoio a qualquer tipo de líder espiritual que o paciente deseje naquele

momento, como fica evidente nesse trecho de sua fala: “[...] *se o paciente quer um pastor, acho que a gente tem que apoiar, tem que receber, não é, se o paciente quer um padre, a mesma coisa, enfim, se quer um espírita, se quer alguém do candomblé*” (Ent. 1, grifo dos autores).

Smeltzer e Bare (2012), ao discorrerem sobre a atuação da enfermagem em casos de angústia espiritual, afirma que “para os enfermeiros proporcionarem cuidados espirituais, eles devem estar preparados para apoiar quando os pacientes vivenciam dúvida, medo, sofrimento, desespero e outros estados psicológicos difíceis da vida”. Todavia, para trabalhar com essas situações, sem dúvida, é preciso uma preparação prévia dos enfermeiros para lidarem com esses momentos.

Categoria 3 – Experiência da religiosidade no cuidar: entre milagres e orações, a recuperação acontece

Esta categoria emergiu de nossas inquietudes em caracterizar situações da prática de enfermagem em que a fé em Deus foi decisiva no momento do cuidar.

Nesse sentido, os depoimentos dos enfermeiros [Ent. 4 e Ent. 8] convergem entre si quando destacam que eles são utilizados por Deus como “instrumento” para a realização dos cuidados.

[...] *Deus me colocou aqui*, se eu estou nesse lugar, nesse exato momento, é por que Deus permitiu e *Ele queria que eu estivesse aqui* (Ent. 4).

[...] eu sempre faço tudo achando que a gente pode salvar o paciente, **às vezes** a gente toma uma atitude e depois dá certo [...] *foi Deus que me colocou ali naquele momento* (Ent. 8, grifos dos autores).

Tais depoimentos retratam como se sentem muitos enfermeiros ao prestarem cuidados aos pacientes: “instrumentos de Deus”. Pensamos que, ao acreditarem que podem cuidar embebidos na fé e no amor ao próximo, sentem-se fortes para enfrentarem os percalços que acontecem no ambiente de trabalho, salvando vidas e diminuindo o sofrimento de amigos e familiares.

Outrossim evidenciamos divergências nos depoimentos dos enfermeiros [Ent 1 e Ent. 3] quando falam sobre milagres em sua prática profissional:

[...] *não posso dizer que houve milagre*, por que sinceramente nunca aconteceu, nunca sofri essa experiência (Ent. 1).

[...] ela [a paciente] estava com suspeita de cirrose hepática, era alcoólatra, teve momentos de ficar toda edemaciada [...] era uma paciente católica, mas ela não era uma católica praticante, mas ela acreditava muito em Deus [...] *houve um milagre*, por que a situação dela de estar desenganada, sempre pedindo para não morrer [...] Deus estava na vida dela e hoje ela é uma pessoa curada de um problema que estava desenganada [...] *hoje ela está simplesmente curada* (Ent. 3, grifos dos autores).

Milagre é definido como uma transgressão de uma lei da natureza pela vontade de uma Divindade, ou a interposição de um agente invisível (MILAGRES, 2008). Nesse sentido, observamos que, ao descrever a situação de uma paciente sob seus cuidados, afirmando que houve um milagre e que ela está curada, o Ent. 3 demonstra acreditar no poder de Deus como interventor naquela situação, ou seja, no poder do agente invisível que impediu o caminho natural dos fatos e oportunizou uma nova chance na vida daquele ser. Portanto, acreditar em um milagre é um ato de fé, e essa dádiva acontece na vida das pessoas que consideram que Deus pode agir de maneira ativa em suas vidas, transformando, assim, realidades de sofrimentos em sonhos de cura.

Considerações finais

Através dos depoimentos, constatou-se que os enfermeiros exprimem e valorizam a religiosidade na prática do cuidar em enfermagem, mesmo essa prática não sendo ainda compreendida em sua plenitude. No que tange a concepção de religiosidade, observa-se que cada enfermeiro tem seus próprios conceitos arraigados em valores, crenças e práticas que a influenciam e a caracterizam. Outro ponto que merece destaque é o

respeito que os enfermeiros demonstram para com a religião dos pacientes; uma vez os pacientes cuidados apresentam várias religiões, os enfermeiros demonstram compreender e respeitar as diferenças que existem entre cada uma delas.

A partir dos depoimentos, observa-se que a religiosidade durante a prestação do cuidado pode influenciar decisivamente no cuidado prestado pelos enfermeiros, possibilitando condições palpáveis de efetuar uma boa assistência. Desvelou-se também que a religiosidade pode favorecer a tolerância em relação ao paciente, além de aumentar a paz e a concentração no desenvolvimento do cuidado.

O estudo também revelou que os enfermeiros acreditam que a religiosidade do paciente proporciona força, conforto, ânimo, consolo e coragem para que este possa lutar pela sua recuperação, canalizando todas as suas energias para a adesão ao tratamento. Dessa forma, é evidente que o profissional e o paciente são privilegiados quando ambos entendem a religiosidade como uma prática que favorece o cuidado e a recuperação da saúde.

Ao serem questionados como percebem a religiosidade dos pacientes, os enfermeiros informaram que notam essa religiosidade quando os pacientes pedem oração ou visita de algum líder religioso e quando as famílias visitam e fazem orações. Outras respostas mostraram que há dificuldade de se perceber essa dimensão no paciente, uma vez que eles estão em estado grave, muitas vezes em coma. Também foi possível conhecer, na perspectiva desses profissionais, que quando se sentem desestimulados frente à morte de algum paciente, é em Deus que buscam refúgio e coragem para continuar.

Assim, após essas considerações, acredita-se que compete ao enfermeiro exercitar a religiosidade em sua prática, levando em consideração as necessidades dos pacientes, cuidando de cada um como um ser único, porém multifacetado, buscando, assim, na integralidade, a essência do cuidado.

Referências

- AQUINO, F. *Ciências e fé em harmonia*. Lorena, PR: Cleófas, 2004.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Tradução: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. 3ª reimp. da 1ª edição de 2016. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra*. 20. ed. Petrópolis: Vozes: 2014.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Entidades de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais. Resolução nº 2.271, de 14 de fevereiro de 2020. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 77, p. 90, 23 abr. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria n. 466, de 04 de junho 1988. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 05 jun. 1998.
- CAPRA, F. *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. 25. ed. São Paulo: Editora Cultrix, 2004.
- CAVALCANTE, A. H. *Experiências formadoras dos romeiros do Padim Ciço: entre a busca de cura, rezas e ritos*. 2010. 137 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira, Fortaleza, 2010.
- CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, jun. 2011.
- COSTA, R. *et al.* O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. *Texto Contexto – Enferm.*, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 661-669, dez. 2009.
- COSTA, S. C.; FIGUEIREDO, M. R. B.; SCHAURICH, D. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 571-580, 2009.
- DALGALARRONDO, P. *Religião, psicopatologia e saúde mental*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

- DEZORZI, L. W.; CROSSETTI, M. G. O. A espiritualidade no cuidado de si para profissionais de enfermagem em terapia intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 212-217, abr. 2008.
- KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *International Scholarly Research Network (ISRN) Psychiatry*, Durham, v. 2012, n. 1, p. 1-33, dez. 2012.
- LEVIN, J. *Deus, fé e saúde: explorando a conexão espiritualidade-cura*. São Paulo: Editora Pensamento Cultrix, 2011.
- LIMA, A. A. *Influência da fé no processo saúde-doença*. 2003. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Colegiado de Enfermagem, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2003.
- MERHY, E. E. *Saúde: cartografias do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MILAGRES. In: *DICIONÁRIO do Cético*. 2008. Disponível em: <http://skepdic.com/brazil/milagres.html>. Acesso em: 01 nov. 2019.
- MOREIRA, C.; PEREIRA, S. *Impacto da espiritualidade na saúde física*. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Escola Superior de Saúde Atlântica, Universidade Atlântica, Barcarena, 2015.
- MURAKAMI, R.; CAMPOS, C. J. G. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 65, n. 2, p. 361-367, abr. 2012.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020* [recurso eletrônico]/[NANDA International]; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros *et al.* 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.
- OLIVEIRA, G. R.; FITTIPALDI NETO, J.; SALVI, M. C.; CAMARGO, S. M.; EVANGELISTA, J. L.; ESPINHA, D. C. M.; LUCCHETTI G. Saúde, espiritualidade e ética: a percepção dos pacientes e a integralidade do cuidado. *Rev. Bras. Clin. Med.*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 140-144, abr./jun. 2013.

OLIVEIRA, J. B. *Psicologia da religião*. Coimbra: Almedina, 2000.

OLIVEIRA, P. A. R. Religiosidade: conceito para as ciências do social. In: COUTINHO, S. R. (org.). *Religiosidades, misticismo e História no Brasil central*. Brasília: Universa Editora, 2001. p. 135-145.

PEREIRA, C.; CORTÊS, C.; WEIS, B. Uma droga chamada esperança. *Isto É*, São Paulo, n. 1496, p. 142-145, jun.1998.

ROCHA, R. C. N. P. *et al.* Necessidades espirituais vivenciadas pelo cuidador familiar de paciente em atenção paliativa oncológica. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 71, supl. 6, p. 2635-2642, 2018.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; NAPPO, S. A. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 265-272, abr. 2008.

SANTO NETO, F. E. *Os prazeres da alma*. São Paulo: Boa Nova, 2003.

SIQUEIRA, D. Religião, religiosidade e contexto do trabalho. *Soc. estado.*, Brasília, v. 20, n. 3, p. 717-724, dez. 2005.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. *Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. v. 1 e 2.

VASCONCELOS, E. M. A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

WALDOW, V. R. Cuidado colaborativo em instituições de saúde: a enfermeira como integradora. *Texto Contexto Enferm*, v. 23, n. 4, p. 1145-1152, 2014.

Capítulo 5

Análise da gestão do cuidado no serviço de atenção domiciliar

*Jair Magalhães da Silva
Gabriela de Freitas Cardoso*

Introdução

A necessidade de gerir o cuidado surgiu como uma tendência a modificar o modelo assistencial centrado em problemas específicos, desenvolvido sob a ótica hegemônica do modelo curativista, que subordinava o cuidado a um papel de coadjuvante no processo de trabalho, fragmentando as ações e desqualificando a assistência (MERHY, 2005).

Entender o conceito de gestão em saúde é imprescindível para transformar as práticas organizacionais de atenção à saúde. Esse conceito incorpora uma visão transdisciplinar, associada à responsabilidade, à autonomia e à vinculação dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado, para garantia da integralidade, considerando as singularidades de cada pessoa em diferentes momentos de vida (CECÍLIO, 2011; LACERDA; MORETTI-PIRES, 2012).

É possível reconhecer que qualquer serviço de saúde deve ser um lugar que realiza processos de trabalho, operando com certas tecnologias que

produzam exclusivamente o cuidado à saúde. Desta maneira, Merhy (2005) classifica as tecnologias de saúde em 3 grandes grupos: Tecnologias Duras: abrangem equipamentos, maquinários e procedimentos; as Tecnologias Leve-duras: estão inclusos os saberes bem estruturados, a exemplo da clínica e da epidemiologia; e Tecnologias Leves: define-se como a assistência em si, e processos relacionais profissional *versus* usuário.

A gestão do cuidado pode ser pensada em seis dimensões: (1) individual: o autocuidado, autonomia, escolha; (2) familiar: apoio, proximidade, mundo da vida; (3) profissional: preparo técnico, ética, vínculo; (4) organizacional: divisão técnica do trabalho, coordenação; (5) sistêmica: redes de atenção, linhas de cuidado, financiamento; e (6) societária: políticas sociais. Essas múltiplas dimensões apresentam-se conectadas e permitem análise e intervenções (CECÍLIO, 2011).

Três dessas dimensões destacam-se como fundamentais no conceito de gestão do cuidado na Atenção Domiciliar (AD): (i) a “dimensão organizacional”, que envolve os processos de coordenação ou as diversas “gestões profissionais” do cuidado, assim como o estabelecimento de fluxos de pacientes, normalização de processos de trabalho e o compartilhamento de responsabilidades pela equipe; (ii) a “dimensão profissional”, que está relacionada à responsabilidade profissional, inclusive o modo como cada qual constrói a sua relação com o paciente; (iii) e a “dimensão sistêmica” que engloba as diferentes funções de um conjunto de serviços de saúde, com o estabelecimento de fluxos entre eles (BRASIL, 2013).

Em conformidade com o exposto, podemos citar a AD, que surgiu como uma alternativa de organização da atenção à saúde e como uma maneira de contribuir para a produção de um cuidado integral e continuado que favorecesse a autonomia dos pacientes na produção de sua própria saúde. Esse modelo organizacional engloba um conceito de produção do cuidado em que os atores envolvidos possuem potencial cuidador, tendo, cada um, sua parcela de autonomia – o que possibilita a construção de práticas que visam o cuidado e colocam a pessoa como centro da atenção em saúde (MERHY; FEUERWERKER, 2008; GARIGLIO, 2012).

O Cuidado Domiciliar (CD) é uma prática remota. Na Europa, no final do século XVIII, antes da institucionalização dos hospitais, essa

prática era amplamente utilizada, quando hospedarias ofereciam descanso e cuidados aos viajantes (RODRIGUEZ, 2013).

No Brasil, a Atenção Domiciliar é retratada como resultado de um processo histórico de transformações na área de saúde e está relacionada ao contexto da Reforma Sanitária e mudanças no perfil epidemiológico da população, envolvendo também fatores como: o aumento da prevalência de doenças crônicas, a maior sobrevivência de lesados por acidentes vasculares e agravos incapacitantes (ANDREATTA, 2015).

Quanto aos aspectos normativos, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 11/2006 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento dos Serviços de Atenção Domiciliar (SADs). Por meio da Portaria nº 2.029/2011, a AD foi instituída, e, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), foi alterada pelas Portarias de nº 2.527/2011, que redefiniu a AD, e de nº 1.533/2012, que alterou e acresceu alguns dispositivos. Ainda na esfera do SUS, a AD foi posteriormente disciplinada pela Portaria nº 963/2013 (BRASIL, 2006; BRASIL, 2013b).

Atualmente a Portaria nº 825, de 25 de Abril de 2016, redefiniu a AD no âmbito do SUS, e no seu Art. 2º considera:

I - Atenção Domiciliar (AD): modelo de atenção à saúde, integrado à Rede de Atenção à Saúde (RAS), definida por um conjunto de ações de promoção à saúde, palição, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação ofertadas em domicílio, garantindo o cuidado continuado;

II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar, complementar aos cuidados efetuados na atenção básica e em serviços de urgência, encarregado pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP); e

III - Cuidador: indivíduo(s) com ou sem laço familiar com o usuário, apto para auxiliá-lo em suas necessidades e tarefas da vida cotidiana. e que, a depender da capacidade funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar.

Por este ser um tema ainda jovem no Brasil, mas em expansão, torna-se relevante trazer ao conhecimento de todos os seus apontamentos, no intuito de estimular novas perspectivas e práticas qualificadas do cuidado em saúde e, assim, poder interpretar de maneira reflexiva, expondo a importância da pesquisa para a comunidade acadêmica e profissional

Tomando como bases os aspectos apresentados, o estudo teve como **objetivo geral**: analisar a gestão do cuidado no serviço de atenção domiciliar; e como **objetivos específicos**: conhecer a organização do serviço de atenção domiciliar e identificar os entraves ou facilidades que afetam a gestão do cuidado no ambiente domiciliar.

Dimensões metodológicas

O estudo científico possibilita a reconstrução da realidade social como objeto de conhecimento, inferindo sempre uma iminência coletiva de reflexões. Por sua vez, a pesquisa qualitativa de um objeto oportuniza a composição do conhecimento e captura todas as prerrogativas e instrumentos para ser acatada e estimada como um instrumento científico (DESLANDES, 2015; MINAYO, 2014).

Nessa perspectiva, o presente estudo foi de caráter descritivo/exploratório com abordagem qualitativa. A utilização desta abordagem representa um duplo esforço: um de trabalhar com o universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes, e o outro de responder a um conjunto de questões particulares do sujeito que fala, a partir da auto expressão do pensamento ou da opinião coletiva (LEFEVRE; LEFEVRE; MARQUES, 2009).

Elegeu-se como cenário do estudo um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) localizado em um município do interior da Bahia. Caracterizado enquanto sociedade empresarial limitada, o serviço, fundado desde o ano de 2004, possui caráter privado e atua em diversos estados no âmbito da Saúde Suplementar, regulamentado pela RDC nº 11/2006 da ANVISA.

Os sujeitos que falaram foram 10 profissionais de saúde, que exercem suas funções como colaboradores da equipe do SAD nas áreas de medicina,

enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), serviço social e fisioterapia. Foram determinados os seguintes critérios para a inclusão dos participantes na pesquisa: profissionais que se encontravam em situação laboral durante o período da coleta de dados com tempo de atuação no SAD superior a três meses; adultos na faixa etária dos 18 aos 60 anos e que concordassem em colaborar voluntariamente com o estudo.

Seguindo os critérios supracitados, os informantes que participaram da pesquisa possuem os seguintes perfis: 10 profissionais de saúde de uma SAD, sendo 7 do sexo feminino e 3 do sexo masculino, com idades que variam entre 29 a 35 anos. Dentre os participantes, 7 informaram realizar apenas atividades assistenciais e 3 exerciam algum tipo de coordenação, além de atividades assistenciais. Dos profissionais entrevistados, 7 possuem formação de nível superior e 3 de nível técnico; 3 profissionais afirmaram ter algum título de pós-graduação e nenhum afirmou possuir formação específica na área de AD. Em relação ao tempo de atuação no serviço em questão, o tempo mínimo foi de 6 meses e o máximo foi de 5 anos. Dos informantes, 8 profissionais afirmaram já ter participado de capacitações no SAD e 2 afirmaram que nunca participaram. Todos os 10 profissionais entrevistados, afirmaram já ter tido dificuldades na implementação de cuidados por interferência dos familiares dos pacientes.

Este estudo parte do entendimento de que uma entrevista pode ser definida como uma conversa oral entre dois indivíduos, objetivando-se a obtenção de informações relevantes e a compreensão das perspectivas e experiências do entrevistado. Assim, quando o entrevistador tem autonomia para explicar cada situação em qualquer vertente que julgar adequada, podemos caracterizar a entrevista como semiestruturada (LAKATOS; MARCONI, 2004).

A coleta de informações foi realizada nos meses de março e abril de 2017, por meio de entrevista semiestruturada, gravada individualmente com auxílio de gravador e norteada por um roteiro contendo questões disparadoras relacionadas ao fenômeno em estudo. A fim de garantir o anonimato dos entrevistados, o material advindo dos instrumentos foi codificado numericamente de 01 a 10, ao final de cada depoimento, seguindo a ordem das entrevistas.

O referencial metodológico de análise dos dados foi o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), por este permitir a expressão de pensamento do sujeito que fala e agregar depoimentos autênticos e espontâneos, sem necessariamente reduzi-los à quantidade. O DSC, compreendido como “um discurso-síntese elaborado com pedaços de discursos de sentido semelhante reunidos num só discurso”, tem como finalidade representar as opiniões coletivas dos sujeitos envolvidos, a partir de diferentes pensamentos (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Esse método de análise de depoimentos constitui-se de uma técnica resolutive de tabulação e organização de dados qualitativos, permitindo, por meio de procedimentos sistemáticos e padronizados, agrupar declarações sem a necessidade de fracioná-las. Neste estudo, foram extraídos as Ideias Centrais/Ancoragens e Expressões-Chave semelhantes, de modo a construir o discurso-síntese que expressam o modo de pensar dos informantes sobre o fenômeno. O pensamento do coletivo, resgatado a partir das diferenças e semelhanças entre as percepções do sujeito da fala foi “redigido na primeira pessoa do singular, como se tratasse de uma coletividade falando na pessoa de um indivíduo” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014).

Em cumprimento aos preceitos éticos, inscritos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012), o estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), registrado sob o CAAE nº 60523216.5.0000.0055. Por atender todas as normas previstas em pesquisas envolvendo seres humanos, foi aprovado conforme parecer nº 1.946.689. Para sua execução, o SAD autorizou a coleta de dados e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após serem informados sobre a pesquisa.

Dimensão organizacional – “A organização do processo de trabalho”

Falando de organização do SAD, primeiro tem a admissão do paciente. O médico faz o relatório pra indicar se o paciente pode ter a assistência domiciliar, a família manda para o plano de saúde e aí autoriza essa assistência. A maioria dos planos de saúde hoje em dia nega, e aí a família faz opção por meios judiciais, que não cabe a nós do home

Care dá essa orientação. Geralmente quando o paciente é admitido ele vai estar internado no hospital ou ele vai estar em casa, nós fazemos a transferência se ele estiver na unidade hospitalar, para a residência. Então nós iniciamos o atendimento e aí começam os cuidados desse paciente no domicílio, que seria internamento domiciliar ou assistência domiciliar (grifo dos autores).
(S¹, S², S⁴, S⁵, S⁶, S⁷, S⁸, S⁹, S¹⁰)

No DSC 01, fica explícito a definição do fluxo de atendimento como critério para organizar o processo de trabalho do SAD. Desse modo, o discurso demonstra que, inicialmente, a família envia o relatório médico para o plano de saúde. Somente após a autorização do plano com a definição do número de atendimentos é que se dá início a assistência domiciliar. Esse atendimento será realizado por uma equipe multiprofissional por meio de cuidados no domicílio.

Diante disso, é possível enfatizar a importância do momento da admissão do paciente no SAD. Os profissionais envolvidos na admissão do paciente têm o papel de desmistificar o serviço, explicando o seu funcionamento, objetivos e as responsabilidades a serem compartilhadas (PLATEL *et al.*, 2016).

Sem a pretensão de diminuir a lógica operacional estabelecida para a definição do fluxo de atendimento, o discurso apresentado revela que o momento do “Acolhimento”, considerado essencial para uma boa gestão do cuidado, não aparece na fala do sujeito coletivo.

Nessa direção, é possível afirmar que o Acolhimento chega a ultrapassar a “escuta interessada”, sendo formado por um conjunto de ações que envolvem escuta, identificação de problemas e resolutividade, configurando-se como um dispositivo potencializador do cuidado. Portanto, deve ser utilizado no momento em que se dão início as atividades no domicílio para promover vínculo e humanização, dando respostas às necessidades do paciente (ASSIS *et al.*, 2010).

De certa forma, o acolhimento pode ser compreendido como um poderoso dispositivo potencializador das ações dos profissionais e da dinâmica do relacionamento da equipe. Conseqüentemente, estaria

contribuindo para a organização do processo de trabalho no SAD e reduzindo fragmentação das práticas provocadas pela divisão técnica.

Verifica-se, ainda, nesse discurso, como se verifica no trecho a seguir, que o tipo de serviço fornecido e a disponibilidade de assistência da equipe multiprofissional dependem exclusivamente da cobertura e/ou da autorização da operadora do plano de saúde do paciente e que muitas famílias encontram dificuldades em conseguir o SAD.

O plano de saúde define o que ele vai proporcionar ao paciente, diante de tudo o que foi passado, *ai se monta toda uma equipe multiprofissional*, que é formada pelo médico assistente, que faz as visitas, pelo médico coordenador, enfermeiras, fisioterapeuta, técnicos de enfermagem, por nutricionista e assistente social. *O próprio plano define quantas visitas nós faremos*, tem paciente que você fica 20 minutos e faz tudo que tem que fazer para dar o resultado, às vezes eu preciso demorar um pouco mais, *mas qualquer intercorrência independente do horário nós temos que ir à casa do paciente* (grifo dos autores).

(S¹, S², S⁴, S⁵, S⁶, S⁷, S⁸, S⁹, S¹⁰)

Ressalta-se que os serviços de AD vinculados às operadoras de saúde suplementar operam na lógica da racionalização de custos e têm a característica de “beneficiar” a sua clientela por meio de contratação, isso aponta para o fato de a AD ainda carecer de regulação e não estar incluída como serviço obrigatório pela Agência Nacional de Saúde (ANS) (PEREIRA, 2014).

Cataneo (2017) alerta que o paradoxo entre o que é direito do paciente como consumidor e o que é direito da empresa aos lucros leva muitas vezes a judicialização da saúde. Esse fato nos leva a perceber que há a necessidade do estabelecimento de regulamentações que se adequem às normas da cobertura assistencial, pois este é um ponto que causa muitos transtornos aos pacientes e familiares e que pode contribuir para uma baixa qualidade assistencial, visto que são as operadoras quem definem os critérios de autorização e modalidade da atenção.

Outro fator importante a ser destacado é quanto à gestão do tempo nas Visitas Domiciliares, nota-se que não é possível padronizar o tempo de

atendimento de todas as visitas; e, nos casos de intercorrências ou visitas não programadas, o profissional solicitado precisa dirigir-se imediatamente ao domicílio para atender a demandas inusitadas. Enfatiza-se que os novos arranjos organizacionais incluem formas diferentes de organizar o processo de trabalho das equipes, o que envolve a desburocratização do cuidado de modo a garantir a integralidade (MARTINS, 2006).

Cabe ressaltar que, conforme a Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013 (BRASIL, 2013b), a AD está integrada a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), com isso os profissionais contam com serviço de referência e apoio em casos de intercorrências e isso precisa estar definido no momento da contratação do serviço. Além disso, a responsabilização pelo cuidado deve ser partilhada com os familiares, não cabendo apenas aos profissionais do SAD resolverem demandas que podem ser solucionadas pelo cuidador/família, ou por órgãos de referência das Redes de atenção à saúde.

Dimensão profissional – “A relação da tríade profissional-paciente-família”

É um relacionamento que com o tempo se torna bastante íntimo, *apesar de alguns conflitos, nunca tivemos problemas graves. Quando estamos em casa e os familiares têm alguma dúvida sobre o paciente eles podem estar ligando pra gente, podem estar passando um “zap”*. A maior dificuldade hoje é porque *alguns familiares não aceitam a maneira como é implantado o serviço de home care*, então a gente tem que ter esse cuidado em estar sempre orientando a família (grifo dos autores).
(S¹, S², S³, S⁴, S⁵, S⁷, S⁸, S⁹, S¹⁰)

O DSC 02 revela que o encontro trabalhador-usuário no domicílio, ultrapassa os padrões empíricos do relacionamento profissional, abrindo espaço para vínculos mais profundos. Esse encontro é descrito por Cecílio (2011) como algo não palpável, que se dá apenas no exato momento da produção de ações que irão produzir cuidado.

Para assegurar uma gestão do cuidado efetiva neste espaço, o profissional deve apoiar-se em tecnologias leves no seu processo de trabalho, combinando ferramentas como: a postura ética em relação a quem dirige o cuidado, preparo técnico para operar o seu modo de cuidar e capacidade

de estabelecer vínculo. Esses fatores são determinantes para uma boa ou má gestão do cuidado (CECÍLIO, 2011).

Assim, de acordo com o que foi evidenciado pelo discurso, principalmente no que diz respeito à capacidade de criar vínculos, a equipe multiprofissional encontra dificuldades em adquirir a colaboração do cuidador/da família – isso pode estar relacionado ao fato de que estes não têm confiança no preparo técnico dos profissionais e não se sentem seguros em permitir certos tipos de intervenções.

Nessa questão a postura ética do profissional é essencial para evitar tensões e confrontos com os familiares, além disso é importante tentar manter uma boa comunicação. Os profissionais podem explicar as necessidades do cuidado tanto para o paciente como para o cuidador/a família, dando espaço para que estes se sintam à vontade para expressarem suas dúvidas e incertezas em relação às ações de cuidado a serem desenvolvidas pela equipe – isso poderá facilitar a aceitação das intervenções, ajudando-os, acima de tudo, a encontrar soluções benéficas ao bem-estar do paciente.

A gente sempre dá orientação de coisas que até mesmo não diretamente só da minha área, mas que possa ajudar esse paciente a ter um resultado melhor, *mas tem família que interfere no serviço querendo vetar o que a gente faz*, ou quer atribuir coisas que não é da nossa competência. Às vezes, os familiares querem o que não podem ter e exigem coisas que não são fornecidas ou liberadas pelo plano de saúde. Também tem o problema da família que não ajuda a gente, *elas são pouco participantes no convívio do paciente, porque o cuidador se ausenta, ele não faz o papel dele* (grifo dos autores).

(S¹, S², S³, S⁴, S⁵, S⁷, S⁸, S⁹, S¹⁰)

Quando o profissional afirma que a família interfere no cuidado e veta as ações da equipe multiprofissional, surge o alerta para a importância de a equipe atentar-se ao fato de que, apesar de o domicílio ser território do paciente e de sua família, a equipe possui responsabilidade técnica pelo cuidado desse paciente.

Algumas estratégias de enfrentamento à essa questão seriam: identificar os fatores de medo ou estresse; manter a família sempre informada de todo e

qualquer procedimento; reconhecer o nível de profundidade de conhecimento ou de envolvimento do cuidador/da família para passar informações concisas; e apoiar-se em estratégias adaptativas, visando favorecer o controle das ações, até mesmo quando não estão presentes no domicílio.

O discurso retrata, também, a situação de cuidadores ausentes e de famílias pouco participativas no compartilhamento do cuidado. Quanto a este aspecto, é importante destacar que a inexistência do cuidador/familiar não invalida o cuidado domiciliar ao paciente, sendo possível que pessoas da comunidade tenham responsabilidade em compartilhar o cuidado (BRASIL, 2013a).

Porém a ausência ou pouca participação da família na responsabilização pelo cuidado poderá gerar a sobrecarga dos profissionais, prejudicando a qualidade da assistência, além de contribuir para a baixa resposta do quadro clínico do paciente, uma vez que a presença do cuidador/familiar é fator determinante para um bom prognóstico. Um dos pontos importantes para a equipe envolvida no processo de gestão do cuidado, na AD, é saber reconhecer as pessoas ou famílias hiperutilizadoras, potenciais causadoras de estresse e ansiedade nos profissionais, uma vez que elas podem comprometer a qualidade das ações realizadas pela equipe (LOPES; SOUSA, 2015).

O discurso ainda denota o fato de que os profissionais do SAD realizam orientações de abordagem transdisciplinar, buscando meios de atender, de maneira integral, as necessidades de saúde identificadas. Isso mostra a colaboração desses profissionais na tentativa de viabilizar as ações de cuidado e minimizar as interferências familiares. Contudo, deve-se atentar para os possíveis “efeitos colaterais” das ações de cuidado, os quais abrem espaço para orientações divergentes, dificultando ainda mais o entendimento e corroborando os questionamentos quanto à segurança do cuidado domiciliar.

Dimensão sistêmica – “fluxos de avaliação do desempenho e controle”

Temos nossos supervisores, cada setor tem um coordenador e todo mês o coordenador acompanha, vê como é que está o serviço e abrange toda a dinâmica dos procedimentos. Essa avaliação é feita em conjunto, pode-se dizer

assim, como é uma equipe... A equipe em geral, eles chegam a uma conclusão. Mas a principal forma de avaliação é da família, vai do que a família passa pra gente, a família que dá um *feed-back* pra gente do serviço que a gente presta. Eles elogiam muito quando gostam, quando acham que o paciente melhorou, mas quando insatisfeitos eles ligam para o “SAC” para falar. A gente consegue perceber quando está ou quando não está sendo desempenhado um bom serviço (grifo dos autores).

(S², S⁴, S⁵, S⁶, S⁷, S⁸, S⁹, S¹⁰)

A avaliação de programas e serviços pode ser entendida como uma abordagem sistemática das práticas sociais, inclusive de saúde, onde se estabelece juízo entre as demais, atentando-se para o reconhecimento das inúmeras formas de efetuar juízos envolvendo práticas em saúde (AKERMAN; FURTADO, 2015).

Quanto à avaliação, tais juízos precisam acompanhar critérios já estabelecidos e determinados conjuntamente com os grupos envolvidos nessas mesmas práticas, oferecendo como produto final, elementos para possíveis tomadas de decisões.

No DSC 03 fica exposto que a avaliação da qualidade do SAD é realizada em conjunto, pela equipe em geral, tanto por coordenadores e supervisores quanto pela equipe assistencial. Além disso, é possível observar que uma das principais formas de avaliação é a satisfação ou reprovação familiar e este ponto é de suma importância, pois mostra a descentralização da avaliação.

Com o discurso posto, podemos entender que os gestores permitem a participação dos familiares no processo de avaliar o serviço, garantindo a eles o espaço de fala para que possam externar suas insatisfações ou para demonstrar o quanto o serviço lhes parece eficaz. A opinião expressa dos usuários pelo serviço é tão relevante quanto qualquer indicador, pois os indicadores estão sujeitos a falhas e subnotificações, já o *feedback* do cuidador/familiar faz despertar a percepção imediata do desempenho do serviço.

Ainda referente ao discurso, é possível verificar que o SAD dispõe de um Serviço de atendimento ao consumidor (SAC) que acolhe as demandas relacionadas a críticas, elogios ou sugestões dos familiares. Esse sistema

de interação fornece fundamentos para os gestores e para a própria equipe multiprofissional avaliarem, ainda que de modo subjetivo, a qualidade do cuidado desenvolvido.

Acerca da avaliação da assistência domiciliar, a RDC/ANVISA nº11/2006 dispõe que ao SAD compete à realização continuada de avaliação do desempenho e padrão de funcionamento global, e que, para isso, deve ser levado em conta os seguintes indicadores: taxa de mortalidade para a modalidade internação domiciliar; taxa de internação após atenção domiciliar; taxa de infecção para a modalidade internação domiciliar; taxa de alta da modalidade assistência domiciliar e taxa de alta da modalidade internação domiciliar.

A produção de cuidado em âmbito domiciliar envolve características específicas que diferem da assistência prestada em outros serviços de saúde e, portanto, requer indicadores capazes de alcançar essas peculiaridades, o que demanda grande desafio nessa forma de avaliação. Porém é imprescindível que os gestores não se atenham somente às taxas e indicadores, e que não se deem por satisfeitos apenas com o que os números dizem, mas que, também, façam uma avaliação de maneira sistemática e participativa (THUMÉ, *et al.*, 2016).

Essa resolução, citada anteriormente, deixa regulamentado que o SAD deve encaminhar à Vigilância Sanitária local o consolidado dos indicadores, devendo o consolidado do município ser encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde e o consolidado dos estados, à ANVISA (BRASIL, 2006). Esse fluxo de informações acerca de possíveis reinternações ao serviço hospitalar, altas, óbitos ou até mesmo necessidades de realização de serviços de laboratório permitem evidenciar os caminhos percorridos pelo paciente, e também atuam como forma de controle sobre o fluxo desse paciente na AD. Essas avaliações estabelecem conexão com outros serviços de saúde, construindo ‘linhas de cuidado’ e favorecendo, com isso, a integralidade da atenção à saúde e potencializando a qualidade da gestão do cuidado.

Considerações finais

A perspectiva de produzir um cuidado eficaz e resolutivo que garantisse a qualidade assistencial, tornando o sujeito coautor das práticas

de seu próprio cuidado, permitiu o surgimento de novas modelagens organizacionais no trabalho em saúde. Nesse contexto, a AD mostrou-se uma importante modalidade de cuidado, não apenas no âmbito do SUS, mas também de maneira significativa no segmento privado. Considerando esses aspectos, percebe-se a importância da gestão do cuidado, para que o serviço de AD esteja comprometido com a qualificação da assistência e propicie o aperfeiçoamento das ações de saúde.

No presente estudo, concluímos que a gestão do cuidado no SAD encontra entraves operacionais que envolvem relações organizacionais complexas, e ainda levanta questões acerca das normatizações existentes, especialmente no campo da Saúde Suplementar. Entendemos que a responsabilização partilhada entre o cuidador/familiar e a equipe multiprofissional é fator determinante no modo de produção das ações efetivas de cuidado, e que muitos são os desafios vivenciados pela equipe nesse sentido, principalmente na utilização de tecnologias leves de cuidado.

Alguns dispositivos como: acolhimento, fortalecimento de vínculos e descentralização na avaliação do serviço contribuem para uma boa gestão do cuidado. O uso de estratégias de comunicação direta e adaptativa e a corresponsabilização entre profissionais e familiares facilitam a produção do cuidado em saúde no ambiente domiciliar.

De acordo com o exposto compreendemos que a AD ainda anseia por políticas de saúde que facilitem o acesso ao serviço, assim como a reestruturação de regulamentações. Isso denota a relevância da realização de novas pesquisas que abordem essa problemática para contribuir com o avanço das condições de saúde da pessoa, da família e da comunidade.

Referências

AKERMAN, M.; FURADO, J. P. (org.). *Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos*. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. (Série Atenção Básica e Educação na Saúde).

ANDREATTA, A. P. F. *Para além do cuidado hospitalar: significados do processo de hospitalização do idoso e o contexto da atenção domiciliar*.

2015. 198 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, PUC-RS, Porto Alegre, 2015.

ASSIS, M. M. A. *et al. Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários*. Salvador: EDUFBA, 2010.

BERTOLUCI, P. B. A. *Atenção Domiciliar e a produção do cuidado: apostas e desafios atuais*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília: DF, 2012a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de atenção domiciliar*. Brasília, DF, 2013a. 2 v.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n° 11, de 26 de janeiro de 2006. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jan. 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html. Acesso em: 19 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 963, de 27 de maio de 2013, redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 101, 28 de maio, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 825, de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília: DF, 2012b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2016.

BRASIL. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. *Processo de trabalho e planejamento na estratégia saúde da família: gestão de cuidado e de serviços de saúde*. Ana Cleide Mineu Costa; Judith Rafaelle Oliveira Pinho (org.). São Luís, 2014.

- CATANEO, J. *Judicialização da saúde no campo da atenção domiciliar*. 2017. TCC (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Socioeconômico, Florianópolis, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/175270>. Acesso em: 19 jul. 2016.
- CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>. Acesso em: 17 jul. 2016.
- DESLANDES, S. F. O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In: MINAYO, M. C. S. (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.
- GARIGLIO, M. T. *O Cuidado em Saúde*. Belo Horizonte: ESPMG, 2012. Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte: Oficina 2 – Atenção centrada na pessoa.
- LACERDA, J. T.; MORETTI-PIRES, R. O. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. *Processo de cuidar na atenção básica*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. Disponível em: <http://www.unasus.ufsc.br>. Acesso em: 06 jul. 2016.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. *Metodologia científica*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2004.
- LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. *Pesquisa de representação social: um enfoque quali-quantitativo: a metodologia do discurso de sujeito coletivo*. 2. ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2012.
- LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 23, n. 2, p. 502-507, 2014.
- LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C.; MARQUES, M. C. C. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 4, p. 1193-1204, 2009.
- LOPES, J. M. C.; SOUSA, A. I. *A gestão do cuidado na atenção domiciliar*. Curso de Especialização em Atenção Domiciliar. Módulo 3. Universidade

Federal de Ciências da Saúde (UFCS). Porto Alegre: UFCSPA/UNA-SUS, 2015.

MARTINS, S. K. *Diretrizes para a organização do atendimento domiciliar à saúde: contribuições da enfermeira*. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. *Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade*. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf. Acesso em: 19 jul. 2016.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

PEREIRA, P. B. A. *Atenção domiciliar e a produção do cuidado: apostas e desafios atuais*. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

PLATEL, I. C. S. *et al. Serviço de atenção domiciliar: desafios enfrentados por profissionais ao compartilhar o cuidado*. 2016. Disponível em: <http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I66351.E13.T12350.D9AP.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2016.

RODRIGUEZ, M. I. F. Internação domiciliar: avaliações imperativas implicadas na função de cuidar. *Psicologia Revista. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde*, v. 22, n. 2, 2013. ISSN 1413-4063.

THUMÉ, E. *et al. Indicadores para o monitoramento e avaliação na internação domiciliar – experiência no ensino a distância*. Pelotas, RS, maio 2016. Disponível em: <http://www.abed.org.br/congresso2016/trabalhos/314.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2016.

Capítulo 6

Cuidado em saúde no Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra

*Jair Magalhães da Silva
Tássia Dahyanna Almeida Rebouças*

Introdução

Devido às iniquidades na distribuição de riqueza existentes no Brasil, amplos segmentos da população estão inseridos em condições de pobreza, demonstrando a existência de uma brutal estratificação social, que não lhes permitem acesso aos bens essenciais, como por exemplo: o acesso à saúde. Na área rural, este cenário é marcado por vulnerabilidade a doenças, abastecimento de água insalubre, esgotamento sanitário inadequado e higiene deficiente; todas essas coisas aliadas a fatores sociais, raciais e de gênero, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção e consumo. Para além disso, no campo brasileiro, os fatores de risco de natureza física, química, biológica, mecânica e ergonômica estão mais presentes nos processos de trabalho, sendo ainda encontrados os maiores índices de mortalidade infantil, incidência de endemias, insalubridade e analfabetismo (BRASIL, 2013).

Não custa recordar que, entre os anos de 2003 e 2014, o Brasil viveu uma fase de progresso econômico e social, possibilitando a retirada de mais de 29 milhões de pessoas da pobreza, diminuindo expressivamente as desigualdades (o coeficiente de Gini caiu 6,6% no mesmo período, de 58,1 para 51,5). Entretanto, desde 2015, o ritmo de redução da pobreza e da desigualdade parece ter estagnado de tal modo que, se por um lado o Brasil, naquele ano, era a nona maior economia do mundo; por outro, ocupava a amarga 12^a posição entre os países mais desiguais do planeta (THE WORLD BANK, 2017).

Do ponto de vista das políticas públicas de saúde, considera-se pertinente lembrar que os caminhos e trajetórias adotados na tentativa de transformar o paradigma de saúde vigente e hegemônico embasado no modelo biomédico estão passando por momentos turbulentos, refletidos na construção de um sistema cada dia menos público e universal – contrariando, portanto, a base constitucional que define uma concepção de saúde enquanto direito de cidadania e dever do Estado.

Nessa perspectiva, enveredando pela história do país, observa-se que entre o final da década de 70 e os anos 90, o Brasil sofreu com as fortes oscilações político-sociais, que desencadeou numa relativa decadência do estado de bem-estar social vivido pelos brasileiros antes da crise do petróleo de 1974. Tal realidade favoreceu a ampliação das tensões sociais e o surgimento de diversas formas de mobilização popular em defesa de transformações políticas e de mudanças nas condições sociais, formando um caldo de cultura que daria origem aos primeiros movimentos pelas reformas no campo da saúde, com destaque para o mais expressivo de todos – O Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira. Por meio do seu legado – o Sistema Único de Saúde (SUS) – tal movimento busca consolidar a democratização da sociedade por meio da formulação e implementação de políticas de saúde que são tão dependentes da concepção sobre direitos sociais quanto da política social (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Ainda nesta direção, tem-se constatado a confluência dos caminhos das Reformas Sanitária e Agrária, caracterizadas por lutas ideológicas que se contrapõem ao paradigma hegemônico de discrepâncias sociais,

buscando a justiça social e equidade. Entretanto, mesmo com ambas as reformas, sobreveio a marginalização da população rural, no que se diz respeito às principais ações de saúde. Aquela, sobretudo a população acampada, encontra-se em desvantagem na assistência à saúde por não serem contempladas com o princípio da universalidade e com a prática da integralidade. Vale mencionar que tais desvantagens são caracterizadas por grandes dificuldades de acesso à saúde e de continuidade da atenção, relacionada a problemas na organização dos serviços, na ausência de rede regionalizada e hierarquizada, na precariedade do sistema de referência e contrarreferência, na inexistência ou insuficiência de unidades básicas de saúde, entre outras dificuldades (BERGAMASCHI *et al.*, 2012).

As contradições sociais, bases para as lutas pelas Reformas Sanitária e Agrária, marcadas pela ausência de estrutura de saúde eficaz e pela situação de pobreza, especialmente dos pobres do campo que viviam em extrema indigência, motivaram a criação de diversos movimentos sociais, a exemplo do Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra também conhecido como movimento dos sem terra ou MST. Considerado o principal movimento social de trabalhadores do campo que lutam pela reforma agrária, é “um sujeito coletivo complexo e orgânico, de caráter nacional-popular, com projeto de reforma intelectual e moral que tem na reforma agrária o seu programa econômico” (SOUZA, 2008, p. 42).

Decorrente de uma questão agrária que é estrutural e histórica no Brasil, o MST foi gestado no período de 1979 a 1984 e nasceu oficialmente em janeiro de 1985, durante o 1º Encontro Nacional de Trabalhadores sem Terra, realizado entre os dias 21 e 24, no Estado do Paraná. Nasceu da articulação das lutas pela terra especialmente na região centro-sul do país e, aos poucos, expandiu-se pelo Brasil inteiro. Os trabalhadores rurais sem terra buscam, por meio dos assentamentos, construir novas relações sociais de trabalho, e novos formatos para a vida em comunidades do campo, afirmando uma cultura centrada no bem-estar da coletividade (CALDART, 2001).

Como momento intersticial entre a vida urbana e a rural existe o acampamento que se configura como manifestação social e diferencia o MST de outros movimentos sociais do campo, sendo parte da estratégia

de luta, podendo ser construídos na área que se pretende transformar em assentamento, como por exemplo, em margem de rodovias, do lado de fora das fazendas, entre outros. É um momento no qual se convive com várias dificuldades que colocam em risco a própria existência física do acampado, dentre elas: a fome, fragilidade dos barracos que são feitos de lona – e com isso exposição às intempéries –, risco de sofrerem violência de jagunços ou das forças policiais, despejos e remontagens constantes de barracos (FIGUEIREDO; PINTO, 2014).

O assentamento é definido, genericamente, como a criação de novas unidades de produção agrícola, aparadas por políticas governamentais de realocação de terras visando transformações do uso desta, como forma de beneficiar os trabalhadores rurais sem terra ou com pouca terra; e envolve também o provimento de condições adequadas para o uso da terra, além do incentivo à organização social e à vida comunitária (BERGAMASCO; NORDER, 1996).

A discrepância encontrada entre as condições de saúde da população rural e urbana no Brasil é conhecida pela insuficiente oferta de serviços públicos e de infraestrutura daquela população em relação a esta. Tal insuficiência é verificada nos serviços de saúde, saneamento, moradia, transporte, lazer e outros, os quais são fatores estruturais, mas que, em relação aos prestados à população do campo, estão distantes dos padrões considerados propícios a uma condição de vida saudável. Nessa conjuntura, essa população, então, busca construir cotidianamente estratégias para melhorar suas condições de vida cultivando valores, costumes, economia e relação com a natureza que se aproximam da agricultura camponesa. Tendo a saúde para o MST um significado abrangente, que envolve a relação indivíduo-sociedade-natureza, esse movimento busca incentivar alternativas próprias de enfrentamento aos problemas de saúde, ao mesmo tempo em que preza pelos princípios organizadores do SUS (SANTOS; HENNINGTON, 2013). Diante desta premissa e das necessidades de saúde das populações rurais, foi instituída, por meio da Portaria nº 2866 de 2 de dezembro de 2011, A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), com o objetivo de buscar soluções

para os problemas relacionados à vida e ao processo de trabalho no campo, na floresta e nas águas. Sendo consideradas como populações do campo e da floresta, os povos e comunidades têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo, tais como: camponeses; trabalhadores rurais assentados e acampados; comunidades de quilombos; dentre outros (BRASIL, 2011).

Sendo assim, para pensar a tensão entre o universal e o específico e as políticas de saúde pública na área de acampamentos rurais, existe uma dimensão que precisa ser compreendida, esta se baseia na ideia de que as formas de conceber a doença e a saúde são instrumentos simbólicos de fabricação da sociedade e não podem ser abordados como algo isolado do contexto sociocultural. A tensão entre a universalidade dos serviços e a alteridade dos usuários é o eixo principal de uma luta social em torno do controle dos dispositivos de poder que acompanham as intervenções nas condições de saúde das populações. Logo, para gerir essa população, é preciso, entre outras coisas, de uma política de saúde que possa intervir nas condições de vida dela, visando modificá-las. É preciso, nesse sentido, elaborar normas, de modo a deslocar a atenção pública do centro de produção econômica e simbólica (as instituições e seus operadores) para as margens (os usuários dos serviços) (SOARES, 2006).

Diante do todo exposto, o despertar para abordagem do tema emergiu da necessidade de conhecer, discutir e provocar reflexões sobre as barreiras de acesso e conseqüente menor utilização dos serviços de saúde por trabalhadores rurais acampados. Dessa forma, **questiona-se**: Quais as necessidades de saúde dos trabalhadores rurais sem terras acampados em um município do interior do estado da Bahia?

O **objetivo geral** é analisar as necessidades de saúde dos trabalhadores rurais sem terras acampados em um município do interior do estado da Bahia, tendo ainda como **objetivos específicos**: conhecer as concepções dos trabalhadores rurais sobre saúde e doença; descrever, criticamente, as condições de acesso aos serviços de assistência à saúde; e investigar sobre a situação de saúde dos trabalhadores rurais sem terra acampados.

Dimensões metodológicas

Diante do todo exposto, entende-se que um estudo científico possibilita a reconstrução da realidade social como objeto de conhecimento, inferindo sempre uma iminência coletiva de reflexões (DESLANDES, 2015). Por sua vez, a pesquisa qualitativa de um objeto oportuniza a composição do conhecimento e captura todas as prerrogativas e instrumentos para serem acatados e estimados como um instrumento científico (MINAYO, 2012).

Do ponto de vista metodológico, o estudo se caracteriza como uma pesquisa de caráter descritivo/exploratório com abordagem qualitativa. A ação de compreender é a que acompanha os desfechos da análise qualitativa, tendo a capacidade de empatia e de seu entendimento como inerentes à espécie humana (MINAYO, 2012). Desse modo, é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total, onde as experiências e vivências de uma pessoa transcorrem em uma história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere.

Elegeu-se como cenário do estudo um acampamento do MST, situado na zona rural de uma cidade do interior da Bahia. Os informantes foram 15 indivíduos escolhidos aleatoriamente, os quais são representantes de diferentes núcleos familiares, em condição de acampados do MST. Foram determinados enquanto critérios de inclusão dos participantes: ser assentado, ter idade superior a dezoito anos, aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo como critério de exclusão, todos com idade menor que dezoito anos.

Nessa perspectiva, a coleta de informações foi realizada no acampamento, no mês de maio de 2017, por meio de entrevista semiestruturada, gravada individualmente com auxílio de gravador e norteada por um roteiro contendo questões disparadoras relacionadas ao fenômeno em estudo. A apresentação dos objetivos do estudo e o convite à participação do mesmo foram compartilhados em momento de assembleia geral com as pessoas acampadas. Posteriormente, o processo de convocação dos participantes foi mediado pelo coordenador geral daquele

acampamento, onde houve uma condução e acompanhamento até às construções improvisadas, popularmente conhecidas como barracos, onde era feito o contato inicial, explicando-lhes o procedimento a ser realizado e, caso fosse confirmada a aceitação, a entrevista era iniciada.

O referencial metodológico de análise dos dados adotado foi embasado pelo método da Hermenêutica Dialética, que proporciona o encontro entre duas perspectivas teóricas: a Hermenêutica (compreensão) – de onde se ramificam dois mecanismos de análise das ideias: a convergência e a complementaridade – e a Dialética (crítica) que conduz o processo dialógico através da diferença e divergência das ideias (SILVA; NASCIMENTO, 2011).

A escolha desse método está relacionada ao interesse em buscar na linguagem da práxis a compreensão do sentido dos fatos. Para isso, deve-se considerar as relações do todo com as partes e das partes com o todo, nas quais as visões de mundo dependem do contexto social em que os sujeitos estão inseridos, sendo a realidade um processo dinâmico, dialético e em construção permanente. Neste caso, a Hermenêutica-dialética procura ultrapassar a descrição, fortalecer a subjetividade e tomar por base o diálogo, buscando a compreensão de sentidos, de significados, de necessidades e das intencionalidades que se dão na comunicação entre os seres humanos, na intersubjetividade das relações, na práxis social e na construção coletiva de uma comunicação humana efetiva entre o sujeito e o objeto num contexto crítico-reflexivo e histórico-social (MINAYO, 2012).

Neste estudo, primeiramente, foi realizado o contato com o material empírico, através da escuta das entrevistas gravadas e da transcrição e digitação *ipsi literis*. Após leituras exaustivas deste material, foram identificados núcleos de sentidos que evidenciam as ideias que foram predominantes nas respostas das questões disparadoras da entrevista, sendo eles: saúde, doença, necessidades de saúde e acesso aos serviços de saúde. A seleção e sistematização dessas respostas foram feitas através de uma síntese horizontal – em que foram identificadas as convergências, divergências, complementaridades e diferenças existentes nas verbalizações dos entrevistados – e uma síntese vertical, que nos proporcionou a ideia global dos núcleos de sentido por entrevistado.

Posteriormente, houve um contato mais profundo com o material empírico, levando à análise compreensiva e à crítica dos dados, considerando a intersubjetividade de todas as informações. Desse modo, os procedimentos realizados e orientados pela Análise Hermenêutica-Dialética resultaram na construção do corpus analítico, classificados nas seguintes categorias: **Categoria 01 – “Sem a saúde nós não somos nada”**; **Categoria 02 – “Doença pra mim é a pior coisa que tem”**; **Categoria 03 – “Os direitos é iguais, não só é porque a gente é aqui acampado que não é humano, não é moradores”**; **Categoria 04 – “A gente tem que correr pra cidade”**.

Em cumprimento aos aspectos éticos da pesquisa, inscritos na Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), registrado sob o CAAE nº 64575716.6.0000.0055. Por atender todas as normas previstas em pesquisas envolvendo seres humanos, foi aprovado conforme parecer nº 1.947.036, de 22 de fevereiro de 2017.

Categoria 01 – “Sem a saúde nós não somos nada”

Saúde, enquanto expressão plurideterminada, é um termo utilizado coletivamente em diferentes épocas e grupos sociais e entre os indivíduos em um dado tempo e local. Trata-se de um conceito dotado de uma abertura relativamente grande ao nosso contínuo e inexorável contato com o novo, no modo como compreendemos a nós mesmos e as nossas relações. A saúde é (re)conhecida, enquanto e porquanto se vive, e do que fazer frente à necessidade de reacomodar-se, continuamente, ao estar vivo. Nesse caso, a experiência da saúde envolve a construção compartilhada de nossas ideias de bem-viver e de um modo conveniente de buscar realizá-las na nossa vida em comum (AYRES, 2007).

As convergências evidenciadas a seguir nas falas dos entrevistados [Ent. 1, Ent. 2, Ent. 5, Ent.7, Ent. 8, Ent. 13, Ent. 15] corroboram com a afirmação supracitada ao significar saúde enquanto elemento intrínseco à vida, à integralidade do ser.

- [...] Saúde é a “coisa mais importante que a gente tem na vida” da gente. (Ent. 1)
- [...] A saúde pra gente “é uma coisa muito boa, que a gente precisa muito” que é da saúde. (Ent. 2)
- [...] É uma coisa muito importante por causa que a gente “sem a saúde nós não somos nada”. (Ent. 5)
- [...] Saúde pra mim é vivência. Porque eu que penso assim que a “saúde é sobreviver”. (Ent. 7)
- [...] A saúde aqui pra mim, minha filha... Vou te falar a verdade, aqui pra mim “é tudo”. (Ent. 8)
- [...] Saúde é importante, é fundamental na vida, nas nossas vidas, né? “Sem a saúde nós não somos nada”. (Ent. 13)
- [...] Saúde pra nós é tudo, né? Você tá bem de saúde, correr atrás da saúde. “Tudo é saúde”. (Ent. 15)

Estes depoimentos expõem uma percepção da saúde enquanto fenômeno essencial à condição de existência, onde a ausência desta significa interrupção do ser, como é percebido nas falas dos trabalhadores Ent.5 e Ent.13 ao afirmarem que “sem a saúde nós não somos nada”.

Ademais, o processo de viver com ou sem saúde não se reduz a uma evidência orgânica, natural e objetiva e nem como um estado de equilíbrio, como é consagrado pelos discursos que consideram somente a dimensão biológica da saúde, demonstrando uma concepção fragmentada do ser humano, assim como um caráter impositivo e normativo dos modos de se intervir na realidade dos indivíduos e comunidades. Viver com ou sem saúde envolve, assim, modos de ser e produzir e/ou recriar a vida em sua singularidade e multidimensionalidade, e está, portanto, intimamente relacionada às características de cada contexto sociocultural e aos significados que cada indivíduo atribui à sua existência (DALMOLIN, 2011).

Assim, os sujeitos da pesquisa Ent. 3, Ent. 4 e Ent. 6 complementam os depoimentos anteriores ao evidenciar determinantes sociais associados ao conceito saúde, como educação, alimentação, comportamento e os estilos de vida individuais.

- [...] A saúde é a pessoa ter um bom-estar, “ser saudável, comer comida saudável. E ser produto orgânico. Uma carne saudável sem

injeção, sem muitos tipos de química que os pessoal aplica nos animais”. (Ent. 3)

[...] Se o sujeito tem tranquilidade ele tem saúde. Primeira coisa é isso. “Evitar muitas coisas, cigarro, bebida, e drogas”, sempre permanece também com saúde. [...] O sujeito evitar sempre ele não perder sono, sempre permanece com a saúde. (Ent. 4)

[...] Saúde pra mim é o todo. Porque se não existe saúde nós não somos capaz. [...] “Educação que leva à saúde”. A organização ao todo também leva a saúde [...] “Como nós acampados somos pessoas que plantamos alimentação, as nossas alimentações são saudáveis porque nós não usa nenhum química nas plantações”, então certamente, o que nós plantamos nós comemos. Como diz, que tem o dizer: “Que nós somos o que nós comemos”. (Ent. 6)

Nestes depoimentos acima é possível perceber a relação feita entre o conceito genérico atribuído à saúde com os Determinantes Sociais de Saúde (DSS). Conforme trazido por Buss e Pellegrini Filho (2007) – que, ancorados no modelo de Dahlgren e Whitehead, incluem os DSS dispostos em diferentes camadas –, podemos avaliar as falas, enquadrando-as em cada camada correspondente. A primeira camada, segundo o modelo citado, equivale aos determinantes proximais onde estão as características individuais como idade, sexo e fatores genéticos; na camada imediatamente externa aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais, como relatado pelos entrevistados Ent. 4 e Ent. 6 em: “que nós somos o que comemos e ao evitar muitas coisas, cigarro, bebida, e drogas sempre permanece também com saúde”. Em um dos níveis mais distais estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, sendo observado nas falas dos entrevistados Ent. 3 e Ent. 6, os quais mencionam que a “educação que leva à saúde e ser saudável, comer comida saudável, e ser produto orgânico”.

Subtende-se que o termo “química” evidenciado nos depoimentos de Ent. 3 e Ent. 6 relaciona-se ao uso de agrotóxicos nos produtos cultivados para alimentação humana, devido à compreensão do contexto em que foi pronunciada. Autores afirmam que o reconhecimento da importância de uma alimentação saudável é fundamental para a construção de estratégias

de intervenção que diminuam os efeitos do uso inadequado de agrotóxicos – sendo essa conscientização parte do processo de trabalho dos profissionais da saúde que prestam assistência às populações rurais, as quais são um dos maiores grupos expostos a esse risco (SIQUEIRA; KRUSE, 2008).

Vale lembrar que os riscos de intoxicação humana acontecem não somente através do trabalho na agricultura em certas áreas agrícolas; o simples fato de “respirar” pode se tornar um meio de exposição, visto que, durante a atividade de pulverização, existe a dispersão destes produtos no ambiente. Os agrotóxicos têm sido relacionados a diversos efeitos à saúde, dentre os quais se destacam patologias de pele, teratogênese, carcinogênese, desregulação endócrina, neurotoxicidade, efeitos na reprodução humana e no sistema imunológico, entre outros (BRITO; GOLMIDE; CAMARA, 2009).

Diferentemente das entrevistas demonstradas até aqui, destaca-se um depoimento de um dos participantes [Ent. 6] por este trazer de forma explícita o fenômeno saúde como um elemento do bem comum; sendo este um discurso implícito em algumas entrevistas ao ser relatada a importância da alimentação livre de agrotóxicos, defendendo a agroecologia como modelo para produção de alimentos, uma das premissas basilares do movimento pela reforma agrária. Vejamos no trecho a seguir:

[...] Mas nós, como nós não fuge da luta, nós somos povos que somos de lutas do dia a dia, então “nós busca a organização ao todo em volta da saúde”, porque tá difícil mas nós buscamos. Eu acho que saúde é isso, é a gente buscar [...]. Porque nós hoje tá num país e que a democracia é que vai além”. Então a gente tem que falar, a gente tem que ir... Tem que buscar, tem que ir às ruas também. “Não ter vergonha de falar como tá a saúde, como nós estamos, se nós estamos doente, se nós tá doente nós temos que buscar a saúde. E nessa busca é o todo, é coletivamente”. Porque uma andorinha só não faz verão também. (Ent. 6)

Este depoimento reflete a relevância da participação da comunidade na construção de políticas públicas através dos movimentos sociais que se inserem nos processos de luta por transformações das condições materiais de existência e por melhores condições de vida da população. Uma incursão

no processo histórico brasileiro nos faz perceber que as lutas sociais sempre estiveram presentes, embora com variações no grau de organização e atuação. Considerando a magnitude do MST, por ser atualmente o maior e mais importante movimento social brasileiro, e um dos principais no contexto latino-americano, evidencia-se a importância do seu papel enquanto ator social na luta pela concretização do direito à saúde e do controle social do SUS (SEVERO; DA ROS, 2012).

Categoria 02 – “Doença pra mim é a pior coisa que tem”

O conceito de doença possui caráter histórico e social. A natureza social pode ser verificada no modo característico de significar o processo de adoecimento e morte nos grupos humanos, havendo diferenças nos perfis patológicos ao longo dos tempos, resultantes das transformações da sociedade. A princípio, quando se pensa em “o normal”, pensa-se na frequência de um determinado fenômeno como sendo o estado mais comum. Assim, determinando o estado mais frequente, determina-se o mais saudável, onde as alterações nesse estado tido como referência de normalidade são tachadas como patológicas. No entanto, a doença envolve dimensões subjetivas e não apenas biologicamente científicas e objetivas, e as especulações que envolvem o normal e o patológico variam, sendo assim, o incomum nem sempre é negativo ou anormal (BACKES *et al.*, 2010).

As falas dos Ent. 2, Ent. 3, Ent. 5, Ent. 7 e Ent. 11 convergem entre si no sentido de reproduzir a percepção de doença enquanto fenômeno perturbador daquilo que é considerado como estados de normalidade do ser humano, transferindo para a doença a personificação do mal em si, através da atribuição de significado negativo ao que é incomum em seu contexto sociocultural.

- [...] Doença pra gente “é uma coisa muito terrível”. (Ent.2)
- [...] Doença pra mim “**é a pior coisa que tem**”. (Ent. 3)
- [...] Doença pra mim “**é uma coisa muito séria. Que a doença pra mim é a pessoa doente não é nada**”. (Ent. 5)
- [...] Doença? Doença pra mim “**é uma crise**”, uma pessoa doente. (Ent. 7)

[...] Aí a doença “**é mais desgraçada**”. A doença “**é mais ruim**”. (Ent. 11)

Há também, no que paira ao redor da conceituação da doença, a causalidade da determinação deste fenômeno. A causalidade pode ser definida como a existência de uma relação de causa e efeito entre uma doença e um fator de risco, isto é, qualquer evento, condição ou característica que desempenhe uma função essencial na ocorrência da doença – esses fatores de risco, por sua vez, são dependentes das características de cada desenho de estudo que a epidemiologia utiliza. Vale ressaltar, entretanto, que a causalidade de uma doença é um conceito relativo, devendo ser compreendido em relação a alternativas concebíveis. O fato é que a maioria ou mesmo todos os componentes de uma causa suficiente são desconhecidos. Exigem-se, portanto, hipóteses específicas e modelos apropriados para que a avaliação dos efeitos observados possa ser atribuída a uma causa estabelecida (LUIZ; STRUCHINER, 2002).

Nesse sentido, alguns depoimentos dos entrevistados Ent. 3, Ent. 6 e Ent. 9 complementam a concepção conferida à doença ao acrescentar à sua manifestação fatores que podem ser causais de doenças. Os entrevistados em questão relacionam estas com os mais diversos eventos e características, tais como: educação, condições de acesso aos serviços de saúde etc. Essa percepção dos entrevistados fica evidenciada, principalmente, quando apontam, por exemplo, para os problemas com estradas, alimentação, vícios etc. enfrentados por essa população, bem como quando citam a questão da corrupção (um fator macrodeterminante) – que pode ser entendido como os desvios de verba da saúde pública, os quais trazem consequências drásticas e diretas para as condições de saúde da população. Vejamos nos trechos abaixo:

[...] “Tem doença de várias maneiras [...] doença se existe em vício”
[...] Doença também é doença tipo assim: “Corrupção [...] A doença que tá tendo no nosso país mais é o nossos governantes” que tá tendo no nosso país que tá causando mais doença no nosso país. (Ent. 3)
[...] “Doença vem de todas as consequência do dia a dia, doença é não ter educação”, nós ficamos doente. Nós “não ter uma boa estrada”, uma estrada pra gente... pra nosso quem vir e quem ir sobre as estradas, tá muito precária. “Se não tiver estrada boa não tem saúde,

se não tiver uma boa alimentação nós estamos doente”. (Ent. 6)

[...] Às vezes pega assim uma “alimentação que tá estragada”, vai comer, aí o que acontece? Aí “provoca a doença na vida do ser humano”. (Ent. 9)

[...] A doença é o seguinte, a “doença é quando você não tem um bom tratamento, não frequenta um médico, não frequenta a saúde, então sempre tem consequências”. (Ent. 10)

Os depoimentos que se seguem [Ent. 11, Ent.12, Ent. 13, Ent. 14] são diferentes dos demais por conceber a doença como um evento incapacitante, relacionando o estado de doente ao impedimento de atividades da vida diária, assim como ao alcance de projetos traçados para o futuro.

[...] O cara quando tá doente, “o cara não pode fazer nada”. (Ent. 11)

[...] Doença “é tá doente, é tá na cama”. Dentro de casa sem puder sair. (Ent. 12)

[...] A doença pra mim é uma coisa que “deixa você impossibilitado de muitas coisas”, porque por exemplo, “você não consegue realizar seus sonhos, seus objetivos”. (Ent. 13)

[...] O que é doença pra mim? É no momento o que eu tô passando, né? Que graças a Deus eu tinha minha saúde, eu vivia bem, eu fazia minhas coisa e “hoje não posso fazer”. Não vou mentir, “é impedir você de muita coisa”. (Ent. 14)

Na ótica da população rural trabalhadora, a incapacidade de trabalhar é um dos principais elementos incorporados à concepção de doença. Essa população tem, em seu corpo, a fonte de subsistência e estratégia de representação física e social, logo, a miséria, a fome e a tristeza podem advir do fato de o trabalhador estar doente. A incapacidade é, em grande parte, uma construção social, uma vez que nem todas as pessoas com alguma alteração fisiológica são incapazes – até por que, mais do que um acometimento, a incapacidade é um significado que a sociedade impõe a tal estado. Considerando-se o meio e as práticas de ação do cotidiano destes trabalhadores, é possível compreender a importância e subjetivação que o fazer, por meio da realização do trabalho, possibilita a cada um, e como a doença reverbera de forma negativa ao impedir que tais práticas se concretizem (RIQUINHO; GERHARDT, 2010)

Categoria 03 – “Os direitos são iguais, não só é porque a gente é acampado que não é humano, não é morador”

Necessidades de saúde, a partir da confluência de conceitos consagrados por diversos autores, são compreendidas como carências complexas, podendo se configurar como demandas sociais por saúde a partir da expressão de processos sócio-políticos específicos. Nessa perspectiva, não devem ser apreendidas como generalidades que subordinam as diferentes necessidades dos indivíduos, já que não são naturais, nem iguais, pois desiguais são a distribuição e o consumo dos produtos do processo de trabalho em que estão incluídas e que por elas são influenciadas. Nesse sentido, para alcançar a cidadania é preciso assegurar aos indivíduos a satisfação das suas necessidades compreendo-as como direito (CAMPOS, 2004).

A partir dessa concepção, os depoimentos dos entrevistados Ent. 3, Ent.5 e Ent. 6 convergem ao considerarem necessidades de saúde como um conceito complexo, interdependente e de dimensões sociais variadas.

[...] “nós não tem por enquanto recurso nenhum sobre a saúde”.
(Ent. 3)

[...]”Aqui a gente tá precisando muito aqui é da saúde mesmo”.
(Ent. 5)

[...]”Necessidade de saúde... Tem um bocado. É um monte.” (Ent. 6)

O depoimento do Ent. 3 complementa as falas anteriores, ao perceber o contexto que estão inseridos enquanto portadores de insuficiências no que se diz respeito à concretização do bem-estar social através da garantia de direitos humanos.

[...] “não temos aqui ninguém que vem aqui”, uma assistente social aqui pra vim aqui resolver o problema da saúde pra gente [...] “nós gostaria de ter um agente comunitário aqui de saúde”. Por enquanto não tem. “Uma que fica aqui em cima no Pau Brasil que ela passa aqui mas não passa de barraco em barraco que nem deveria ser. Que os direitos é iguais, não só é porque a gente é aqui acampado no acampamento que não é humano, não é moradores”. O que depende aí é isso aí. “Ela vai mais nas casas, mas aqui diariamente que nem

ela deveria passar pegando aí, não passa”. E aqui é da comunidade de Itagi (Ent. 3).

Por meio deste depoimento, pode-se inferir que não existe cobertura da área em que se encontra as habitações temporárias do acampamento, mesmo havendo população circunvizinha. Essa dissociação contribui para o estado de vulnerabilidade social no qual os acampados se encontram, colocando-os em uma situação de marginalização e de dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Esse fato pode estar associado à falta de recursos humanos e materiais como também à visão estigmatizada do movimento. Evidencia-se então que não é consumado, na prática, alguns dos objetivos da PNSIPCF, dentre eles, o de garantir o acesso aos serviços de saúde com resolutividade, qualidade e humanização e de contribuir para a redução das vulnerabilidades em saúde das populações do campo e da floresta (BRASIL, 2011).

Ainda neste contexto, é possível perceber que a compreensão da satisfação das necessidades de saúde enquanto direito é complementada pelos Ent. 6 e Ent. 13, quando estes afirmam sobre a importância da afliência entre o poder público e a ação política com a participação da comunidade através do controle social, como meio de consubstanciar a resolutividade das necessidades de saúde apresentadas.

[...] “a falta de poderes públicos”, uma “gestão que tenha capacidade pelo menos de ajudar a população da zona rural”. Ter um “debate assim também cara-a-cara, pra nós saber também qual é a dificuldade do nosso município”. Porque se nós precisa da saúde, nós “também precisamos de buscar o conhecimento no nosso município”. Como é que tá andando? Como é que a gente consegue ir lá buscar uma saúde? E também “participar na Câmara de Vereador”. (Ent. 6)

[...]O que acho que a gente precisa ter pra ter saúde, eu acredito que são “as pessoas que estão no poder, que tão acima da gente no caso, que tem condições de mover saúde pra gente trazer pessoas de fora, pra tá nos ajudando”. (Ent. 13)

Contudo, há divergências nas falas do entrevistado Ent. 12, uma vez que em seu depoimento declara a ausência de necessidades e pleno bem-estar no acampamento, revelando a abstração do conceito de necessidade.

[...] “No acampamento? Aí mesmo não falta nada não, né?” Porque aqui os alimentos daqui não tem negócio de remédio nas fruta, nos alimento, e “aqui não usa esse negócio de remédio nos alimento. Então pra mim mesmo falta nada não aqui”. Os alimento tudo saudável, não tem negócio de química deles. (Ent 12)

Esta fala acima reflete uma compreensão e interpretação da realidade diferentes do que é disseminado pelo paradigma hegemônico ocidental, e converge com os depoimentos dos usuários Ent. 1, Ent. 4, Ent. 6 e Ent.8, conforme evidenciado nos depoimentos a seguir

[...] “aqui é bem melhor pra gente viver”, porque a gente tá numa “área de ar puro”, trabalha no “serviço que a gente gosta de fazer” que é na roça [...] aqui é “ótimo pra viver”. Inclusive a gente tendo algum problema de saúde assim, até “melhora um pouco só devido ao lugar”, devido o ambiente... Fica até bom, você tá com “ar puro, você não tá no meio de poluição, até ajuda bem”. (Ent. 1)

[...] “Aumenta a saúde”. Eu acho por isso, porque “aqui eu tenho mais tranquilidade”. (Ent. 4)

[...] “Aqui nós somos mais saudável de que na cidade”, aqui nós que vive no acampamento nós toma “banho na cachoeira”, nós aqui, nós temos distrações de “conversar com os outros acampados”. Tem muitas pessoas aqui dentro que são enfermas mesmo, problema de coração. Sai de Jequié e “se sente bem aqui dentro”. (Ent. 6)

[...] E aqui, Graças a Deus, “nós somos muito felizes”. Saúde é assim que nem a senhora tá me fazendo a pergunta, eu vou explicar pra senhora[...] Às vezes você chega cansado do serviço. Aí: “- “Vamo na cachoeira tomar um banho? - Bora.” Pra mim é uma saúde”. (Ent. 8)

Pode-se perceber, nos depoimentos dos entrevistados Ent. 1, Ent. 4, Ent. 6, Ent.8 e Ent. 12, que os valores do movimento estão fundamentados na agroecologia, sendo esta compreendida como uma filosofia de vida da relação entre homem e natureza. Esses valores, a solidariedade e a preservação da natureza, se contrapõem às relações de mercado, em que a competição, o individualismo e a exploração dos recursos naturais imperam. Nesse sentido, para esta filosofia, a terra enquanto elemento da natureza assume diferentes funções, conforme as relações que com ela são

estabelecidas. As identidades se constroem nas relações terra-trabalho, terra-lazer, terra-divertimento e terra-cultura. Assim, como pode ser percebido em uma das falas [Ent. 8] – “Vamo na cachoeira tomar um banho? – Bora? Pra mim é uma saúde” –, há aqui uma espécie de personificação da saúde nos elementos da natureza, onde a cachoeira é saúde, ou saúde é cachoeira, numa relação dialética (DAIA, 2009).

Categoria 04 – “A gente tem que correr pra cidade”

O conceito de acessibilidade é apresentado de diversas formas por diferentes autores. Sintetizando esses conceitos, é possível definir que acessibilidade se refere à facilidade com que as pessoas obtêm assistência à saúde, sendo influenciada: pela predisposição do indivíduo para utilização do serviço de saúde como características demográficas, estrutura social e crenças; por fatores capacitantes que permitem ou que se tornam fatores de impedimento para a utilização dos mesmos; bem como pela necessidade de saúde do indivíduo. Vale salientar ainda que o acesso aos serviços de saúde pode ser determinado, também, por situações de vulnerabilidade da população, dependendo, portanto, do capital humano, físico, financeiro e social (VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015).

No que se diz respeito à resolutividade dos problemas de saúde que acontecem no acampamento e as condições de acesso aos serviços institucionalizados de saúde, os entrevistados Ent. 1, Ent. 2, Ent. 3, Ent. 4, Ent. 10 e Ent. 15 convergiram nas falas, ao elucidar que, para ter acesso ao atendimento, precisam se deslocar para a zona urbana através de um meio de transporte, de modo que tenham condições de suprir as demandas apresentadas – tendo em vista que o município mais próximo possui apenas um hospital de “pequeno porte”, havendo, pois, a necessidade de se deslocarem para outro município. Vejamos:

[...] É uma “maratona danada” [...]. Com deslocamento. Muitas vezes a pessoa nem dinheiro de uma condução tem, condições. Aí “fica dependendo de qualquer coisa que aparece pra gente poder chegar até lá”. (Ent. 1)

[...] Adoece um aqui a gente “procura uns amigo que tem um carro aí pega e bota no carro e leva ou em Itagi, ou em Jequié, ou onde for”. (Ent. 2)

[...]”Se for caso de alguém tiver doente aqui procura levar pra Jequié?”. Eu mesmo tenho um carrinho, aí eu pego... Quem me pedir aí, caso de dinheiro nem tanto mas se não tiver dinheiro eu falo arruma o dinheiro da gasolina que eu pego e levo que nem eu já levei, eu já levei mais de três vez. “Tem muita gente aqui que não tem condições de pagar cento e vinte reais pra levar em Jequié. Aí eu mesmo pego e levo”. (Ent. 3)

[...] O que resolve é o seguinte: “eu não poder sair eu tenho que vir aqui e pedir um socorro pra me ajudar, pra me retirar”. (Ent. 4)

[...] “leva pra Itagi”. Só que “o hospital de Itagi é pequeno porte”. Então às vezes têm problemas que não resolvidos em Itagi, aí “tem que descer pra Jequié”. (Ent. 6)

[...] A última vez que eu precisei de um atendimento de saúde, “eu saí aqui nos braços das pessoas, dos amigos”. Pra ir até um hospital, “porque aqui não tinha um atendimento”. (Ent. 10)

[...] “A gente tem que correr pra cidade. A gente pegar um transporte pra chegar até lá”. (Ent. 15)

Devido a esse distanciamento dos centros urbanos, onde são concentradas as instituições de saúde, o acesso aos serviços de saúde é um dos problemas mais evidenciados nos estudos envolvendo a população rural – sabendo-se que o acesso é o indicador do grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm serviços de saúde. Uma barreira importante enfrentada por esse grupo populacional ocorre em função da menor disponibilidade de serviços, particularmente, em áreas esparsamente povoadas – o que está diretamente relacionado com outros fatores como: distâncias a serem percorridas, dificuldades de transporte e baixa renda (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

Complementando as falas expostas, evidencia-se o depoimento de um entrevistado [Ent. 6] ao descrever percursos que podem ser feitos pelos acampados até serem atendidos por um serviço de saúde. Nessa fala, o entrevistado explica que existe um coletivo que faz parte da organicidade do acampamento e que é responsável para encaminhar as pessoas às unidades de atenção primária ao ter conhecimento das necessidades apresentadas. Isso

demonstra a participação coletiva na criação e organização de recursos para tornar possível os meios de acesso aos serviços de saúde.

[...] porque aqui nós “temos um dia de coletivo” que esse coletivo é pra isso... É “pro dia-a-dia assim, pra encaminhar as pessoas pro município mais próximo”. (Ent. 6)

Nessa mesma perspectiva de consolidação da melhoria das condições de trabalho e da vida no campo, os acampamentos rurais se configuram como uma expressão da luta social, através de espaços de múltiplas relações sociais e trocas de saberes, que podem contribuir para solucionar problemas que os afetam, dentre os quais, os problemas de saúde. Nos assentamentos e acampamentos organizados pelo MST, verifica-se que a estratégia utilizada por esse grupo para promover a saúde é a organização de coletivos de saúde que procuram: implementar ações de saneamento ambiental, resgatar o conhecimento popular, além de incentivar as discussões sobre proteção ambiental, soberania alimentar e relações familiares (especialmente, o cuidado com a infância e a juventude) e a participação do grupo nos Conselhos Municipais de Saúde (SCOPINHO, 2010).

Considerações finais

Diante da compreensão do fenômeno observado, como também da análise crítica dos fatos que se entrecruzam no que diz respeito às concepções dos construtos saúde e doença e às necessidades de saúde da população rural acampada, pôde-se perceber que há convergência das percepções a respeito desses tópicos por parte dos sujeitos da pesquisa e que tais percepções ao mesmo tempo que reproduzem saberes do senso comum são também complementadas com conceitos ampliados e consagrados em produções científicas, evidenciando o quanto esses conceitos assumem formas distintas nas percepções individuais, do mesmo modo que revelam representações do inconsciente coletivo.

Levando-se em consideração algumas variáveis sociodemográficas da população, como escolaridade e faixa etária, sendo a maioria analfabeta

é idosa, é possível inferir que algumas dessas pessoas possuem dificuldades no que se refere à apreensão de alguns conhecimentos compartilhados. Porém a internalização de valores pertencentes à relação entre o eu humano e a terra enquanto personificação de elementos sociais foi percebida nos depoimentos dos entrevistados, demonstrando as contradições inerentes à dinamicidade do movimento histórico e material do qual fazemos parte como agentes de transformação.

Considerando necessidades de saúde enquanto condições materiais de existência garantidas por meio da legitimação dos direitos humanos que conduzem à vida digna, se faz necessário refletir sobre as vulnerabilidades sociais que permeiam a vida dos trabalhadores rurais sem terra acampados, visando reconhecer o processo de marginalização e estigmatização dessa população e buscar a implementação da PNSIPCF como instrumento de consumação da redução das iniquidades em saúde que se fazem presentes nesse grupo populacional.

Referências

- AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, abr. 2007.
- BACKES, M. T. S. *et al.* Noções de natureza e derivações para a saúde: uma incursão na literatura. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 729-751, 2010.
- BERGAMASCHI, F. P. R. *et al.* Reflexões acerca da integralidade nas reformas sanitária e agrária. *Texto contexto – enferm.*, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 667-674, set. 2012.
- BERGAMASCO, S. M. P. P.; NORDER, L. A. C. *Assentamentos rurais*. São Paulo: Brasiliense, 1996. (Coleção Primeiros Passos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília: DF, 2012a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). *Diário Oficial União*, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. 1. reimp. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRITO, P. F.; GOMIDE, M.; CAMARA, V. M. Agrotóxicos e saúde: realidade e desafios para mudança de práticas na agricultura. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 207-225, 2009.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007.

CALDART, R. S. O MST e a formação dos sem terra: o movimento social como princípio educativo. *Estud. av.*, São Paulo, v. 15, n. 43, p. 207-224, dez. 2001.

CAMPOS, C. M. S. *Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde)*. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. DOI: 10.11606/T.83.2004.tde-14122004-103934. Acesso em: 31 maio 2017.

DAIA, F. F. *A formação cultural dos jovens do MST: a experiência do assentamento Mário Lago, em Ribeirão Preto (SP)*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

DALMOLIN, B. B. *et al.* Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 389-394, jun. 2011.

DESLANDES, S. F. O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In: MINAYO, M. C. S. (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

FERREIRA, D. C. *et al.* A experiência do adoecer: uma discussão sobre saúde, doença e valores. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 283-288, jun. 2014.

- FIGUEIREDO, G. C.; PINTO, J. M. R. Acampamento e assentamento: participação, experiência e vivência em dois momentos da luta pela terra. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 26, n. 3, p. 562-571, dez. 2014.
- GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- IRIART, J. A. B. *et al.* A avaliação da produção científica nas subáreas da Saúde Coletiva: limites do atual modelo e contribuições para o debate. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, p. 2137-2147, out. 2015.
- LUIZ, R. R.; STRUCHINER, C. J. *Inferência causal em epidemiologia: o modelo de respostas potenciais*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.
- MARCONI, E. M. de A.; LAKATOS, M. *Fundamentos de metodologia científica*. 5. ed. São Paulo: Atlas 2003.
- MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 17, n. 3, 2012.
- PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, mar. 2014.
- RIQUINHO, D. L.; GERHARDT, T. E. Doença e incapacidade: dimensões subjetivas e identidade social do trabalhador rural. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 320-332, jun. 2010.
- SANTOS, J. C. B.; HENNINGTON, É. A. Aqui ninguém domina ninguém: sentidos do trabalho e produção de saúde para trabalhadores de assentamento do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1595-1604, ago. 2013.
- SCOPINHO, R. A. Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1575-1584, jun. 2010.
- SEVERO, D. O.; DA ROS, M. A. A Participação no controle social do SUS: concepção do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 177-184, maio 2012.

SILVA, J. M.; NASCIMENTO, M. A. A. *Planejamento em saúde: a dialética entre teoria e prática*. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2011.

SIQUEIRA, S. L.; KRUSE, M. H. L. Agrotóxicos e saúde humana: contribuição dos profissionais do campo da saúde. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 584-590, set. 2008.

SOARES, D. O “Sonho de Rose”: políticas de saúde pública em assentamentos rurais. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 57-73, dez. 2006.

SOUZA, J. C. L. *O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra: o moderno príncipe educativo brasileiro na história do tempo presente*. 2008. 260 f. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal Fluminense (UFF), Departamento de História, Niterói, 2008.

THE WORLD BANK. *World Bank Open Data*. Disponível em: <http://data.worldbank.org>. Acesso em: 10 maio 2017.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2490-2502, out. 2007.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. da. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 100-112, mar. 2015.