

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL
MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL**

LUCIA TORRES PAIVA

INTEGRALIDADE NO CUIDADO

A USUÁRIOS COM TUBERCULOSE: entre avanços e desafios.

Estudo de caso de um programa pioneiro na atenção terciária do SUS.



NITERÓI – RJ

2016

LUCIA TORRES PAIVA

INTEGRALIDADE NO CUIDADO

A USUÁRIOS COM TUBERCULOSE: entre avanços e desafios.

Estudo de caso de um programa pioneiro na atenção terciária do SUS.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Política Social. Área de concentração: Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. Adilson Vaz Cabral Filho

Niterói - RJ

2016

P149 Paiva, Lucia Torres.

Integralidade no cuidado a usuários com tuberculose: entre avanços e desafios. Estudo de caso de um programa pioneiro na atenção terciária do SUS / Lucia Torres Paiva. – 2016.

96 f. ; il.

Orientador: Adilson Vaz Cabral Filho.

Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade Federal Fluminense, Escola de Serviço Social, 2016.

Bibliografia: f. 84-96.

1. Sistema Único de Saúde (SUS). 2. Integralidade em saúde.
3. Tuberculose. 4. Atenção terciária. 5. Atenção primária à saúde.
I. Cabral Filho, Adilson Vaz. II. Universidade Federal Fluminense.
Escola de Serviço Social. III. Título.

LUCIA TORRES PAIVA

INTEGRALIDADE NO CUIDADO

A USUÁRIOS COM TUBERCULOSE: entre avanços e desafios.

Estudo de caso de um programa pioneiro na atenção terciária do SUS.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Política Social. Área de Concentração: Política Social.

Orientador: Prof. Dr. Adilson Vaz Cabral Filho

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Adilson Vaz Cabral Filho (PPGPS-UFF) - Orientador

Prof^ª. Dr^ª. Sandra Aparecida Venâncio de Siqueira (ENSP- Fiocruz) - Examinadora 1

Prof. Dr. Marcio Eduardo Brotto (PUC-RIO) - Examinador 2

Prof^ª. Dr^ª. Tatiana M^a A. da Fonseca (UNISUAM) - Examinador 3

Prof. Dr. Marcelo Luciano Vieira (PUC-RIO) - Suplente

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a toda espiritualidade superior por me protegerem e iluminarem minha vida, meus pensamentos e me guardarem em todos os momentos que por vós chamei.

À minha família, especialmente meu pai Osmani e minha mãe Vera, por realizarem sacrifícios homéricos - desde a minha infância e de minhas irmãs – para que tivéssemos acesso a um ensino de qualidade. Sempre acreditaram nos meus planos de vida e me dão amor incondicional. Amo vocês de toda minha alma.

Ao William Netto, meu namorado, parceiro de vida e de lutas. A você, todo o meu amor e gratidão, pois se consegui vencer tantos obstáculos durante o curso e chegar até aqui hoje, você é sim parte essencial deste processo.

Ao Professor Doutor Adilson Vaz Cabral Filho, obrigada por tudo. Não apenas pelas orientações, pelo enorme aprendizado proporcionado durante estes dois anos, escuta e paciência durante o curso, mas, também, por ter aceitado uma mudança tão repentina de tema de pesquisa, aos 48 do segundo tempo, e ter me incentivado sempre a seguir ir em frente.

À banca examinadora, Professores Doutores Márcio Brotto, Sandra Siqueira e Tatiana Fonseca, pelo norteamento dado na qualificação e me levarem a uma reflexão mais profunda sobre os diversos sentidos da integralidade.

Ao Programa de Estudos Pós Graduated em Política Social da Universidade Federal Fluminense, especialmente às professoras Mônica Senna e Lenaura Lobato, pelo apoio e compreensão na fase final de conclusão do curso. Agradeço também à Raquel, funcionária do Programa, pela dedicação no atendimento às nossas demandas e sempre ser tão solícita e atenciosa.

Aos demais professores e professoras do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social pelos ensinamentos que contribuíram diretamente com minha trajetória.

Aos colegas da turma 2014/2 do Mestrado e Doutorado, principalmente à Thayane Crespo, com quem dividi tantas dúvidas, conquistas e medos pelo WhatsApp quase que diariamente.

À equipe do Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras, objeto de minha pesquisa, pelo apoio e tempo dispensados para a realização das entrevistas e análises documentais. Em especial, agradeço a Renata Câmara Cavalcante, minha coordenadora, por ser tão empática e colaborar o máximo possível para a minha presença nas disciplinas, nas orientações e sempre aprovando minhas trocas de plantões quando eu necessitava passar a madrugada estudando. Sua força e apoio foram essenciais.

A todos e todas que contribuíram de alguma forma para a concretização deste trabalho e realização deste sonho, o meu muito obrigada.

RESUMO

De todos os princípios e diretrizes do SUS, possivelmente o princípio da integralidade é o de definição mais complexa e abrangente. Mas, afinal, há um conceito para a integralidade? Pensar em suas dimensões, seus múltiplos sentidos e determinar quais condizem com as práticas adotadas no Programa de Atenção e Alta (PIA) do Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras, como programa pioneiro na busca pela redução do número de abandonos do tratamento da tuberculose após a alta hospitalar, faz desta pesquisa uma oportunidade de repensar a prática institucional para unidades de saúde hospitalares. Temo um desenho de pesquisa que foca no processo de alta realizado pelo PIA e busca, também, recuperar o histórico das práticas integrais através da criação do programa é fundamental. O PIA é um embrião de uma tentativa de construção de um processo integralizador no hospital. Buscamos discutir a integralidade no âmbito do PIA, a relação deste programa com o hospital e analisar os avanços e desafios para a sua prática, assim como as percepções das equipes hospitalares sobre a prática do setor e as práticas institucionais. A partir da realização de entrevistas – sendo este o principal instrumento de pesquisa utilizado - são apontadas e percebidas oportunidades de melhorias, necessidades a serem trabalhadas institucionalmente, pois enquanto se busca aperfeiçoar uma prática específica, certamente outras questões estão sendo esquecidas ou não tão valorizadas.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde; integralidade; tuberculose; atenção terciária; atenção básica.

ABSTRACT

Of all the principles and guidelines of SUS, possibly the principle of wholeness the less visible and more complex and comprehensive definition. But, after all, is there a concept for wholeness? To think about its dimensions and its multiple meanings and to determine which ones are consistent with the practices adopted in the “Programa de Atenção e Alta” (PIA) of the “Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras”, as a pioneering program in the search for reduction in the number of dropouts in the treatment of tuberculosis after hospital discharge, makes this research an opportunity to rethink the institutional practice for hospital health units. We have a research design that focuses on the registration process, focuses on the PIA and also seeks to recover the history of the integral practices through the creation of the program is fundamental. PIA is the first step of an attempt to build an inpatient process at the hospital. We aim to discuss the integrality of the PIA, the relationship between this program and the hospital, and analyze the advances and challenges for its practice, as well as the perceptions of the hospital teams about their practice. From the interviews are pointed and perceived opportunities for improvement, needs to be worked institutionally, because while seeking to perfect a specific practice, surely other issues are being forgotten or not so valued.

KEYWORDS: Unified Health System; Integrality; tuberculosis; Tertiary care; Primary care.

LISTA DE SIGLAS

APA	Aviso de Previsão de Alta
BK	Bacilo de Koch
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EUA	Estados Unidos da América
ESF	Estratégia Saúde da Família
FESP	Fundação Escola de Serviço Público
IETAP	Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras
LDB	Lei de Diretrizes e Bases na Educação
MR	Tuberculose Multidrogarresistente
NIR	Núcleo Interno de Regulação
NOB SUAS	Norma Operacional Básica da Assistência Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCT	Programa de Controle de Tuberculose
PCTH	Programa de Controle de Tuberculose Hospitalar
PIA	Programa de Internação e Alta
PNH	Política Nacional de Humanização
PS	Posto de Saúde
QV	Qualidade de vida
RH	Recurso Humano
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TB/HIV	Coinfecção por tuberculose e vírus HIV

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1: O LUGAR DA INTEGRALIDADE: PENSANDO SOBRE PRÁTICAS INTERDISCIPLINARES, ACOLHIMENTO E CUIDADO.....	21
1.1) A integralidade e seus múltiplos aspectos.....	21
1.2) A interdisciplinaridade na saúde.....	32
1.3) O cuidado ao usuário.....	34
1.4) Acolhimento e escuta ativa.....	37
CAPÍTULO 2: LEVANTAMENTO DA HISTÓRIA E FAZER PROFISSIONAL NA INSTITUIÇÃO E PROGRAMA PESQUISADOS.....	43
2.1) Sobre o IETAP.....	43
2.2) O Programa de Internação e Alta.....	48
CAPÍTULO 3: NA PRÁTICA A TEORIA É OUTRA? A PESQUISA DE CAMPO E ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS.....	59
3.1) A escolha metodológica.....	59
3.2) A interdisciplinaridade e os desafios para sua consolidação na prática profissional.....	61
3.3) Percepções sobre as entrevistas realizadas.....	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
ANEXOS.....	90
Anexo I - Roteiro de entrevista (gestão).....	90
Anexo II - Roteiro de entrevista (PIA).....	91
Anexo III - Roteiro de entrevista (equipe multidisciplinar).....	92
Anexo IV – Ficha de Acolhimento.....	93
Anexo V – Aviso de Previsão de Alta.....	94
Anexo VI – Encaminhamento para consulta.....	96

INTRODUÇÃO

O aprofundamento da discussão em torno das reais condições que corroboram para que a integralidade- sendo um dos princípios doutrinários do SUS esteja presente nas práticas hospitalares, assim como os desafios e avanços encontrados para sua implementação, constitui-se em um objeto de estudo significativamente importante em tempos de tantos retrocessos no âmbito das políticas públicas.

O interesse pelo tema a ser pesquisado surgiu das observações da autora acerca do cotidiano de um hospital da rede terciária do Estado do Rio de Janeiro especializado em tuberculose, espaço este em que a autora também está inserida profissionalmente. A motivação maior, a força motriz que impulsionou a escolha por esta temática partiu de uma experiência anterior na saúde mental, em que as práticas de integralidade eram observadas no atendimento aos usuários e na gestão dos CAPS. Após a saída da rede de saúde mental, a atuação frente ao Programa de Internação e Alta do Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras -no qual diversos profissionais vieram ou atuam, também, nas redes de saúde mental e trazem consigo as práticas integradas e interdisciplinares no olhar para o usuário- fomentou o desejo pelo estudo, que foi reavivado. Neste trabalho trataremos do usuário da rede terciária do SUS, não do doente internado. Trataremos da busca pela saúde, prevenção e qualidade de vida. Compreenderemos os “Antônios”, “Josés” e “Marias” como sujeitos de construção de sua história e potências a serem desenvolvidas em seu empoderamento e autonomia, não dos pacientes dos leitos “12”, “17” e “22”.

No que tange ao campo do estudo da integralidade no atendimento a pessoas com tuberculose, é possível perceber que são poucos estudos desenvolvidos, porém, na maioria das vezes, as análises contribuem para pensarmos acerca das práticas integrais na atenção básica¹. Portanto, será possível analisar a partir

¹A atenção básica ou atenção primária em saúde é conhecida como a "porta de entrada" dos usuários nos sistemas de saúde. Ou seja, é o atendimento inicial. Seu objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores

de um estudo de caso, sobre como tem sido implementada a prática da integralidade no que se refere à atenção terciária² do SUS.

Desde a antiguidade a tuberculose, com sua presença devastadora e de diferentes denominações (tísica, consunção, peste branca), influenciou o comportamento daqueles a quem atingiu. Sob o nome de consunção esteve ligada à ideia de combustão do ser, gradualmente produzida pela febre. Sendo uma infecção predominantemente pulmonar, gerou metáforas que constituíram a sua representação idealizada, existente desde a Idade Média e o Renascimento, com sensível reforço durante o século XIX, quando ficou conhecida como “mal do século”. (SOARES, 1994)

A idealização da doença incentivou a sua aceitação, bem como o embelezamento do lado triste e repugnante a ela associados. A febre, a tosse e o emagrecimento eram destacados na literatura com ares românticos, desacreditados e melancólicos.

“No Brasil, a tuberculose foi a causa da morte da maioria dos poetas da segunda geração romântica, entre eles Álvares de Azevedo e Casimiro de Abreu, chegando a ser definida como ‘a doença da moda’ pelo poeta inglês Shelley. Esse ‘espírito romântico’ exacerbou uma afetividade mórbida, esse apaixonado fascínio pelo pessimismo. A tuberculose, no século passado, foi uma doença da paixão, tirando a vida de escritores, poetas, músicos, filósofos e pessoas célebres. Foi na virada do século XX que ela passou a ser considerada um mal social e sua ocorrência encontra-se, desde então, associada às más condições de vida.” (SOARES, 1994).

O “mal do século” perdura até hoje e o ar romantizado da doença foi trocado por olhares estigmatizantes de preconceito e medo. A tuberculose é uma importante questão de saúde pública no Brasil pelo expressivo quantitativo anual de casos de adoecimento que atinge a população. No Brasil, no ano de 2008, foram notificados 68.147 casos novos de tuberculose (TB) (coeficiente de incidência de 35,59 por 100.000 habitantes), dos quais 56.172 foram formas pulmonares

em complexidade. A atenção básica funciona, portanto, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos.

²É a atenção da saúde de terceiro nível, integrada pelos serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade. A Atenção Terciária é organizada em pólos macrorregionais, através do sistema de referência.

bacilíferas³ (coeficiente de incidência de 29,33 por 100.000 habitantes) e 9.712 extra pulmonares (coeficiente de incidência de 5,07 por 100.000 habitantes).

O Brasil é um dos vinte e dois países priorizados pela OMS que concentram 80% da carga mundial de TB. Em 2009, foram notificados 72 mil casos novos, correspondendo a um coeficiente de incidência de 38/100.000 habitantes. Destes, 41mil foram bacilíferos (casos com baciloscopia de escarro positiva). Esses indicadores colocam o Brasil na 19ª posição em relação ao número de casos e na 104ª posição em relação ao coeficiente de incidência (WHO, 2009).

O Rio de Janeiro é o estado⁴ que apresenta maior taxa de incidência de tuberculose no país. Esta alta taxa de adoecimento pode ser explicada, em parte, pela elevada proporção da população vivendo em áreas urbanas (97,3% no ano de 2012, segundo o IBGE), e por ser o estado com maior densidade demográfica do país (373,9). Inclusive, onde 86% dos casos são concentrados nas regiões metropolitanas. Em 2014, foram 13.419 casos e 841 óbitos. Um pouco menos que no ano anterior, quando foram registrados 14.151 casos da doença e 820 óbitos⁵. O SUS detém o monopólio da gestão e distribuição gratuita dos antibióticos, que não podem ser vendidos em uma farmácia. A OMS considera que, para eliminar a doença, o índice de cura deve ser superior a 85% e esta alta taxa de incidência pela doença se deve, principalmente, à umidade e ao elevado número de favelas,

A tuberculose acomete pessoas em seus melhores anos de vida em relação a estudos, trabalho e estabelecimento de relações sociais, tendo grande incidência entre jovens. O adoecimento leva à interrupção ou adiamento de projetos pessoais, o que para alguns pode significar uma completa mudança de vida. As alterações no cotidiano decorrentes da doença podem causar apatia, cansaço ou falta de vontade para desempenhar as atividades que o indivíduo estava

³As pessoas bacilíferas, isto é, aquelas cuja baciloscopia (exame) de escarro é positiva, são a principal fonte de infecção. Portanto, todas as medidas devem ser realizadas no sentido de encontrar precocemente o paciente e oferecer o tratamento adequado, interrompendo assim, a cadeia de transmissão da doença.

⁴ Fonte: IBGE

⁵ Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

acostumado a executar. A identificação e o tratamento adequado dos pacientes com TB pulmonar constituem uma das medidas prioritárias de controle da enfermidade e tem merecido especial atenção. Todavia, para surgir um caso de TB pulmonar, não existe uma única causa e nem só a presença do bacilo no ambiente, mas sim a progressão da doença, a soma de fatores físicos, sociais e emocionais que concorrem para o adoecimento pelo *Mycobacterium tuberculosis*.

É relevante mencionar a frequente associação da tuberculose com outras doenças, como insuficiência renal, neoplasias, silicose, alcoolismo e diabetes mellitus e, ainda, com o uso de corticoides. Porém, uma das associações mais prevalentes da TB é com a infecção pelo vírus HIV⁶. Nos casos de TB pulmonar, é muito importante fazer a avaliação dos contactantes através de exames próprios nas unidades de saúde, pois estes podem estar com a doença e transmiti-la, o que contribui para o aumento de casos.

“O problema da Tuberculose no Brasil reflete o estágio de desenvolvimento social do país, e da distribuição dos fatores determinantes do estado de pobreza: desnutrição; más condições sanitárias; alta densidade populacional; fraquezas de organização do sistema de saúde; e deficiências de gestão limitam a utilização da tecnologia e, por consequência, inibem a queda sustentada da incidência da doença.” (Maciel et al., 2008).

A Organização Mundial de Saúde definiu Qualidade de Vida (QV) como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Assim, os profissionais de saúde podem influenciar

⁶ A infecção pelo HIV é considerada hoje um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da Tuberculose ativa, devido ao comprometimento da resposta imunológica do paciente. O risco para desenvolver Tuberculose em uma pessoa, sem infecção pelo HIV, pode variar de 5 a 15% no decorrer da vida, enquanto que, naqueles infectados pelo HIV e coinfetados pelo *M.tuberculosis*, a porcentagem varia de 5 a 15% ao ano, ou 50% no decorrer da vida (Santos et al., 2009). Dessa forma, a Tuberculose pode ocorrer em qualquer fase da infecção por HIV na fase assintomática ou quando já estabelecida a síndrome da imunodeficiência adquirida (Cheade et al., 2009). A apresentação clínica da Tuberculose na co-infecção Tuberculose/HIV varia de acordo com o grau de supressão imunológica. Em fases iniciais da infecção pelo HIV ou em pacientes com contagem de CD4 elevada não ocorrem diferenças nas formas de apresentação clássicas da Tuberculose, enquanto as formas extrapulmonares e disseminadas se relacionam mais com níveis de CD4 abaixo de 500 células/mm³ (Seiscento, 2012).

diretamente na QV, tanto positiva como negativamente, pelas suas intervenções no processo saúde-doença. Neste contexto, é preciso entender que a qualidade de vida em pessoas com tuberculose é uma reunião complexa de doença, pobreza, estigma, medo, desconhecimento, discriminação e a falta de tratamento combinado com a vida familiar, trabalho e atividades sociais. Além disso, a doença afeta não apenas a pessoa infectada, mas também sua família, comunidade e país.

Pela avaliação da Qualidade de Vida relacionada à saúde, busca-se conhecer como a pessoa com tuberculose convive com a doença e a influência do tratamento no seu contexto de vida. Uma melhor compreensão das vivências dos doentes com TB pode ajudar a aprimorar os esquemas terapêuticos, a adesão ao tratamento e o bem-estar destas pessoas, promovendo o sucesso do seu processo terapêutico. A falta de consciência ou de conhecimento sobre a doença poderá conduzir o portador de tuberculose a uma percepção errada do impacto da doença em sua vida e saúde, que pode afetar a adesão ao esquema terapêutico adequado. Considera-se ainda que a integralidade do cuidado resulta em melhor QV.

Além disso, é necessário enfatizar que a tuberculose deve ser percebida como um problema social e não apenas de saúde, para assim ampliarmos os resultados de cura. No momento, que vamos para além da imediatividade e buscamos uma articulação com as diversas categorias profissionais pertencentes à mesma instituição, as demais redes de atenção do SUS e demais políticas públicas, estamos aumentando nossas estratégias de enfrentamento à doença.

A Constituição de 1988, que se tornou conhecida como a Constituição Cidadã, tem como uma de suas marcas o reconhecimento de muitos direitos de cidadania. A saúde, por exemplo, é reconhecida como direito de todos e um dever do Estado. De acordo com a Constituição, deveria caber ao Estado a tarefa de garantir a saúde para todos, através de políticas sociais e econômicas voltadas tanto para a redução do risco de doença e de outros agravos, quanto

ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

É nessa perspectiva que a Constituição reconhece a relevância pública das ações e serviços de saúde, e delinea um Sistema Único de Saúde, integrado pelas ações e serviços, mas do qual também podem participar, em caráter complementar, instituições privadas. Esse sistema único de saúde estaria organizado em torno de três diretrizes: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral; e a participação da comunidade (MATTOS, 2009).

O SUS institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, ao aumento da equidade e à incorporação de novas tecnologias e especialização dos saberes. Apesar dos avanços acumulados no que se refere aos seus princípios norteadores e à descentralização da atenção e da gestão, o SUS hoje ainda enfrenta, entre avanços e desafios: fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; fragmentação da rede assistencial, dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência; precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção; sistema público de saúde burocratizado e verticalizado; baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe; poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde; desrespeito aos direitos dos usuários; formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde (Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, 2006).

Entre os princípios que têm norteado a reconstrução do sistema de saúde brasileiro, a integralidade é possivelmente o mais difícil de definir e, no entanto, aquele sobre o qual encontram-se os maiores desafios para a efetiva consolidação do SUS e de suas importantes missões. Segundo Ayres (2009) “o princípio da universalidade nos impulsiona a construir o acesso para todos, o da equidade nos exige pactuar com, mas a integralidade nos desafia a saber e fazer

o 'quê' e 'como' pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um”.

Pode-se dizer, num primeiro momento, que a integralidade é uma das diretrizes básicas do SUS. De fato, a carta constitucional não utiliza a expressão integralidade; ela fala em “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988, art. 198). Mas o termo integralidade tem sido utilizado correntemente para designar essa diretriz, de modo que nos faça pensar seus múltiplos sentidos e aplicabilidade no fazer profissional. A integralidade é considerada rede de serviços em distintos níveis de complexidade e de competências, em que a integração entre as ações nos diversos níveis se realiza e satisfaz o conjunto de cuidados demandados por um indivíduo. Pode ser tomada como a articulação entre promoção, prevenção de agravos, recuperação e restauração da saúde, para a realização do cuidado por meio de ações que se estruturam em um mesmo espaço, com constituição de saberes e de ações que se entrelaçam no trabalho em saúde (FARIAS, 2013).

A integralidade fala de um conjunto de valores pelos quais vale à pena lutar, pois se relaciona com um ideal de sociedade mais justa e solidária e não significa “ver o indivíduo como um todo”. Integralidade não é totalidade, e o termo parte do pressuposto da complexidade do entendimento de saúde-doença. Sendo assim, é ingenuidade pensar que todos os anseios e necessidades do usuário possam ser saciados na sua totalidade (OLIVEIRA e CUTOLO, 2012).

A integralidade pode ser compreendida como um conjunto de noções pertinentes a uma assistência ampliada, com articulação das ações dos profissionais, em uma visão abrangente do ser humano dotado de sentimentos, desejos, aflições e racionalidades. Voltando à pergunta anterior, diríamos que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem-objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas desejáveis por alguns. Ela tenta falar de um conjunto de valores

pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (MATTOS, 2009).

Pensar os indivíduos como sujeitos autônomos, sujeitos de suas próprias histórias, é considerá-los como protagonistas nos coletivos de que participam, corresponsáveis pela produção de si e do universo em que vivem. Um dos valores norteadores da Política Nacional de Humanização é a produção de sujeitos autônomos, protagonistas e corresponsáveis pelo processo de produção de saúde.

Sendo assim, este estudo busca analisar o processo de construção e ação do Programa de Internação e Alta, assim como a interlocução junto às organizações das equipes internas e com as redes de serviços, em busca da prática da integralidade, priorizando a sua qualidade de vida durante o tempo de internação e no pós alta hospitalar. A escolha do tema parte da compreensão acerca da importância do debate sobre práticas integradas e valorizando a intersetorialidade no SUS diante de uma doença tão estigmatizada e que atinge, em sua maioria, pessoas em situações vulneráveis. Também nota-se que não há considerável bibliografia produzida sobre a busca da integralidade na atenção terciária do SUS, onde o foco acaba se dando na atenção básica e as ações das equipes de Estratégia Saúde da Família no território atendido.

Aspectos gerais sobre a instituição e o programa pesquisados

O Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras é uma unidade de referência no tratamento da tuberculose e SIDA, com o objetivo de prestar uma assistência de qualidade aos usuários. Possui como Missão, Visão e Valores institucionais:

- Missão: Prestar assistência de qualidade, promovendo o ensino e pesquisa em Tuberculose e HIV no Estado do Rio de Janeiro
- Visão: Ser reconhecido como serviço de excelência em atendimento para Tuberculose e HIV.
- Valores: Transparência, humanização, respeito, inovação, comprometimento e integração.

Apresentando o Programa de Internação e Alta (PIA)

O Programa de Internação e Alta (PIA) foi fundado em 1º de Abril de 2008. Criado pela percepção de diferentes profissionais preocupados em garantir tanto o acolhimento dos pacientes internados quanto o prosseguimento no seu tratamento ambulatorial, ele inicialmente contemplou apenas o processo de alta dos pacientes do Pavilhão de Tuberculose.

O objetivo inicial era contribuir para a redução do abandono ao tratamento. Para alcançar este objetivo, entende-se que a alta é um processo multi e interdisciplinar, e não meramente o ato de “liberar o paciente” da Unidade, com isso visando garantir que toda a equipe referência do usuário esteja de acordo com a alta.

A partir de 2009, o PIA passou a atuar também no processo de internação dos usuários no tocante ao controle de todas as baciloscopias, culturas e teste de sensibilidade para micobactéria, além da sorologia para HIV. Mesmo após a alta hospitalar, o resultado da cultura é enviado ao Posto de Saúde onde o paciente prossegue em tratamento ambulatorial.

Durante o acompanhamento da internação, a equipe multidisciplinar do IETAP percebeu que o processo da alta também está presente fora do âmbito hospitalar, necessitando de monitoramento quanto à adesão ao tratamento nas unidades de saúde. Isto torna-se claro nos casos de pacientes re-internados no IETAP. O “pacto” entre o IETAP e os Postos de Saúde pode ser veículo de enfrentamento contra o abandono ao tratamento e consiste em estratégia de ação para alcançar uma das prioridades do Pacto pela Saúde 2008, divulgado pela portaria n.º 325, em 21 de fevereiro de 2008, no Ministério da Saúde, que consiste no “fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, como a tuberculose”.

O objetivo geral da pesquisa é analisar o processo de construção e ação do Programa de Internação e Alta, assim como a interlocução junto às organizações das equipes internas e com as redes de serviços, em busca da prática da integralidade. Como objetivos específicos, temos:

- 1) Aprofundar academicamente o debate sobre a integralidade, a fim de fazer uma interlocução com as práticas do programa estudado.
- 2) Recuperar o histórico institucional e das práticas realizadas pelo PIA.
- 3) Analisar os dados colhidos nas entrevistas.
- 4) Levantar questionamentos sobre os avanços e desafios para a melhoria dos serviços rumo à interdisciplinaridade.
- 5) Contribuir para o debate da integralidade no atendimento a usuários com tuberculose e na rede terciária de saúde.

No presente trabalho, articularemos dois sentidos da integralidade. O primeiro relacionado ao fazer profissional da equipe do Programa de Internação e Alta do Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras e segundo relacionado à criação de redes, laços e vínculos para o usuário quando ele tem alta hospitalar, a fim de buscar assegurar a continuidade de seu tratamento ambulatorial.

CAPÍTULO 1:

O LUGAR DA INTEGRALIDADE: PENSANDO SOBRE PRÁTICAS INTERDISCIPLINARES, ACOLHIMENTO E CUIDADO

1.1 A INTEGRALIDADE E SEUS MÚLTIPLOS SENTIDOS

É importante pontuarmos o lugar da integralidade no Sistema Único de Saúde. O termo é derivado da palavra “integral”, que significa estar inteiro, completo. Por que a integralidade surge como um princípio para o SUS? A afirmação deste princípio contrapunha-se a um dado de realidade que era, justamente, a ausência da integralidade. A ausência, no campo da saúde, da compreensão do ser humano, da coletividade como seres inteiros na relação de integridade em relação às suas demandas.

Mattos (2009) aborda em sua literatura que

“...a Constituição de 88, que se tornou conhecida como a Constituição Cidadã, tem como uma de suas marcas o reconhecimento de muitos direitos de cidadania. A saúde, por exemplo, é reconhecida como direito de todos e um dever do Estado. De acordo com o texto constitucional, deveria caber ao Estado a tarefa de garantir a saúde para todos, através de políticas sociais e econômicas voltadas tanto para a “redução do risco de doença e de outros agravos”, quanto “ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. É nessa segunda perspectiva que a Constituição reconhece a relevância pública das ações e serviços de saúde, e delinea um sistema único (o SUS) integrado pelas ações e serviços públicos de saúde, mas do qual também podem participar, em caráter complementar, instituições privadas. O que caracteriza esse Sistema Único de Saúde (que de modo algum é o único sistema de saúde no Brasil) é seu financiamento público. Esse sistema único de saúde estaria organizado em torno de três diretrizes: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral; e a participação da comunidade.” (MATTOS, 2009)

O princípio da integralidade, que foi incorporado ao SUS, vem revestido de várias dimensões a serem pensadas e analisadas. Se o sistema não dava conta de atender as diversas demandas da sociedade do ponto de vista das suas complexas necessidades de saúde, seja no atendimento de doenças das mais comuns às mais complexas, a integralidade é tomada como uma orientação geral na organização dos serviços. Ou seja, na organização do próprio modelo

de saúde. O modelo de saúde pública, para ser integral, precisa olhar para as necessidades e as demandas da população. Ainda temos- desconhecendo da integralidade -, cada vez mais serviços pautados nas necessidades dos profissionais e distanciados das necessidades reais da população.

“Integralidade, no contexto da luta do movimento sanitário, parece ser assim: uma noção amálgama, preche de sentidos. Nessa perspectiva, aquela pergunta inicial – o que é integralidade? – talvez não deva ter resposta unívoca. Talvez não devamos buscar definir de uma vez por todas a integralidade, posto que desse modo poderíamos abortar alguns dos sentidos do termo e, com eles, silenciar algumas das indignações de atores sociais que conosco lutam por uma sociedade mais justa. “ (MATTOS, 2009)

O usuário, ao chegar a uma unidade de saúde para buscar atendimento, ele chega “inteiro”, com seus sintomas físicos, psíquicas, com sua cultura e questões subjetivas, com sua história social, entre outros elementos. É um indivíduo inteiro, não possuidor de uma enfermidade apenas. Não é um par de pulmões adoecidos, uma perna quebrada, um sangue com excesso de açúcar. Da mesma forma a comunidade, quando se torna objeto de um serviço de saúde, ela se apresenta “inteira”, com suas particularidades, suas características - que podem ser extremamente ambíguas à da comunidade vizinha -, suas regras, além das doenças que mais afetam aquele público específico. Lidar com a questão social, em suas múltiplas expressões⁷, é saber que cada local pode apresentar fragilidades e vulnerabilidades extremamente específicos.

Na lógica atual, o indivíduo é fragmentado e imediatamente ele se torna alguém que necessita do uso de diversas especialidades médicas e aparelhos de saúde. Por outro lado, faz parte da integralidade, também, a não observância das questões que singularizam o sujeito. Ora, se o indivíduo possui determinados atributos e situações que o tornam mais singular e único, como é o caso de sua orientação sexual, gênero, etnia, território em que vive, com o que seja que torne

⁷ A questão social, cuja gênese é o conflito capital-trabalho, possui atualmente expressões múltiplas (pobreza, desemprego, violência, discriminação de gênero, raça, etnia e orientação sexual, trabalho precário, dificuldade de acesso à saúde, à educação e ao trabalho, falta de moradia, violação dos direitos das crianças e idosos), e como tal, carece da articulação de ações diversificadas capazes de inserir no jogo social e garantir direitos aos invalidados não só pela ‘desfiliação’, mas pela própria conjuntura histórica do país. (BADARÓ, 2013)

o indivíduo que demanda o cuidado pela saúde. Tendo este indivíduo como um sujeito singular⁸, cabe à integralidade, também, atender e dar conta de compreender e incorporar essas singularidades relacionadas ao sujeito. É isso, que em muitas das vezes, irá determinar formas condutas, e basicamente, deverá mediar o respeito à integralidade e à integridade daquele sujeito.

De todos os princípios e diretrizes do SUS, possivelmente é o da integralidade o menos visível e o de mais amplo entendimento e percepções. Acredita-se que um dos fatores propulsores da integralidade seja a busca por transformações no processo de formação de profissionais de saúde, passando de um modelo cartesiano de atendimento para práticas integrativas e complementares.

A Lei Orgânica de Saúde estabeleceu os princípios do SUS, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988. Um deles é a integralidade, “[...] entendida 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 complexidade⁹ do sistema”. Desse modo, esse princípio busca assegurar ao usuário uma atenção que inclui ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Ou seja, o atendimento necessita se direcionar também para a saúde e não apenas para a doença. As ações preconizadas formam um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas.

A revisão da literatura mostra que outros significados têm sido adicionados, ampliando a concepção de integralidade. Assim, Mattos (2003) salienta três grandes grupos de sentido para a integralidade, relacionados com:

⁸ Sobre a singularidade, P. Aulagnier fornece indicações importantes para pensarmos não apenas as condições para a constituição do sujeito como também as exigências éticas que regulam a experiência psicanalítica. É nesse contexto que se delinea um campo complexo de indagações sobre os limites suportáveis da dor psíquica e sobre os efeitos mortíferos das expectativas de um outro no psiquismo de um sujeito.

⁹ O atendimento pelo SUS acontece em três níveis de atenção: no primeiro, estão as Unidades Básicas ou Postos de Saúde, a “porta de entrada” ao SUS, onde são marcadas consultas e exames e realizados procedimentos menos complexos, como vacinação e curativos; no segundo, entendido como de média complexidade, estão as Clínicas, Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais Escolares, que dão conta de alguns procedimentos de intervenção, bem como tratamentos a casos crônicos e agudos de doenças; e no terceiro, de alta complexidade, estão os Hospitais de Grande Porte, onde são realizadas manobras mais invasivas e de maior risco à vida.

- 1) atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se define como uma boa prática, ocorra ou não no âmbito do SUS;
- 2) atributos da organização dos serviços; e
- 3) respostas governamentais aos problemas de saúde.

Tal concepção é bastante abrangente, nos trazendo à reflexão acerca do papel dos diversos atores envolvidos na prática do princípio da integralidade. Quanto aos atributos das práticas, a integralidade tem sido relacionada com uma série de aspectos¹⁰:

- a) atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade, não em um recorte de ações ou doenças;
- b) visão integral do ser humano, que não deve ser focado como um conjunto de partes (pulmão adoecido, coração fraco, demência mental, onde as partes não dialogam com o todo)
- c) valorização dos aspectos cotidianos da vida do paciente, ao invés de se centrarem as práticas apenas na doença;
- d) compreensão da inserção de cada indivíduo num dado contexto familiar, social, comunitário e cultural.
- e) conexão com uma base de valores relacionada com um ideal de uma sociedade mais justa e solidária;
- f) reconhecimento da importância do diálogo, permitindo que as diversas vozes dos usuários sejam ouvidas com uma escuta ativa¹¹.

¹⁰ Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.

Fonte: Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z.

¹¹ A escuta qualificada e comprometida implica em ouvir o sujeito e sua família, a fim de conhecê-lo para além dos contornos patológicos. Isso alinha-se aos preceitos da Política de Humanização que, em suas diretrizes, encaminha as práticas de saúde à valorização da dimensão subjetiva, comprometidos com a produção de sujeitos autônomos em seus processos de saúde. Portanto, humanizar um atendimento por meio de uma escuta diferenciada significa, entre outras atitudes, inserir o sujeito que se encontra adoecido no seu tratamento. É importante reposicioná-lo como agente de seu próprio processo de saúde, construindo assim maior grau de responsabilização sobre seu cuidado e que esses processos se estendam para além do contexto hospitalar. Isso só é possível, na medida em que se viabiliza esse espaço de escuta e intercâmbio de informações entre profissional e usuário, envolvendo este num elo de acolhimento (CECILIO; MERHY, 2003)

g) práticas intersubjetivas, onde profissionais de saúde relacionam-se com sujeitos, não com objetos.

Em relação aos significados da integralidade pertinentes à organização dos serviços e às respostas governamentais, podemos citar os seguintes sentidos¹²:

- a) forma de organizar o processo de trabalho em saúde, de modo a satisfazer as necessidades de saúde da população;
- b) acesso a técnicas de diagnóstico e tratamento que se fazem necessárias para uma maior resolutividade da atenção;
- c) construção de políticas especificamente programadas para dar respostas a problemas de saúde.

Mattos (2004) considera a integralidade como uma “imagem objetivo”, ou seja, ela designa certa configuração desejável, possível de ser concretizada, representando uma forma de se distinguir o que se quer construir do que existe. Assim, podemos entendê-la como uma crítica a uma atitude médica fragmentária, baseada na especialização e que reduz o sofrimento do paciente apenas a aspectos biológicos, e limita as práticas dos profissionais de saúde à atenção individual curativa.

É preciso atenção para certas limitações da compreensão acerca do que realmente significa integralidade. Ela não se reduz ao acesso da população a diversos níveis de serviços de saúde, pois depende de outros fatores para se realizar. Também não pode ser confundida com totalidade, presumindo-se a formação de profissionais generalistas capazes de assumir todas as funções da clínica, sem levar em conta a complexidade do processo saúde x doença, e a necessidade de constituição de equipes multiprofissionais. Tal concepção privilegia apenas a atenção médica.

Deste modo, Feuerwerker (1998) expõe a necessidade de cada profissional de saúde compreender as limitações da sua possibilidade de atuação, assim como de mudar as relações de poder entre as diversas categorias profissionais e

¹² Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Integralidade da atenção à saúde.

também entre estas e os usuários teve início nos EUA com o questionamento da atitude fragmentária e reducionista dos médicos frente aos pacientes. Na realidade, a integralidade baseia-se em uma nova concepção do ser humano e das suas relações, de modo que está relacionada com a mudança de paradigma no campo da saúde.

Vale identificar, também, outro aspecto da integralidade relacionado à ação dos profissionais enquanto integrantes do processo de controle social.¹³ É imprescindível que os profissionais tenham uma observação integral sobre as necessidades de saúde da população, pois também é contra a integralidade quando focalizam as suas práticas políticas de defesa da saúde para os interesses corporativos demandados pelo setor assim representado pelo profissional. Com isso, sacrifica-se uma prática política de integralidade da luta pelo SUS.

Um grande desafio encontrado está relacionado ao próprio modelo de atenção à saúde. Quando o SUS foi criado, sabia-se que estava nas bases de sua criação a reorientação do modelo de atenção. A integralidade deve ser o eixo a ser consolidado na reorganização deste modelo de atenção à saúde. Tão importante quanto torna-se a necessidade de qualificar e reorientar a gestão das unidades de saúde no enfrentamento da integralidade. A integralidade precisa ser também um princípio da organização da própria gestão da saúde. Ainda como desafio temos a própria consolidação do SUS. O SUS, como projeto político de saúde, foi uma conquista popular, mas possui grandes lacunas postas, inclusive a grande questão que mais fere a legitimidade do sistema é a questão do financiamento¹⁴ pelo imediatismo que é submetido o Sistema Único de Saúde.

¹³Controle Social é a integração da sociedade com a administração pública, com a finalidade de solucionar problemas e as deficiências sociais com mais eficiência. O Controle Social é um instrumento democrático no qual há a participação dos cidadãos no exercício do poder colocando a vontade social como fator de avaliação para a criação e metas a serem alcançadas no âmbito de algumas políticas públicas

¹⁴A Constituição Federal de 1988 determina que as três esferas de governo – federal, estadual e municipal – financiem o Sistema Único de Saúde (SUS), gerando receita necessária para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde. Planejar este financiamento, promovendo arrecadação e repasse necessários de forma a garantir a universalidade e integralidade do sistema, tem se mostrado, no entanto, uma questão bem delicada. As restrições orçamentárias para o setor – sobretudo a falta de recursos nos municípios – e a necessidade premente de superá-las fazem com que as discussões sobre o financiamento

Também, a própria integralidade que o SUS foi concebido, compondo o Sistema de Seguridade Social¹⁵. Podemos construir um sistema que, se não tivermos avançado com as mudanças no Estado que possam garantir qualidade de vida, insistiremos em uma saúde sem integralidade. Portanto, a articulação, consolidação e retomada da ideia de saúde como integrante da Seguridade Social é imprescindível na integralidade e a consolidação do sistema nas bases que ele foi criado também, pois não podemos deixar de olhar a ausência de integralidade do sistema privado de saúde que hoje, conforme reiteram os políticos brasileiros, precisamos aprender a conviver, quiçá aderir e deixar o sistema público para os mais miseráveis, ideal contrário ao princípio da universalidade. Este sistema particular de saúde está todo baseado nesta linha da fragmentação, da negação ao acesso, que contrapõe o projeto do Sistema Único de Saúde.

Acrescentando mais sentidos a este debate tão amplo, diversificado e sem barreiras que limitem conceitos fechados e estritos, podemos também compreender a integralidade em três eixos temáticos: o direito à saúde, o trabalho em equipe e a participação e os espaços públicos. A partir desses eixos, também pode ser discutida a relação entre profissionais de saúde e usuários. Hoje, a integralidade está muito mais clara e evidente não como um princípio

ocupem constantemente a agenda dos movimentos sociais e políticos que atuam em defesa do SUS. Os percentuais de investimento financeiro dos municípios, estados e União no SUS são definidos atualmente pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional 29. Por esta lei, municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde cabendo aos estados 12%. No caso da União, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da lei orçamentária anual. Diversas instituições organizadas reivindicam, no entanto, que a União destine pelo menos 10% das receitas correntes brutas para a saúde pública brasileira, o que não se consolidou com a sanção da Lei Complementar nº 141. Diante disso, organizou-se o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública, Saúde + 10, com o objetivo de coletar assinaturas para um projeto de lei de iniciativa popular que assegure o repasse deste percentual, alterando a legislação vigente. Outro debate que se levanta a partir do subfinanciamento da saúde é a relação entre o público e o privado, já que recursos públicos acabam sendo repassados ao setor privado.

¹⁵A seguridade social é definida na Constituição Federal, no artigo 194, *caput*, como um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. É, portanto, um sistema de proteção social que abrange os três programas sociais de maior relevância: a previdência social, a assistência social e a saúde.

constitucional que ganha materialidade na prática e no cotidiano dos serviços de saúde, das instituições de saúde, na participação dos diferentes sujeitos. Integralidade é um termo plural, ético e democrático e ganha materialidade e concretude. Ela não é um termo vazio e não é desprovida de sentidos. É um termo polissêmico, em que pode ter múltiplos sentidos, desde que esteja pautada em uma postura ético política voltada para a cidadania. (PINHEIRO, 2004)

A integralidade aparece no dia a dia das pessoas, a começar pela maneira com que elas são atendidas nos serviços de saúde. Cada vez que uma pessoa entra em um serviço de saúde e encontra com profissionais de saúde que tratam esta pessoa como uma coisa ou objeto, simplesmente como um portador de uma doença, mas compreendem como um sujeito que tem medos e outras necessidades que vão para além dos remédios e do tratamento das doenças que elas eventualmente tenham, estamos percebendo a prática da conduta da integralidade.

Ela faz parte de uma trajetória escrita pelo ensino, pesquisa e serviço de saúde. Podemos então pensar: como a integralidade implica no ensino, pesquisa e qualidade dos serviços? A integralidade se caracteriza como um eixo que assume características muito importantes para repensarmos tanto a formação como o cuidado em saúde, a assistência à saúde e a formação para esta assistência.

Os profissionais de saúde precisam ter o conhecimento da cultura da população, em seus mais amplos sentidos, para facilitar a relação entre o profissional e o usuário. Um importante exemplo a citar é que o profissional de saúde se esforce para compreender as crenças religiosas dos usuários, onde eles recorrem às suas práticas na busca da melhoria do seu estado de saúde. Não se pode desprezar a dignidade humana e a diversidade cultural, onde cada um realiza a busca pela sua própria cura.

Saúde e doença, cuidado e atenção, ação preventiva e curativa, individual e coletiva, são interdependentes. Se, por acaso, algum desses elos se rompe, o

resultado final da ação fica comprometido. É preciso escutar e respeitar o direito de escolha do usuário. Quando falamos de escuta, falamos da escuta não passiva, e sim de uma escuta ativa. A ideia da auteridade¹⁶ com o usuário é fundamental neste aspecto. Ou seja, o direito de escolha pela prática terapêutica se coloca como uma questão central. Precisa-se ser discutida a terapêutica e o usuário também escolhe sobre ela, já que ele tem um poder de decisão sobre ela. O usuário precisa ser esclarecido sobre a função da terapêutica exercida e ser esclarecido sobre as práticas que garantam a ele um bem-estar e alívio do seu sofrimento.

É preciso falar em cuidado, em atenção, em direito de escolha do usuário e isso implica em enfatizar a questão da escuta e incorporação das necessidades desse usuário, do que, de fato, está construindo esta demanda por saúde. Precisa-se incluir o olhar, a participação da população das várias maneiras possíveis nas instâncias, nos conselhos, nos serviços, para a construção do cuidado. Para que este cuidado realmente inclua estas demandas construídas socialmente e que, de fato, essa atenção possa se dar de uma maneira integral.

A integralidade como um princípio do SUS é entendida, justamente, sobre qual é a diretriz ético e educativa que temos de articular as ações em diferentes níveis de atenção. Ao articular essas ações, há de se ter uma visão e prática inclusivas, pois são vários os aspectos a serem considerados. Esse é, de fato, a margem e o limite de agregarmos valor para a cidadania: a saúde. Com o SUS, temos um deslocamento do sentido de saúde. O conceito de saúde, antigamente, era basicamente biomédico e estava ligado à ideia de ausência de doença. O SUS complexifica esse conceito de saúde, trazendo a questão da qualidade de vida e colocando-a em debate. Para se conseguir ter uma ausência de doenças e, ao mesmo tempo, promover a saúde como qualidade de vida, precisa-se estar no território de atendimento e saber dos usuários o que eles entendem por qualidade de vida também. Não deverá ser uma relação verticalizada, onde os

¹⁶É a capacidade de se colocar no lugar do outro na relação interpessoal (relação com grupos, família, trabalho, lazer), com consideração, identificação e dialogar com o outro. Quando alguém se relaciona com outras pessoas ou grupos é preciso conhecer a diferença, compreender a diferença e aprender com a diferença, respeitando o indivíduo como ser humano psicossocial.

profissionais de saúde imponham um conceito de qualidade de vida para a população. Pelo contrário, é uma relação transversal, na qual há um diálogo entre a comunidade, suas culturas e estes profissionais de saúde trabalhadores do SUS.

O conceito de promoção da saúde é importante na ideia da integralidade, mas a integralidade, enquanto conceito complexo busca exatamente que não seja feita essa diferenciação entre o que é promoção e o que é atenção à saúde. É exatamente diminuir a partição do sistema de saúde, pois não se explica o humano pelas partes, e sim pelo seu todo. Então, se somos singulares, totalitários e estamos em relação a um outro todo, não podemos partir estes conceitos entre promoção, atenção educação em saúde. Teremos que pensar como podemos fazer tudo isso ao mesmo tempo: pensar integralmente.

Quando pensamos em integralidade, precisamos ir muito além da assistência ao usuário. Para todo este sistema acima citado funcionar, precisamos ter profissionais capacitados para atuar dentro desta lógica integral de trabalho. Para isso, o profissional precisa, durante a sua formação, treinar e refletir sobre as suas atitudes. Em que ele possa trabalhar com outros profissionais, conhecer outras profissões e saberes, saber que rede de saúde complexa e multifacetária é essa na qual ele irá trabalhar. É fundamental que este profissional tenha desde o início de sua formação - seja ela qualquer formação em saúde – a noção de que trabalhará com outros profissionais e que isso significa aproveitar todos os momentos em que estiver atendendo ao usuário, ter esta referência em relação a como faz parte desse sistema de saúde.

“A integralidade é entendida como sendo a articulação de saberes que se debruçam sobre o fenômeno coletivo da saúde e da doença; sustenta os saberes que orientam a organização e administração das ações em saúde; conjuga os trabalhos nos níveis de complexidade crescente da atenção primária à terciária, passando pela secundária, e prioriza as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.” (CECILIO,2003)

A integralidade na atenção hospitalar pode ser [...]

“ [...] problematizada também a partir de dois ângulos: a integralidade da atenção olhada no hospital e a partir do hospital (a integralidade tendo como referência o atendimento no ambiente hospitalar em si) e a integralidade tendo com referência a inserção do hospital no sistema de saúde, que é um campo atravessado por várias lógicas de funcionamento, por muitos circuitos e fluxos de pacientes, mais ou menos formalizados, nem sempre racionais, muitas vezes interrompidos e truncados, construídos a partir de protagonismos, interesses e sentidos que não podem ser subsumidos a uma única racionalidade institucional ordenadora.” (CECILIO, 2003)

Com vistas à prática da integralidade, os profissionais precisam exercitar a busca sistemática daquelas necessidades mais silenciosas dos sujeitos (MATTOS, 2004), que podem revelar que aquele sofrimento manifesto primeiramente não se tratava de uma prioridade para eles, mas apenas uma estratégia de vínculo e busca por acolhimento do profissional de saúde. Nas visitas domiciliares, há a busca incessante por refinamento da qualidade da relação dialógica do profissional com o usuário, a fim de que estes evoquem suas reais necessidades, expectativas ou temores.

Leatt (2000) relatou que, para que os pacientes possam se assegurar de que realmente existe um sistema integrado de serviços:

- não precisar repetir sua história em cada atendimento;
- não precisar se submeter a repetições inúteis de exames;
- não ser a única fonte de informação para que o médico ou outro profissional conheça a sua história de utilização de serviços, procedimentos e medicamentos;
- não se restringir a um nível de atenção inadequado por incapacidade de atendimento em outro nível (superior ou inferior);
- receber informação clara e precisa sobre a qualidade da assistência e resultados esperados das opções terapêuticas, permitindo-lhe fazer escolhas esclarecidas;
- ter acesso fácil (por exemplo, telefone) e oportuno aos diversos exames e profissionais;

- ser rotineiramente contatado para prevenir complicações de problemas crônicos;
- receber apoio domiciliar e treinamento em autocuidado que maximize a autonomia.

1.2) A INTERDISCIPLINARIDADE NA SAÚDE

Conceituar interdisciplinaridade não é uma tarefa fácil, pois esse termo não apresenta um sentido único e estável; é algo dinâmico que requer o envolvimento e esforço de várias pessoas. É um fenômeno que cada vez se torna mais específico e necessário nos campos de atuação, seja no interior da academia, seja nos ambientes de trabalho, promovendo uma assistência de qualidade e efetiva.

Fazenda (2003) destaca que a interdisciplinaridade é uma atitude especial ante o conhecimento, que se evidencia no reconhecimento das competências, incompetências, possibilidades e limites da própria disciplina e de seus agentes, no conhecimento, na valorização suficiente das demais disciplinas que se sustentam e tangem o saber e o fazer.

Pode-se considerar interdisciplinaridade uma troca intensa de saberes profissionais especializados em diversos campos, exercendo, dentro de um mesmo cenário, uma ação de reciprocidade e mutualidade, que pressupõe uma atitude diferenciada a ser assumida diante de um determinado problema, ou seja, é a substituição de uma concepção fragmentada e distante por uma visão unitária e abrangente sobre o ser humano (OLIVEIRA, 2011).

Minayo (1991) avalia que a interdisciplinaridade na saúde só pode ser construída a partir de uma visão sóciofilosófica que faça crítica ao fragmentário e à visão funcionalista tradicional, mas que também consiga criar uma proposta epistemológica com axiomas comuns a um conjunto de disciplinas.

Para ela, essa perspectiva é viável [...]

“ [...] partindo da criação de um paradigma mais abrangente que supere a dominação do modelo bio-médico e as concepções reducionistas das ciências sociais, o âmbito científico da saúde tem a seu favor sua ligação direta e estratégica com o mundo vivido, o mundo do sofrimento, da dor e da morte com o qual é chamado a se confrontar diariamente. Esse apelo cotidiano do serviço e da política social traz a área da saúde para a arena inquestionável da vida. E é no diálogo com esse radicalmente humano que está seu escudo para o salto qualitativo interdisciplinar” (MINAYO, 1991, p. 76).

Piaget (1973) destaca que interdisciplinaridade é o grau mais elevado de interação entre as disciplinas. Ele defende a não verticalização entre elas e sim a necessidade de se compartilhar uma mesma plataforma de trabalho, atuando sobre conceitos em comum e esforçando-se para que haja melhor inter-relação profissional. Com isso se efetiva uma nova combinação de elementos internos e o estabelecimento de canais de trocas entre os campos em torno de uma tarefa a ser desempenhada conjuntamente.

Oliveira (2011) afirma que o processo interdisciplinar envolve questionamentos sobre o sentido e a pertinência da colaboração entre as disciplinas, visando a um conhecimento do “humano”. A primeira condição de efetivação da interdisciplinaridade é o desenvolvimento da sensibilidade e da comunicação entre as diversas áreas, promovendo, dessa forma, a troca de informações de diferentes campos do conhecimento com o intuito de alcançar a mesma finalidade.

A atuação em equipe, para se dizer interdisciplinar, precisa aproximar-se da prática do trabalho desenvolvido em uma “equipe integração”, na qual se produziriam relações com base na interação dos agentes e na articulação dos saberes e fazeres. Interação é entendida como uma prática comunicativa que se caracteriza pela busca de consensos entre os envolvidos no processo de trabalho em saúde, de modo que estes possam argumentar, reciprocamente, em relação ao trabalho cotidianamente executado e construir um projeto comum. A articulação representaria as conexões entre os diferentes saberes e fazeres envolvidos no cuidado à saúde, conexões que se dão de modo ativo e consciente, sendo evidenciadas pelo agir dos profissionais.

No que se refere às relações entre profissionais de saúde e usuários e familiares, a atuação interdisciplinar propicia outro modo de relacionar-se, estimulando a percepção e a atenção às suas necessidades, além daquelas relacionadas à doença ou ao motivo que os levou a buscar os serviços de saúde (MATTOS, 2008).

Ao trabalhar em equipe temos a oportunidade de compartilhar saberes e trocar experiências, indo ao encontro de um conhecimento inclusivo, em que não haja mestres ou discípulo, inferior ou superior. Onde todos estejam no mesmo nível de interesse e envolvimento em prol, no caso, dos usuários dos serviços de saúde. Sendo assim, contribuimos para uma assistência integrada, através de uma equipe interdisciplinar, com atendimento individual e em grupo, praticando preceitos de responsabilização, vínculo, acolhimento e humanização. Valorizamos o saber, unindo saber popular com saber científico, pois nas atividades realizadas e pensadas em equipe, o indivíduo é o centro da ação enquanto participe de seu processo saúde/doença. Desta forma, as práticas interdisciplinares na saúde devem buscar a concretização da saúde enquanto qualidade de vida, no momento em que procura contribuir para uma assistência integrada, através de uma equipe que busca cotidianamente a interdisciplinaridade, praticando ações individuais e em grupo, pautadas nos preceitos de humanização, acolhimento, responsabilização e vínculo.

1.3) O CUIDADO AO USUÁRIO

Pensar em integralidade também é pensar em cuidado. Suas definições e práticas caminham lado a lado e se relacionam o tempo todo na prática de equipes e profissionais comprometidos com estes conceitos. Mas, afinal, o que é o cuidado na sociedade contemporânea? O que queremos definir como cuidado? O cuidado está muito associado à questão da saúde, da doença e do tratamento destas doenças. Então, se queremos ter uma visão mais ampla de cuidado, precisamos nos situar no que atualmente tem sido um tema importante para a sociedade contemporânea, que é a falta de cuidado.

A falta de cuidado já se inicia no plano social. Isto ocorre em função dos valores atualmente hegemônicos na sociedade, que é a questão do individualismo como valor predominante da busca do sucesso acima de qualquer preço. Também muito se fala do cuidado consigo próprio, como se o sujeito fosse isolado de toda sociedade, como se fosse possível cuidar de si próprio sem que outros estivessem envolvidos nisso. Este conceito de cuidado está diretamente relacionado ao egocentrismo e individualismo.

O cuidado cotidianamente é visto apenas como uma questão de tratamento de saúde ou cuidado em saúde (prática de exercícios físicos, boa alimentação) e com atividades para a autopreservação ou a preservação de um estado de saúde em que a pessoa possa sobreviver. É importante citar estas outras visões sobre o conceito para se ir além das noções de cuidado que usualmente são trabalhadas academicamente no campo da saúde, que é a questão do cuidado como conjunto de relações sociais ou interpessoais que se desenvolvem no campo da sociedade como um todo e na cultura. Então, entendemos o cuidado como conjunto de relações que se estabelecem entre as pessoas, entramos no campo da sociabilidade, de como as pessoas veem umas às outras, de como elas se relacionam entre si e de como elas cuidam umas das outras. Então, essa noção de cuidado é ampla e diversificada, porque ela se dá em um plano muito mais amplo do que propriamente da atenção à saúde, da prevenção à doença ou do tratamento de alguma situação específica. Não que não seja importante o aspecto relacionado ao tratamento, à prevenção e ao cuidado pessoal, mas a questão mais importante é como as pessoas, na sociedade, estão ou não cuidando-se entre si.

Certos valores que são dominantes na sociedade contemporânea não favorecem o cuidado, não no plano de preservação da vida e de relação entre as pessoas. Ao contrário, pode favorecer a discriminação, o isolamento e o abandono do valor principal a ser cultivado, que é o da vida. Com a dominância do individualismo, as pessoas não conseguem se ver como serem multidimensionais ou pluridimensionais. As pessoas, seduzidas pelos meios de comunicação – sobretudo os virtuais- acreditam que são multidões de indivíduos similares, uma massa homogênea e singular. Muitas vezes, o fato de termos

uma multidão de indivíduos reunidos não significa que temos uma multidão de pessoas reunidas, porque se estivessem se colocando no lugar de pessoas, estariam vendo o outro como tão importante e fundamental como ela mesma. Então, para que se seja mais do que um indivíduo, para que seja um ser poli ou multidimensional, é muito importante que se reconheça o outro como si mesmo, com o mesmo valor, seja ele possuidor de gostos ou crenças diferentes da sua, de outra classe social ou etnia, de outro gênero ou de outra orientação sexual. Essa é considerada a questão fundamental do cuidado na sociedade contemporânea e que deve anteceder todos os demais conceitos de cuidado relacionados a esferas específicas: o cuidado que deve vir das pessoas para as outras pessoas. Portanto, creio que o lócus principal e central da questão do cuidado na sociedade contemporânea é o reconhecimento da auteridade. Sem o reconhecimento da auteridade, pois não é possível a existência de um “si mesmo” sem o reconhecimento do outro, pois é o outro que o coloca como um ser singular e irreduzível.

O fato mais importante atualmente é o reconhecimento de nossa polidimensionalidade, seres extremamente complexos e que temos em comum um fato coletivo que se chama humanidade. O tempo inteiro estamos resignificando e retribuindo sentido às coisas.

Toda comunicação humana compreende um emissor, um receptor e uma mensagem a ser transmitida. Para que isso ocorra perfeitamente, o meio que se interpõe entre os dois participantes precisa apresentar condições mínimas para não impedir a circulação de informações e o código da mensagem a ser decifrado pelo receptor. Na situação face a face, o outro é apreendido em um vivido presente, partilhado pela dupla, envolvido por esquemas adquiridos socialmente. (BERGER; LUCKMANN, 1985).

O vínculo que se forma entre um usuário que sofre e solicita ajuda de alguém (revestido de um jaleco e um possível saber) tem seu valor adquirido através da antiguidade. A capacidade de curar, de afastar a dor e o sofrimento, de conhecer os mecanismos de doença e saúde é consagrada pelo grupo social. Não importa se os elementos para a compreensão do processo doença-saúde sejam vírus,

bactérias, fungos ou anticorpos; o indivíduo que domina esse conhecimento atrai atenção e sentimentos que vão da admiração ao medo e desconfiança.

Via de regra, desde o primeiro contato do usuário com os profissionais de saúde, já há alguma interação e o surgimento de elementos terapêuticos, que podem favorecer ou prejudicar a linha de cuidado, por meio da construção ou não de um vínculo. No entanto, é comum os profissionais não valorizarem ou mesmo ignorarem esse aspecto, deixando de lado o poder terapêutico do vínculo.

Merhy (1994) destaca que “criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, nos sentindo responsáveis pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática nem impessoal”. Esse sentimento de responsabilidade tem sido um dos elementos fundamentais na ação dos profissionais de saúde. Dessa forma, é muito importante o entendimento de como se organiza a relação profissional de saúde vs. usuário, que, quando bem-estruturada, é terapêutica.

A ação terapêutica decorrente de vínculos de cuidado bem-estruturados sustenta-se em quatro pilares que permitem, de forma específica, a ação de diferentes técnicas psicoterápicas. Esses pilares são mecanismos presentes em qualquer relação terapêutica, podendo ser instrumentalizados por todos os profissionais de saúde. São eles: o acolhimento, a escuta, o suporte e o esclarecimento (GOLÇALVES e FIORE, 2010).

1.4) ACOLHIMENTO E ESCUTA ATIVA

Comumente, o termo acolhimento significa um arranjo tecnológico para a organização dos serviços que visa garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais comuns e/ou referenciá-los, se necessário (CAMPOS, 1997). O termo acolhimento também pode ter um enfoque nas relações interpessoais. A equipe, ao acolher os que procuram o serviço de saúde e/ou dela necessitam, exerce a superação do

acesso ao profissional, que agora exercerá a escuta clínica solidária (BUENO; MERHY, 2001), por meio da qual se garante a relação no processo de atendimento e construção da cidadania. Assim, identificam-se as necessidades e inicia-se a construção do vínculo (MATUMOTO, 1997).

O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

Neste sentido, quando se aborda a PNH, menciona-se o acolhimento como diretriz em conjunto com a clínica ampliada, tendo assim como propostas: a obrigação com o sujeito e não com a doença; o reconhecimento dos limites dos saberes com a afirmação de que o sujeito é sempre maior que o diagnóstico proposto; a afirmação do encontro clínico entre dois sujeitos – profissional de saúde e usuário; a busca pelo equilíbrio entre os danos e benefícios gerados pelas práticas de saúde; aposta nas equipes multiprofissionais e transdisciplinares e formato de corresponsabilidade entre diferentes sujeitos e defesa dos direitos dos usuários.

Por meio do processo de acolhimento, a pessoa é convidada a falar e a expor suas necessidades. Isso acontece em todos os momentos terapêuticos, seja na demanda espontânea, nos atendimentos programados, individualmente ou em grupo. A escuta permite o desabafo e cria espaços para o usuário refletir sobre seu sofrimento e suas causas.

A escuta e o diálogo são habilidades próprias dos seres humanos, sendo comum a concepção da escuta, como apenas o ouvir, o que pode ser perigoso, levando a acreditar que a escuta é instintiva. Neste contexto, pode ser percebido em profissionais da área da saúde e também nos usuários que a resolutividade dos

casos relatados por estes pode estar sendo comprometida pela subjetividade presente em cada caso, uma vez que há indícios de que a relação e a comunicação com eles não têm sido suficientes ou não se processam (RAIMUNDO E CADETE, 2012). Os autores relatam ainda que,

“(...) no processo de escutar o outro, ao se assumir a provocação de pôr as próprias certezas entre quatro paredes e passar a acolher o ponto de vista do paciente, amplia-se a capacidade de antever outras dimensões possíveis. Trata-se aqui de uma competência que não se pode dispensar que deveria ser ensinada e exercitada com base na graduação dos cursos da área da saúde e também em todos os aspectos de interação e atendimento do ser humano” (RAIMUNDO E CADETE, 2012).

A escuta qualificada conceituada pelos sujeitos traz, em seu bojo, sua essência, ou seja, mostra adesão aos conceitos e pressupostos advindos da PNH. Enquanto acolhe e escuta, o profissional de saúde pode oferecer continência aos sentimentos envolvidos e aflorados naquele instante, reforçando a segurança daquele que sofre e ajudando-o a buscar soluções para seus problemas, sejam eles de ordem social, psicológica, motora ou clínica.

Não raramente, o motivo de demanda ou do atendimento transcende a queixa declarada. Há fantasias ou crenças relacionadas aos sinais e sintomas, ou ainda busca de informações de como enfrentar determinadas situações, como o adoecimento, a falta de autonomia, a dificuldade de convivência com outros usuários nas enfermarias. Dessa forma, o encontro acolhedor e vinculante desfaz fantasias e aumenta a informação, reduzindo a ansiedade ou depressão quando estão presentes. Também facilita a reflexão e permite uma reestruturação do pensamento com repercussões nos sintomas emocionais e até mesmo físicos.

Segundo Silva Junior e Mascarenhas (2005), o acolhimento pode ser entendido como um dos conceitos que se articula ao princípio da integralidade (em toda sua polissemia) e que facilita a tradução desse princípio na prática. Os autores dizem que

[...] podemos pensar no acolhimento em três dimensões: como postura, como técnica e como princípio de reorientação de serviços.

Como postura [...] pressupõe a atitude, por parte dos profissionais [...] de receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas. Os trabalhadores de saúde incorporam a escuta e a conversa com o usuário como importantes instrumentos de trabalho, e não como tempo e conversas desperdiçados. [...] como técnica, instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizadas (que) facilitam o atendimento na escuta, na análise, na discriminação do risco e na oferta acordada de soluções ou alternativas aos problemas demandados. Identificam-se as demandas dos usuários e, com isso, rearticula-se o serviço (SILVA JUNIOR E MASCARENHAS, 2015).

O acolhimento tem sido discutido por diversos autores como uma estratégia de reorientação da assistência à saúde, buscando alterar a lógica do atual modelo tecnoassistencial, no sentido de alcançar o princípio da universalidade. Trata-se de um dispositivo de participação que vai muito além da mera recepção do usuário:

“É nesse chamado ‘espaço intercessor’ que ocorrem o conflito, a possibilidade de mudança e do ato criativo, que permitem superar as barreiras e dificuldades no atendimento das necessidades de saúde [...] o acolhimento deve ser considerado uma nova tecnologia de trabalho, situando-se no âmbito da denominada micropolítica do trabalho em saúde, em que o processo de trabalho torna-se espaço público, passível de discussão coletiva e de reorientações, permitindo a efetiva autogestão de trabalhadores e construção da autonomia dos usuários, obviamente, sem negar a importante e decisiva influência da macropolítica no contexto da saúde.” (HENNINGTON, 2005, p. 260).

Neste sentido, o acolhimento necessita de uma postura humanizada do trabalhador, que se coloca no lugar do usuário, percebe suas necessidades e constrói respostas a estas dentro dos princípios do SUS de integralidade e humanização (RAMOS e LIMA, 2003).

Mais do que ouvir e criar vínculos, o acolhimento é uma prática de cuidado em saúde. Podemos, então, reconhecer nas estratégias de melhoria de acesso e desenvolvimento de práticas integrais, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização como práticas integrais (Pinheiro, 2002).

O acolhimento, enquanto diretriz operacional, propõe inverter a lógica da organização e do funcionamento do serviço de saúde (Franco et al., 1999), e que este seja organizado de forma usuário-centrado. Para isso, os autores partem dos seguintes princípios:

1 Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.

2 Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento – , que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.

3 Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. (Franco et al., 1999, p.347)

Os mesmos autores defendem o acolhimento como dispositivo para interrogar processos intercessores que constroem relações nas práticas de saúde, buscando a produção da responsabilização clínica e sanitária e a intervenção resolutiva, reconhecendo que, sem acolher e vincular, não há produção dessa responsabilização (Franco et al., 1999). Merhy (1994) propõe refletir como têm sido as práticas em saúde nos diferentes momentos de relação com os usuários. O autor afirma que uma das traduções de acolhimento é a relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuários.

O maior desafio dos profissionais é concretizar, na prática cotidiana, a superação do diagnóstico de necessidades e se integrar à “voz do outro”, através de uma mudança na relação técnico-usuário, evidenciando o ser social, com vida plena e digna como expressão de seu direito, numa perspectiva que coloca o usuário como sujeito de sua própria história (GOMES e PINHEIRO, 2005).

Vale ressaltar que tal abordagem acolhedora e vinculante é necessária para que os profissionais de saúde em uma unidade de longa permanência de internação ofereçam os cuidados em saúde de forma integral, atingindo igualmente as pessoas com queixas físicas e/ou com algum grau de sofrimento emocional, incluindo os portadores de transtornos mentais, que é grande parte do número

de usuários internados – sejam por neuroses, psicoses ou demenciados pelo uso abusivo de álcool e outras drogas. Assim, ao identificar-se capaz de apoiar as pessoas por meio da construção do vínculo, o profissional está exercendo o cuidado integral em saúde.

CAPÍTULO 2 LEVANTAMENTO DA HISTÓRIA E FAZER PROFISSIONAL NA INSTITUIÇÃO E PROGRAMA ANALISADOS.

2.1) SOBRE O IETAP

O Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras (IETAP), localiza-se no bairro do Barreto, na Rua Dr. Luis Palmier n. 762, município de Niterói, Estado do Rio de Janeiro. Foi fundado em 1891 como um hospital filantrópico destinado a atender aos doentes acometidos por varíola. Recebeu, inicialmente, o nome de “Isolamento do Barreto”. As acomodações iniciais ficavam em um barracão de madeira e mais tarde foi destinado aos pacientes com doenças transmissíveis agudas. Nesta época também foi chamado de “Lazereto”.

Em 1918, durante a Gripe Espanhola, a Prefeitura de Niterói realizou a primeira reforma. No ano de 1935 o hospital foi remodelado com os barracões reservados para os portadores de Tuberculose que ficavam isolados para não contaminarem seus familiares. Nesta época o hospital passou a se chamar “Hospital do Barreto”.

Em 1944, o interventor do Estado do Rio de Janeiro, Dr. Ary Parreiras, iniciou a construção do pavilhão central com seus próprios proventos. No ano de 1947 o hospital passou a ser denominado de Hospital Ary Parreiras, destinado ao tratamento de Tuberculose, tendo um centro cirúrgico e era especializado em doenças transmissíveis agudas. Na época, seu público alvo era formado por crianças e adultos de ambos os sexos.

Em 1950, a Campanha Nacional contra a Tuberculose construiu o pavilhão anexo com dois conjuntos de enfermarias e capacidade total de 150 leitos. No ano de 1955 ocorreu a transferência dos pacientes masculinos para o Sanatório Azevedo Lima. O Hospital Ary Parreiras teve que incluir em suas dependências uma maternidade devido à longa permanência de suas paciente internadas.

Em 1974 as crianças foram transferidas para Petrópolis e o pavilhão central mobilizado para receber os pacientes oriundos do surto iniciado em 1973 de Meningoencefalite Meningocócica. Foi montado assim um laboratório de microbiologia e o hospital voltou a ser misto. No ano de 1979 foi reativado o serviço de Tisiopediatria. Em 1983 este serviço foi transferido para o Hospital Estadual São Sebastião.

Em 1984 dois pavilhões foram desativados, permanecendo apenas o pavilhão central com cinquenta e oito leitos. No ano de 1988 o pavilhão anexo foi reformado e em 16 de novembro de 1990 o hospital passou a chamar-se Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras (IETAP).

No ano de 1993 iniciou-se o serviço de broncoscopia e foi inaugurada a enfermaria da SIDA no pavilhão anexo 2, a qual foi desativada por um curto período e reinaugurada em 1999 pelo Dr Gilson Cantarino, com dezoito leitos no pavilhão central. Em 2004 foi inaugurado o Ambulatório de Tuberculose Droga Resistente (TBDR) e Micro não Tuberculose (MNTB) Margareth Pretti Dalcom.

Nos leitos de TB, há distribuição entre enfermarias de internação com escarro positivo e escarro negativo, enfermaria de “permanência” e enfermaria de pacientes já negativos, por questões de biossegurança. Para a SIDA, há 16 leitos agrupados em enfermaria para grupos de 4 pacientes (masculinos ou femininos) e também 02 leitos na enfermaria para pacientes graves (demanda interna). Assim, totalizando 129 leitos, sendo 111 para TB e 18 para SIDA. Os pacientes com diagnóstico TB/HIV circulam com internação entre as duas enfermarias, dependendo da necessidade clínica.

O atendimento multidisciplinar é realizado por médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, odontólogos, equipe de enfermagem (com comissão de curativo), psicólogos e serviço de endoscopia respiratória. Dentre as especialidades médicas, o instituto dispõe de pneumologistas, cirurgião de tórax, clínicos, otorrinolaringologista, psiquiatra, cardiologista e infectologistas.

O IETAP é um órgão público da administração direta, pertencente à Secretaria de Estado de Saúde, do Governo do Estado do Rio de Janeiro, sem fins lucrativos. É referência terciária na internação de pessoas com tuberculose (TB), coinfeção TB/HIV e HIV. Estes últimos localizam-se no pavilhão central. Possui também um ambulatório destinado ao atendimento externo a indivíduo acometido por Tuberculose Droga Resistente (TBDR)¹⁷ e MNT¹⁸. O público atendido é adulto e misto, possuindo alas de internação masculinas e femininas, sendo que o convívio entre ambos os gêneros é realizado durante o dia nas áreas comuns entre as enfermarias, área externa para banho de sol e atividades de equipes, além do refeitório. À noite, os pacientes masculinos e femininos são direcionados aos seus respectivos leitos.

Cada usuário internado no IETAP possui a sua equipe de referência, com médico pneumologista, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e psiquiatra, caso aja necessidade clínica. As equipes de enfermagem e odontologia atendem sob esquema de plantão. Todas as demandas desses usuários são direcionadas aos profissionais referenciados responsáveis, caso a questão seja levada a outro profissional. Os profissionais referenciados dialogam e montam em conjunto o projeto terapêutico percebido como ideal para cada paciente, além de haver reuniões de discussão de caso entre equipe, onde até mesmo profissionais que não acompanham determinado usuário opina sobre a situação debatida.

O IETAP possui um caráter de hospital de longa permanência, onde muitas internações são por questões sociais, com usuários que estão em situação de rua ou assumem dificuldade em continuar o tratamento em domicílio. Quando o usuário solicita continuar internado até o final do tratamento, não desejando ter alta quando não estiver mais contaminando e puder seguir o acompanhamento na unidade municipal de saúde, seu posicionamento é respeitado. Não há qualquer indício de embate ou discordância da Secretaria do Estado de Saúde

¹⁷ A Tuberculose Multirresistente é uma tuberculose resistente a, pelo menos, dois medicamentos que são nucleares no seu tratamento: a Rifampicina e a Isoniazida.

¹⁸Micobactéria Não Tuberculosa

pelo perfil de asilamento da unidade, permitindo que as internações sociais se mantivessem para aqueles pacientes que sinalizam não haver condições de continuar o tratamento após a alta, seja pelo uso abusivo de substâncias psicoativas, seja por estar em situação de rua, seja por insegurança e medo de abandonar o tratamento.

De acordo com a diretora geral da unidade,

“a tuberculose, por ser uma doença de viés social e o paciente na maioria das vezes estar muito vulnerável, essa internação social é muito bem entendida pelo Estado. É claro que isso tem um impacto nos nossos indicadores em termos de taxas de ocupação e tempo de permanência, mas a gente não tem problema com falta de vaga. Então, tudo isso é explicado. Quando a gente faz os nossos indicadores, as pessoas sabem qual é o perfil da unidade. Então, entendendo o perfil da unidade, você entende que o tempo médio de permanência é maior. Não há esse problema.”

Segue abaixo o relato da diretora geral sobre o perfil de internação da unidade e a característica de hospital-abrigo dada ao IETAP. Deu-se a necessidade da transcrição da entrevista para o levantamento histórico devido ao fato dos relatórios e documentos institucionais se aterem a dados gerenciais. Cabe ressaltar que as entrevistas foram o instrumento que mais deu conta de responder às necessidades da pesquisa em questão devido ao perfil de análise de práticas que raramente são relatadas e documentadas.

“É de entendimento da gestão da unidade que, em casos de internação social, o ideal é que o paciente escolha se deseja continuar o tratamento internado. O grande risco em longa permanência hospitalar sem ser por más condições clínicas é o usuário ficar vulnerável a outras doenças. Então, muitas das demandas de idas e vindas de internação são também porque ele não aguenta, não quer ficar muito tempo aqui, quer voltar para a situação original dele. PORÉM, quando a coisa piora pra ele, ele quer voltar pra cá, Então, por o hospital ter essa característica – você trata, tem uma grande melhora do paciente, ele ganha peso – essas idas e vindas também pioram. Então, eu acho que o acolhimento do paciente e a redução dos danos enquanto ele está aqui com a gente, isso é muito importante de ser trabalhado. Abstinência é uma coisa que impacta muito e vai gerar problemas lá na frente, ao longo da internação; a situação familiar e até a própria situação alimentar pra ele. A gente tem pacientes que chegam com 32 kg e a gente dá alta pra esse paciente já muito melhor. Então, nessas situações de idas e vindas de internação do mesmo paciente, eu ainda acho que o ideal é que a gente tem que focar o trabalho no paciente para que ELE queira ficar internado até melhorar e se sinta bem aqui, pois muitas vezes eles nos procuraram, a gente abraça a causa, mas assim que apresentam qualquer sinal de melhora – que eles acham

que estão bem, mas não estão - ele quer ir embora. Ou arruma confusão para querer sair, ou foge. Então, eu acho que a ponta, o posto de saúde, ele tem entendido isso, mas nos níveis de atendimento de emergência, isso é complicado. Então, se a gente tivesse como abarcar lá fora isso, eu acho que a redução de danos seria maior, porque receber o paciente aqui eu recebo, o que eu não posso é segurar o paciente aqui se ele quiser ir embora. Muitos funcionários que desconhecem a tuberculose, que não lidam com a tuberculose no dia a dia, muitas vezes acham que internar o paciente vai ser a solução, e NÃO É. Pode ser se ele quiser ficar, não vai ter problema algum, mas, às vezes, o paciente é transferido pra cá, fica dois, três dias e quer ir embora ou foge. Isso pra ele é péssimo. Então, eu não posso prender ninguém aqui que não queira ficar. A gente não tem internação compulsória de tuberculose, isso não existe no Brasil. No trabalho tem que ter a humanização, o acolhimento, o esclarecimento. A gente tenta fazer isso aqui, tanto é que muitos pacientes ficam. Mas com aquele que não quer fica muito complicado, então eu acho que sempre tem que ter esse acolhimento.”

Entre as atividades recentemente iniciadas na instituição por equipes interdisciplinares, podemos listar:

- Rodas de bate papo com os familiares, a fim de acolher, escutar e tirar dúvidas pertinentes ao processo de internação ou a questões específicas das diversas profissões
- Criação dos grupos de reunião de equipe, Comissão de Humanização, Comissão de Descartes de Materiais e Comissão de Segurança do Paciente
- Jogos interativos, buscando a socialização, participação e também melhora da coordenação motora dos usuários.
- Palestras sobre temas relacionados à tuberculose, autocuidado e assuntos pelos pacientes demandados.
- Construção da biblioteca no pavilhão de tuberculose, destinada aos usuários e tendo seu acesso constantemente livre.
- Festa de aniversariantes do mês para os pacientes.

O Programa Brasil Alfabetizado, em parceria com a Prefeitura de Niterói, visando alfabetizar os usuários que assim desejassem, esteve ativo até 2015, quando a profissional responsável se aposentou.

2.2) O PROGRAMA DE INTERNAÇÃO E ALTA

A ideia de criação do Programa de Internação e Alta nasceu do setor de Serviço Social, em 2008. A atual diretora geral da unidade, que à época era médica do pavilhão da tuberculose, tinha como preocupação o tratamento após alta hospitalar, percebendo que o número de reinternações na unidade era grande e que muitas destas situações se davam pelo fato do usuário não conseguir, sozinho, acessar a rede de saúde para a continuidade de seu tratamento e acompanhamento.

Pela falta de histórico documentado do setor no que tange a sua criação e para melhor entendimento das reais necessidades e da realidade vivida à época de criação do programa, foi realizada a entrevista com a atual diretora geral da unidade e coordenadora do PIA.

“Não adiantava eu tratar o paciente muito bem aqui e ele não continuar o tratamento lá fora. Até porque a gente sabe que, pela característica social da doença e necessidade de tratamento, ele precisa tomar remédio durante um bom tempo. É um tratamento muito longo. Me doía muito, e também ao pessoal do Serviço Social, a algumas assistentes sociais que a gente percebia que o olhar era o mesmo no cuidado a esse paciente, da gente ver que fazia esse trabalho todo direitinho aqui, e quando ficava na responsabilidade do paciente ir lá pra fora e dar prosseguimento ao tratamento, ele mesmo marcar a consulta, às vezes ele se perdia no sentido de parar de se tratar. Então, essa observação foi de experiências não muito boas com alguns pacientes que reinternaram, e aí surgiu a ideia de organizar melhor essa saída do paciente. Mas, também, conferir efetivamente se ele estava comparecendo nas consultas ambulatoriais. Então, essa ideia nasceu do Serviço Social mas eu também encampeei, porque eu tinha a mesma preocupação e muitos pacientes reinternavam comigo. Aí, eu conversava com o Serviço Social: “a gente tem que fazer alguma coisa pra isso melhorar”. O que a gente fez aqui foi adaptar o que a gente achava que era importante. Alguns hospitais só marcavam a consulta, aí a gente começou a fazer a marcação e ampliar o que diz respeito ao lado social, falar com a família, verificar o pós alta, se ele efetivamente está se tratando na unidade referenciada, até transferir, entre aspas, essa “responsabilidade” da busca pro posto.. Mais do que tudo, a gente conseguiu construir um laço, como se fosse um elo. Nossa unidade fica ligada a várias outras, para quem a gente dirige os pacientes. No início houve resistência de algumas unidades, mas a gente conseguiu reverter. Daí que foi construída, basicamente, a história do PIA. No início do programa eram duas assistentes sociais, eu, uma funcionária administrativa e um enfermeiro.

E foi muito difícil, no início, a gente fazer com que os médicos se acostumassem a seguir protocolos, a escrever o que era necessário e a ver a importância do Serviço Social, dizendo que o parecer social era importante naquela época...que o médico não era soberano. A gente não é soberano em nada. É claro que o peso da responsabilidade da alta é grande, a alta inicia no médico, mas essa alta tem que ser participada a todas as equipes que trabalham com paciente pra ver se todo mundo está de acordo. Então, criou-se essa ideia de multidisciplinaridade da alta e também o conceito de que a alta começa no momento da internação. A alta precisa começar a ser vista nesse momento. “ (Mesquita, 2016)

Antes da criação do programa, a alta era exclusivamente médica e o hospital entregava um encaminhamento para que o usuário buscasse uma unidade para continuar o tratamento. Porém, não havia a percepção e a preocupação em criar as redes de atenção ao paciente, buscar a unidade de saúde de referência no seu território. Essa responsabilidade era destinada ao paciente que, muitas vezes, não conseguia acessar a rede por desconhecimento sobre seu funcionamento, por vivenciar situações de constrangimento frente às equipes – principalmente em casos de pessoas em situação de rua.

A partir da criação do PIA o processo de internação e alta passou a ser acompanhado por uma equipe destinada exclusivamente a este trabalho. Iniciou-se o contato então com as unidades de saúde e o entendimento da alta como um processo complexo, inter e multidisciplinar.

Nos primeiros anos se criação do PIA, a coordenadora e diretora da unidade relata que [...]

“ [...] era muito embate para conversar com os médicos, pra explicar que ele não podia dar alta sozinho, que tinha que esperar as outras equipes, que precisava seguir um protocolo. Então hoje a gente vive já uma estabilidade do programa. ”

Atualmente, a equipe do Programa de Internação é alta é composta por uma agente de saúde, uma assistente social, uma médica e auxiliar administrativo. A equipe está reduzida devido à atual crise do Estado do Rio de Janeiro, onde profissionais foram deslocados para outros setores. A princípio, a proposta era que fosse um projeto comissão de internação e alta, o que, depois, transformou-se no programa de internação e alta e contato direto da unidade com a atenção primária.

A referência primária no controle da tuberculose são as unidades básicas de saúde¹⁹ que atendem ao território do usuário, como exemplos, as Estratégias de Saúde da Família, Clínica da Família. Alguns municípios do Estado não têm o Programa de Controle da Tuberculose descentralizado, então o contato já é realizado imediatamente com a referência secundária. A referência terciária no atendimento à tuberculose são os ambulatórios que tratam a tuberculose multirresistente

De que maneira é realizada esta interlocução com as unidades de saúde? Desde o momento da internação até o momento da alta, o contato é feito diretamente com a unidade de saúde. Durante todo o processo de internação, o PIA realiza o acolhimento com o usuário recém internado, com o intuito de criar um vínculo entre os pacientes e os funcionários do setor. As abordagens são realizadas acolhendo, escutando, fornecendo respostas mais adequadas às dúvidas dos pacientes e estimulando o seu protagonismo durante o processo de internação.

No acolhimento é apresentado o trabalho desenvolvido pelo PIA e, caso o paciente sinalize que já realizava o tratamento em alguma unidade de saúde, a equipe entra em contato com a unidade, informando sobre a internação. Essa intervenção é realizada, pois muitas vezes os pacientes não chegam ao hospital encaminhados pelo próprio Programa de Controle de Tuberculose, mas sim transferido de alguma unidade hospitalar ou unidade de pronto atendimento. Ou

¹⁹A Unidade Básica de Saúde (UBS) é o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. É instalada perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem e, com isso, desempenha um papel central na garantia de acesso à população a uma atenção à saúde de qualidade.

Na UBS, é possível receber atendimentos básicos e gratuitos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia. Os principais serviços oferecidos são consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica. A atenção primária é constituída pelas unidades básicas de saúde (UBS) e Equipes de Atenção Básica, enquanto o nível intermediário de atenção fica a cargo do SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel as Urgência), das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), e o atendimento de média e alta complexidade é feito nos hospitais.

São quatro portes:

UBS I abriga, no mínimo, uma equipe de Saúde da Família.

UBS II abriga, no mínimo, duas equipes de Saúde da Família.

UBS III abriga, no mínimo, três equipes de Saúde da Família.

UBS IV abriga, no mínimo, quatro equipes de Saúde da Família.

seja, o tratamento, nessa situação, já era realizado, o paciente, por questões clínicas, buscou um atendimento emergencial e de lá foi transferido para a unidade referenciada. Nestes casos, a unidade responsável pelo seu tratamento, na ponta, acredita que este paciente abandonou o tratamento, pois não é sinalizada anteriormente da intercorrência hospitalar e o paciente não teve mais contato com a equipe. Observada essa demanda pelos pacientes e pelas próprias unidades de saúde que sinalizavam este fato no momento do agendamento da consulta para o pós alta hospitalar, o PIA passou a realizar este contato, levando esta informação aos municípios de origem de cada usuário.

Em relação à alta, no IETAP há a alta médica e a alta social. O médico se responsabiliza pela parte clínica do paciente e, então, a equipe do Serviço Social preenche com o parecer favorável ou desfavorável à alta no determinado momento. Tanto o parecer social quando o parecer clínico são avaliados pela equipe do PIA e respeitados.

Os tipos de alta trabalhados na unidade são:

- Alta médica: o médico avaliou que o paciente está estável para a continuidade do tratamento junto ao programa de controle de tuberculose municipal, na unidade referência para o seu território. O médico solicitando a alta, mas com a equipe do Serviço Social tendo o parecer desfavorável, o paciente continua internado até haver uma convergência de opiniões. A equipe referência do usuário se reúne com o PIA e analisa o motivo da discordância entre médico e assistente social e traçam, juntos, a melhor conduta a ser tomada caso a caso, respeitando as individualidades e subjetividades. Sendo o parecer do Serviço Social favorável, a equipe do PIA dá prosseguimento ao processo de alta. Os procedimentos adotados são de ir até o paciente para uma abordagem, perguntando com quem ele gostaria de sair do hospital acompanhado ou se deseja sair sozinho e para onde irá após a alta. Se o médico avaliar que o paciente já possui condições clínicas de se tratar na unidade básica de saúde e o paciente avaliar, por diversas circunstâncias, que não há condições de se tratar na unidade básica, ele pode avisar ao médico que

deseja continuar internado. O médico avalia a solicitação. Então, o paciente tem o direito de avisar à equipe que não se sente seguro ou não tem condições de se tratar fora muro hospitalares.

- Alta a pedido: a alta pedido parte do paciente, mas é dado o prosseguimento quando o médico avalia que ele tem condições clínicas de dar continuidade do tratamento na unidade de saúde. Foi uma solicitação do paciente, mas o médico avalia se há condições. O mesmo procedimento da alta médica é realizado: preenchimento do Aviso de Previsão de Alta, e, após, o recebimento do parecer do Serviço Social.
- Alta contra conselho médico: Em outros hospitais, certamente a alta contra conselho seria considerada uma alta à revelia. No IETAP, as equipes trabalham em todo o processo de internação a importância de, quando tiver alta, sair da unidade com toda a organização para o seu tratamento ambulatorial garantida. Se o paciente deseja muito ter alta e a equipe já esgotou todas as possibilidades de sensibilização para a continuidade da internação, para o paciente não ir embora da unidade sem a garantia de seu tratamento, a equipe realiza todo o procedimento de alta para evitar uma evasão futura.
- A alta à revelia, no IETAP, é a evasão. O paciente não aguardou que fosse realizada a transferência de seu tratamento para a unidade.
- Alta administrativa: É quando é esgotada qualquer possibilidade do paciente continuar a internação por quebras de normas institucionais. O IETAP possui um parecer do CREMERJ garantindo a possibilidade da alta administrativa, desde que seja garantida a possibilidade de tratamento em outra unidade de saúde. Assim como as demais altas acima explicadas, o paciente com alta administrativa sai do IETAP com o agendamento de consulta, com as xerox de todos os exames que sejam pertinentes para a continuidade do tratamento e com o boletim de alta, que é um laudo médico com data inicial da internação e fechamento no dia da alta.

Caso o paciente deseje sair da unidade com algum acompanhante, a assistente social do PIA entra em contato com a pessoa informada para esclarecer sobre o processo de alta e agendar a data da alta hospitalar. Baseado nas informações contidas no Aviso de Previsão de Alta, o profissional do PIA agenda o atendimento para o paciente na unidade de saúde mais próxima de sua residência e que seja referência no seu território. Assim, são realizadas as articulações com as unidades de saúde. A equipe do PIA busca sensibilizar o máximo possível os profissionais da ponta em relação à continuidade do tratamento.

Cabe ressaltar a importância do acolhimento na alta pela equipe multidisciplinar para o paciente e seu familiar. O fato de o paciente saber, que ao sair do hospital, ele já estará agendado para a consulta com local, data e hora designados para prosseguir o tratamento traz tranquilidade e bem-estar, sobretudo para aqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade social²⁰ e/ou risco social²¹ ou com vínculos familiares e sociais rompidos ou fragilizados, o que dificulta a busca pelos seus direitos e onde dar continuidade a esse tratamento pós-alta. Ao facilitar e socializar estas informações, pretende-se aumentar a adesão ao tratamento.

Temos, em síntese, que o acolhimento-diálogo corresponde a uma espécie de protocolo geral de comunicação entre todos os elementos que compõem a rede. Assim, não se trata necessariamente de uma atividade em particular, mas de um conteúdo de qualquer atividade assistencial. É dessa forma, então, que o acolhimento-diálogo desempenha papel fundamental na dinâmica organizacional, redundando em encaminhamentos, deslocamentos, trânsitos pela rede assistencial. Trata-se rigorosamente de uma técnica de conversa, um diálogo orientado pela busca de uma maior “ciência” das necessidades de que o usuário se faz portador, e das possibilidades e dos modos de satisfazê-las. (TEIXEIRA, 2003)

²⁰Vulnerabilidade social- baseados na NOB-SUAS, consideramos indivíduos em situação de vulnerabilidade social aqueles que encontram-se em situação de fragilidade ocasionada pela pobreza, pelo acesso precário ou nulo aos serviços públicos ou fragilização de vínculos afetivos (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras) e com vínculos familiares e comunitários ameaçados.

²¹Risco social - consideramos risco social, conforme a NOB SUAS, violações de direitos por ocorrência de violência física ou psicológica, abuso ou exploração sexual; abandono, rompimento ou fragilização de vínculos ou afastamento do convívio familiar devido à aplicação de medidas, uso de substâncias psicoativas, medidas socioeducativas e outras.

De acordo com a Política Nacional de Humanização (2003), o acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Favorece, também, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial da e para a população brasileira.

Sistematicamente, após a data de consulta do usuário no Posto de Saúde, é feito contato telefônico pelo PIA com o PS. Quando este retorno ambulatorial no PS agendado não ocorre, há um intercâmbio de informação entre ambos, visando o incentivo ao PS para tentar resgatar este paciente através da busca ativa pelos agentes comunitários, quando a área é coberta pela ESF, ou a coordenação do Programa de Controle de Tuberculose do município intermedeia a busca junto à unidade de saúde.

As equipes do PCT das Unidades Municipais de Saúde encontram dificuldades em acompanhar seus usuários por diversos fatores, como a localidade de residência, dependência química, fatores culturais, sócio-econômicos, familiares, entre outros. No momento em que a Unidade Hospitalar mostra-se presente e parceira do PS na missão de buscar a adesão ao tratamento, há o fortalecimento da rede institucional de saúde no nível municipal e estadual. Isso possibilita o IETAP a buscar estratégias para diminuir as causas de abandono ao tratamento, formando estatísticas e construção de estratégias de enfrentamento, como o próprio PIA.

A Rede Municipal de Saúde possui uma observação *in loco* e pode analisar os fatores ambientais, culturais e socioeconômicos e que no momento da internação serão primordiais para o acompanhamento daquele usuário que já passou pelo seu PCT. Da mesma forma, informações obtidas no atendimento multidisciplinar do usuário, que na maioria das vezes tem longa permanência, chegando a seis meses de internação por questões sociais ou quando o próprio

usuário solicita a alta curada, também são importantes para o desenvolvimento do trabalho do PCT no retorno ambulatorial do paciente.

Em janeiro de 2014 foi realizada uma reunião com os municípios prioritários no controle de tuberculose no Estado do Rio de Janeiro, pactuando que, mensalmente, o PIA encaminharia via e-mail uma listagem com todos os pacientes que foram admitidos no IETAP ou tiveram alta e que sejam pertencentes ao território de cada coordenação, objetivando contribuir para as ações de vigilância realizadas por cada município. Assim, os Programas de Controle de Tuberculose municipais estão constantemente cientes de seus munícipes internados e já podem, em conjunto com o IETAP quando necessário, estabelecer estratégias para a continuidade do tratamento após a alta.

Após a implementação deste programa, documentos e relatórios do setor apontam que houve maior adesão ao tratamento ambulatorial dos pacientes, maior integração da equipe multidisciplinar da unidade quanto à programação da alta hospitalar e melhoria das parcerias com os funcionários Programa de Controle de Tuberculose dos municípios. Através do PIA, são computadas mensalmente os tipos de alta (evasão, médica e a pedido), visando identificar em que proporção estes tipos ocorrem, de forma a que venhamos priorizar a alta médica; além de poder identificar, nestes três tipos, as altas curadas e melhoradas

A partir deste programa, o IETAP alcança considerável melhoria na qualidade do atendimento prestado para os usuários internos, facilitando o processo de alta hospitalar no que diz respeito ao tratamento ambulatorial, contribuindo com a redução da Morbidade e Mortalidade da Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro.

O Programa de Internação e Alta, reconhecido como um elo importante entre o IETAP e as unidades de saúde referenciadas para o tratamento, é a porta de saída do hospital. Antes da criação do programa, em 2008, os usuários recebiam a alta e, à própria sorte, buscavam localizar a continuidade do tratamento, além de ficarem sem a medicação até iniciarem o acompanhamento ambulatorial.

Essas condições, associadas às condições culturais, sociais e econômicas do público alvo hospitalar, resultava em um número enorme de abandonos do tratamento e reinternações hospitalares, onde, muitas vezes, o usuário retornava ao IETAP e vinha a óbito poucos dias depois devido ao agravamento do quadro clínico.

Atendendo um perfil de usuários onde grande parte encontra-se em situação de rua, é usuária de substâncias psicoativas e está vulnerável socialmente, somando o fato dos usuários relatarem grande dificuldade de serem atendidos nas unidades de saúde por preconceito dos profissionais com população em situação de rua, por demora no agendamento de consulta ou por, muitas vezes, o próprio usuário não conseguir passar ao profissional suas necessidades, a organização do pós alta hospitalar é organizada há oito anos.

O objetivo principal do PIA é evitar o abandono do tratamento da tuberculose, construindo as redes de atendimento que forem necessárias no âmbito da atenção primária e secundária do SUS.

A própria definição da integralidade como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos (PINHEIRO,2003) pressupõe uma rede de serviços. Uma rede de ações e serviços de diversos entes ligados por território e em prol do atendimento integral ao seu usuário. A integração dos serviços de saúde é, conforme se disse anteriormente, consequência natural da necessidade de se garantir o direito à saúde garantido constitucionalmente.

O estímulo à organização de redes integradas de atenção à saúde nos sistemas municipais e estaduais de saúde,

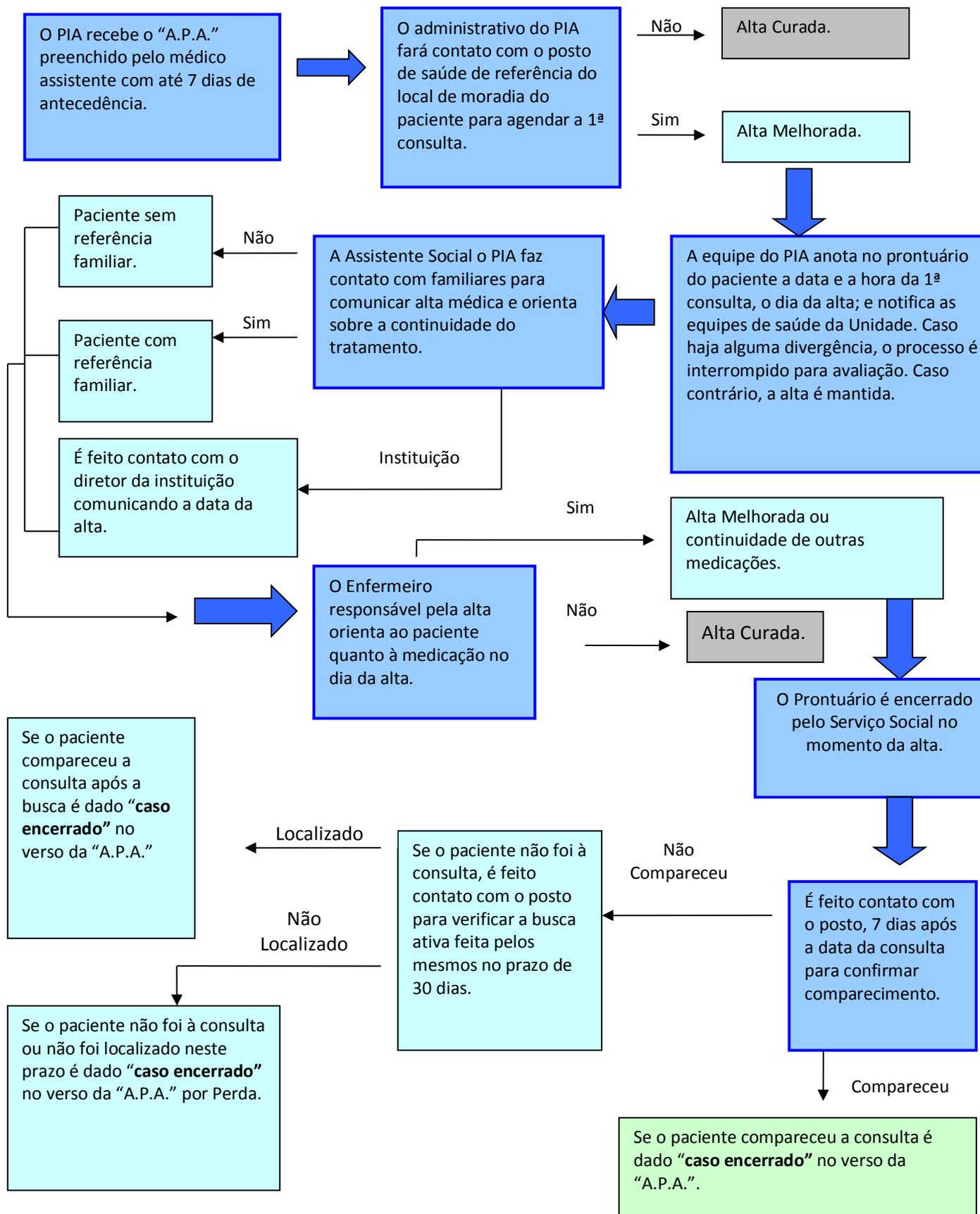
“[...] como forma de garantir a integralidade, universalidade e equidade da atenção à saúde da população brasileira, adquire maior relevância no final da década de 1990 e culmina com a publicação da Portaria GM nº 4.279 de dezembro de 2010²². (MELLO, FONTANELLA E DERMAZO, 2009)

²² Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Programa de Integração e Alta trabalha na formação de redes de atenção à saúde para evitar o abandono da tuberculose e busca:

- Formar relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção ao usuário
- Entender a atenção primária à saúde como centro de comunicação do usuário e para o usuário.
- Planejar e organizar as ações segundo as necessidades de saúde de uma população específica.
- Ofertar atenção contínua e integral
- Estimular o cuidado multiprofissional e interdisciplinar.

O conceito de Mattos (2004) de modelo de saúde pública para ser integral precisa olhar para as necessidades e as demandas da população, é o que embasa esta pesquisa. É nele que se percebeu a necessidade de debater as práticas de um programa pioneiro no olhar diferenciado para a tuberculose na rede terciária do SUS, pois através das demandas sociais e percepções da equipe sobre os erros e acertos na prática profissional, foi pensada a dimensão do cuidado, de responder às necessidades específicas do público atendido e se assegurar a sua rede de atendimento. As dificuldades para as práticas da integralidade são diversas e serão debatidas ao longo dos capítulos.



FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE ALTA DO PROGRAMA DE INTERNAÇÃO E ALTA, DE AUTORIA DA INSTITUIÇÃO E ATUALIZADO PELA AUTORA EM 12/2016.

CAPÍTULO 3

NA PRÁTICA A TEORIA É OUTRA? A PESQUISA DE CAMPO E ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS

3.1) A ESCOLHA METODOLÓGICA

Pretende-se que este capítulo venha expressar o resultado da pesquisa realizada, a partir da materialização das análises construídas com base no percurso metodológico trilhado. Trata-se de um estudo de caso único que busca, além de atingir seus objetivos, compreender o contexto onde acontece tal integração. Caracteriza-se como uma investigação avaliativa de abordagem qualitativa, que “se preocupa com a compreensão interpretativa da ação social [...] atua levando em conta a compreensão, a inteligibilidade dos fenômenos sociais e o significado e a intencionalidade que lhes atribuem os atores” (MINAYO, 2005).

É importante destacar, também, a justificativa pela escolha da metodologia e dos instrumentos metodológicos utilizados nesta pesquisa. Primeiramente, é necessário justificar o porquê a opção pela abordagem qualitativa ao tratar o tema da integralidade. Entende-se aqui que a pesquisa qualitativa permite mergulhar na subjetividade do tema estudado, fazendo com que uma questão inicial e fundamental, se desdobre de uma maneira muito rica em outras múltiplas questões igualmente importantes à questão inicial do trabalho. Em segundo lugar, a abordagem qualitativa promove uma fascinante conexão entre a teoria estudada e apresentada durante a escrita da pesquisa e a prática analisada no trabalho de campo.

A metodologia ultrapassa a mera utilização de técnicas para alcançar os objetivos propostos pelo estudo e, como pertinente ao campo das Ciências Sociais, pretende abranger concepções teóricas considerando a relação entre a fonte empírica e a realidade social (MINAYO, 2012). Dessa forma, para se chegar aos objetivos propostos pelo projeto de pesquisa, serão utilizados alguns instrumentos e métodos de investigação. A pesquisa é caracterizada como qualitativa e exploratória a fim de aprofundar a problemática a ser discutida e

proporcionar a compreensão de vários aspectos que podem envolvê-la, destacando categorias centrais que fundamentam contextos e ideais mais profundos do estudo. No que concerne à utilização dos resultados, é pura, porque não se considera suficiente para alterar a realidade, apenas contribuir.

Triviños (1987, p. 120) explica que a pesquisa qualitativa nasceu das “práticas desenvolvidas pelos antropólogos, primeiro, e em seguida, pelos sociólogos em seus estudos sobre a vida em comunidades.” O autor ainda complementa destacando que na antropologia, a pesquisa qualitativa surgiu quase que de maneira espontânea, na medida em que “os pesquisadores perceberam rapidamente que muitas informações sobre a vida dos povos não podem ser quantificadas e precisavam ser interpretadas de forma muito mais ampla que circunscrita ao dado objetivo.” (TRIVIÑOS, 1987; p. 120)

Também é importante justificar a escolha da entrevista como instrumento de pesquisa e coleta de dados subjetivos e conhecimento da realidade estudada. A escolha da entrevista, mais especificamente, da entrevista semiestruturada deve-se ao fato de ser um instrumento que permite um maior aproveitamento e fluidez do momento da entrevista, pelo fato de apesar de possuir um roteiro com algumas questões-base, questões que surgem no momento da entrevista podem ser colocadas ao entrevistado gerando uma maior fluidez e um melhor resultado na análise das entrevistas. Segundo Manzini (1990/1991) a entrevista semiestruturada “está focalizada em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista.” (MANZINI, 1990/1991; p. 154)

Essa modalidade de entrevista permite, então, um direcionamento mais amplo e livre, sem a necessidade de se engessar e limitar as falas do entrevistado e também do entrevistador às perguntas pré-estabelecidas no roteiro, o que foi preponderante para a realização da pesquisa. Conforme explicitado anteriormente, a carência de sistematização do trabalho realizado em anos anteriores no setor, além da carência de informações que fujam das análises

gerenciais-administrativas, fez da entrevista o instrumento chave para a coleta de dados.

3.2) A INTERDISCIPLINARIDADE E OS DESAFIOS PARA SUA CONSOLIDAÇÃO NA PRÁTICA PROFISSIONAL.

Foram entrevistados oito profissionais de diferentes áreas de atuação dentro do Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras. Entre os funcionários está a gestão hospitalar, duas profissionais atuantes no Programa de Internação e Alta e funcionários que atuam diretamente no atendimento a paciente, como pertencente aos setores de Ouvidoria, Serviço Social e Enfermagem.

A entrevista semiestruturada permitiu que cada entrevistado se aprofundasse na temática que mais lhe fosse tocante, assim como abordasse demais questões que não estavam pontuadas no roteiro.

Durante uma entrevista especificamente, a entrevistada se aprofundou em questões relacionadas à dificuldade de atendimento que o usuário possui na atenção básica, o que acarreta em internações que poderiam ser evitadas se o tratamento já tivesse sido iniciado com antecedência, antes dos sintomas agravarem, ou se houvesse maior diálogo entre as UBS e os serviços de urgência e emergência.

“O usuário entra no SUS pela atenção básica, onde inicia o tratamento de tuberculose. A realidade da atenção básica é, muitas vezes, de deficiência na assistência. A carência de recursos, profissionais mal preparados para lidar com as múltiplas demandas dos usuários, falta de material. Muitas vezes temos, nas unidades básicas de saúde de municípios de menor porte e que trabalham frente a grandes dificuldades estruturais, exames modernos para a detecção da tuberculose, como o teste rápido molecular, e não temos profissionais aptos a realizarem o procedimento. Estes fatos acarretam o atraso no diagnóstico no início da doença e o atraso também da intervenção com o tratamento a tempo de evitar uma possível internação. O usuário que foi atendido na unidade básica e não tem o tratamento adequado ou se ele apresenta qualquer indisposição em relação ao tratamento e retorna para a consulta na mesma unidade, ele não consegue, muitas vezes, a resposta para a sua intercorrência no tratamento, tendo que recorrer às unidades da atenção secundária. Então, não tendo a sua intercorrência atendida, o usuário provavelmente busca uma Unidade de Pronto Atendimento e é realizado o atendimento de urgência. Ou seja, o atendimento dos sintomas apresentados

no momento de seu atendimento. É, então, realizado o exame com a detecção de alguma comorbidade ou alteração laboratorial e o profissional torna a encaminhar o usuário para a mesma unidade básica de saúde, não havendo diálogo nem trabalho em rede entre os profissionais. O usuário retorna sem o atendimento e orientações adequados, ocorrendo, muitas vezes, atraso no diagnóstico e postergação do início do tratamento. Muitas vezes, o usuário começa com a sintomatologia de febre, cansaço, falta de ar, tosse e, às vezes, escarro de sangue, procura uma UBS e lá o mandam voltar daqui a uma semana, por exemplo, ou prescreve o medicamento sintomático. Não sabem reconhecer os sintomas, não sabem pensar no diagnóstico da tuberculose e liberam o paciente. Muitas vezes este paciente fica indo e vindo à UBS, à UPA, e na UPA ele novamente será atendido sintomaticamente, não terá seu diagnóstico correto e se ele já estava fazendo o tratamento para tuberculose, não vai ter a intervenção adequada perante o sintoma que está apresentando.

E assim o usuário retorna para casa, ou se não retorna para casa, busca a emergência de uma unidade hospitalar. Geralmente este usuário chega à emergência hospitalar com um quadro já grave instalado, mais debilitado. Esses pacientes, diagnosticados tardiamente e que já não foram diagnosticados no tempo correto, por vezes necessitarão de atendimentos em unidades intensivas pelo estado grave. O destino deste paciente acaba sendo o óbito na própria emergência, ou obtém uma melhora do quadro clínico na própria emergência, recebe alta e é orientado a buscar a unidade básica de saúde. O ciclo, então, se reinicia. Na unidade básica de saúde o usuário não recebe o tratamento adequado, piora clinicamente e busca a UPA, a UPA trata os sintomas e o doente fica indo e vindo, até bater novamente na porta da emergência.

Ou o paciente é transferido e vai para uma das unidades estaduais de referência para a internação de tuberculose., como é o nosso caso. Se o diagnóstico já está feito, o paciente é internado e, se não há ainda o diagnóstico, o paciente fica aguardando os exames ficarem prontos, que podem demorar dias, onde este paciente já fica mais grave do que deveria.

Quem é este sujeito? É aquele sujeito que é deslocado da unidade básica de saúde, onde ele deveria estar para receber o tratamento adequado, com toda a atenção necessária para o paciente, e passa a fazer este sujeito circular por unidades de densidade tecnológica e padrões assistenciais diferentes. No ambiente hospitalar de referência, o usuário pode ter vindo transferido de outras unidades, pelo SAMU, por meios próprios, vindo de um posto de saúde, da residência ou das UPAs. Este paciente é um paciente muito grave ou pode ser um caso de internação social. (Silva, 2016)

Os pacientes que poderiam enfrentar menos dificuldades se houvesse um acompanhamento de qualidade na rede básica de saúde. Além dos problemas com a falta de remédios, equipamentos e funcionários, a auditoria do Tribunal de Contas da União revela a falta de preparo de quem trabalha com a atenção básica no Brasil. Quase 70% dos municípios não conseguem dar treinamento aos profissionais de saúde.

Em 2015 ²³o Tribunal de Contas da União realizou a auditoria operacional acima citada para avaliar as ações do Ministério da Saúde referentes à atenção básica da saúde. A fiscalização constatou que o número de pessoas internadas em decorrência de problemas de saúde que poderiam ter sido solucionados no nível da assistência básica ainda está muito acima dos índices considerados aceitáveis. Isso seria minimizado caso fosse fortalecido o apoio concedido pelo Ministério da Saúde aos Estados e municípios, no que se refere à identificação das necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento de planos de saúde capazes de atendê-las. Relatórios da Organização Mundial da Saúde realçam que se deve reduzir o enfoque centrado no modelo médico-hospitalocêntrico e se estimular a mudança para os cuidados primários, de cunho mais preventivo.

A auditoria também apontou que o apoio prestado pela União aos Estados e municípios é deficiente no que se refere ao processo de regionalização da assistência à saúde. Outra questão relevante verificada foi o retorno para a atenção básica de pacientes atendidos na média e na alta complexidade, a fim de prosseguir com o tratamento ou a prevenção. Isso foi confirmado em 49% das secretarias de saúde municipais pesquisadas pelo tribunal. O TCU também constatou que o Ministério da Saúde não adota indicadores suficientes para avaliar e monitorar a atenção básica de forma integral, em especial, quanto aos aspectos relacionados à gestão e à qualidade.

Em relação às concepções das equipes sobre interdisciplinaridade - ação fundamental para as práticas da integralidade -, as respostas dadas foram variadas sobre seu entendimento.

“Eu acho que a interdisciplinaridade é levar em conta várias questões do paciente, não só a sua doença, mas sim todas as suas questões e dialogar com vários outros profissionais: psicólogo, assistente social, médico, psiquiatra. Todos eles trabalham em conjunto. Eu acho que aqui no IETAP acontece a interdisciplinaridade, mas com alguns profissionais. Eu acho que alguns se propõem a trabalhar desta forma. Outros não. Então, eu acho que eles procuram outros

²³ Fonte: Portal do Tribunal de Contas da União

profissionais, dialogam, trocam informações, trocam ideias para verem o que é melhor para o paciente. Mas outros não. Na minha visão, eu acho que outros profissionais preferem fazer a sua prática e o outro que faça a dele. Eu acho que não há um perfil de atendimento que todos seguem, cada um atua da maneira que acha melhor. Eu acho que aqui você pode pegar um médico que chega até a assistente social porque ele sabe de alguma coisa, tem alguma informação importante. Aí conversa com essa assistente social ou essa assistente social tem abertura para falar com o médico. Mas acho que tem vários médicos que, se sabem de alguma coisa, não trocam informações, entendeu? Sem esse convívio eu acho que não é muito bom. Eu acho que todos deveriam ter o mesmo perfil de atendimento, mas cada um acaba agindo de uma forma. É algo pessoal, cada um age da maneira que acha melhor. Eu acho que o ideal seria a interdisciplinaridade, mas, de fato, acaba sendo de acordo com cada profissional. ” (Cruz, 2016)

“Eu acho que essas práticas...são umas coisas de conceitos que eles já têm, porque esse hospital é um hospital pequeno. É fácil as equipes terem um diálogo se de fato elas quiserem. Eu acho que ultimamente estão acontecendo algumas coisas que podem vir a melhorar isso. Mas até um tempo atrás era assim: eu sou a assistente social e eu vou fazer a minha parte. Mas, quando chegava no PIA e a gente precisava ter todas as questões bem amarradas entre médico, psicólogo, assistente social, a gente via furos e esses furos eram por causa da falta de informação, entende? O médico falava: “fulano está de alta”, mas a assistente social sabia que esse fulano não tinha uma casa pra ir, entendeu? Então, faltou diálogo do médico e da assistente social. Mas têm outros médicos aqui que sabem tudo da vida do paciente e já nos falam: “olha, ele só pode sair de alta ‘tal’ dia, porque ele está com este problema específico e após a alta só pode ir para ‘tal’ lugar”. Então, eu acredito que seja uma coisa do conceito de trabalho de cada um, tipo “Eu sou médico. Se está bom já da tuberculose, deve ir embora. Agora, se você vai pra casa, se você vai pra rua, não tenho nada a ver com isso” (Cruz, 2016)

Percebeu-se, pelas falas, que não são todas as equipes que atuam de maneira interdisciplinar, ficando a cargo do *modus operandi* de cada profissional. A concepção tradicional baseada em uma visão cartesiana de atendimento ainda é muito presente, principalmente entre os profissionais mais antigos e distanciados do debate acadêmico.

“Eu acho que se não atuamos de maneira mais interdisciplinar é por desconhecimento dos profissionais do que seja a interdisciplinaridade. Esse é um debate muito novo. Eu mesma custei um pouco a entender e ter essa posição. A minha geração, que se formou há três décadas, não tem muita facilidade para compreender essa necessidade de trabalhar

em equipe. Possivelmente a nova geração, que já vem com uma formação atual e um outro olhar quando sai da universidade, consiga fazer com que essa prática se realize. Eu me formei na época da reconceituação do Serviço Social e vejo colegas de outras profissões, temporais a mim, tendo essa mesma dificuldade em sair da sua prática isolada e discutir, construir com as demais equipes. Aqui a gente tem que construir o maior número de laços possíveis para conseguirmos atender o paciente de maneira mais integral. É conversando com a enfermagem, conversando com o porteiro, que fica ali conversando muitas vezes com as famílias quando elas estão aguardando a hora da visita. “ (Alves, 2016).

Netto (1999) trabalha com o conceito de que [...]

“ o sujeito coletivo que constrói o projeto profissional constitui um universo heterogêneo: os membros do corpo (categoria) profissional são necessariamente indivíduos diferentes – têm origens, situações, posições e expectativas sociais diversas, condições intelectuais distintas, comportamentos e preferências teóricas, ideológicas e políticas variadas etc. O corpo profissional é uma unidade não-homogênea, uma unidade de diversos; nele estão presentes projetos individuais e societários diversos e, portanto, configura um espaço plural do qual podem surgir projetos profissionais diferentes. “ (NETTO, 1999)

Com isso, entendemos que a pluralidade de ações e a divergência de entendimentos sobre o fazer profissional é parte do cotidiano de diversas categorias e ambientes sócio ocupacionais, não se atendo apenas à saúde.

“Sempre são as mesmas pessoas aqui pra tudo. É o mesmo grupo que busca dialogar. São as mesmas pessoas, de categorias diferentes, participando de tudo, enquanto tem um grupo enorme que não participa. Vem aqui, cumpre o seu horário, faz o básico sem dialogar com as outras áreas, já que estamos falando de interdisciplinaridade. Aí você vê um outro grupo que é inserido em tudo, em atividades que o próprio grupo acaba criando e é esse grupo determinado que troca informação. Além de não ser uma questão institucionalizada, são as mesmas pessoas que possuem sempre essas ações. E de pouquinho em pouquinho este grupo está crescendo e contagiando outras pessoas que estão aqui há muitos anos e agora se sentem motivadas, porque veem oportunidade de fazer algo novo, diferente, saindo da sua mesmice. Mesmo que as pessoas não participem diretamente, eu acho que elas estão sendo atingidas. Elas conseguem perceber que tem um grupo diferenciado agindo. Estou falando de três anos pra cá e eu percebi que mudou muito. Nesses três anos houve uma rotatividade grande de profissionais aqui no hospital. A gente saiu da forma de contratação da FESP e chegou um grande número de profissionais da Fundação Saúde e acho que esse pessoal novo provoca. Eles provocam os profissionais que não participam. Provocam de uma forma positiva? Provocam de uma forma negativa? Porque aí, quando você trabalha você acaba estimulando que o outro trabalhe também. Pelo menos

eles têm esse papel, que é de provocação dos outros profissionais. “ (Carvalho, 2016)

“Eu já vejo nos debates profissionais a questão da necessidade da interdisciplinaridade. Só que a gente precisa entender que esse movimento é lento. Os próprios profissionais de outras categorias que foram agregando a esse corpo médico, ele simplesmente não se reconheceu e ficou muito naquela questão fragmentada. O Serviço Social desde a sua formação, fala da transformação social, de ver o ser social como um todo. Quanto às outras profissões, a maioria ficava nos seus casulos e pensando apenas na clínica. E quando esse profissional vem para uma prática que precisa ser interdisciplinar, mantém a sua postura pautada apenas na clínica apenas. De estar lá, sozinho na sua sala, não discutindo caso em equipe. Discutir o caso dos pacientes ainda é uma dificuldade para a gente, não apenas no IETAP como em vários outros lugares. Os princípios do SUS estão dados há muito tempo, mas estas práticas individuais ainda perduram, pois estão muito agregadas à formação acadêmica. Pelo menos aos antigos currículos, porque agora já se debate mais sobre isso na academia. “ (Alves, 2016)

Profissionais formados há 30 anos e distantes do debate acadêmico e constante atualização x profissionais engajados na luta por um SUS de qualidade e voltados para o cumprimento de seus princípios. Sentimentos de descrença na saúde pública x vontade de fazer dar certo. Práticas isoladas de atendimento x trabalho interdisciplinar. Equipes tão distintas em suas formações, visões, práticas em saúde e comprometimento com o usuário. A realidade encontrada no Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras certamente não é diferente das práticas realizadas em outras instituições, onde o “choque” geracional, cultural e de práticas adotadas são percebidos em diferentes categorias, mas, principalmente, entre médicos e enfermeiros.

Baseado nas percepções obtidas durante a pesquisa e os relatos fornecidos nas entrevistas realizadas, a autora considerou oportuna uma pequena reflexão acerca da formação em saúde, pensando desde o modelo tradicional hegemônico-cartesiano, passando pela formação voltada para as práticas da integralidade e as necessidades a serem sanadas para as equipes de saúde irem de encontro a um modelo de saúde mais integral.

O modelo tradicional de formação médica, mais conhecido como biomédico, é baseado em uma visão cartesiana²⁴ de divisão do corpo e da mente, sem qualquer inter-relação, desqualificando assim questões psicológicas, sociais, culturais e ambientais envolvidas no processo de saúde-doença. O relatório Flexner²⁵, de 1910 se relaciona com tal modelo e até hoje influencia o ensino e a prática da medicina e, por extensão, de outras profissões de saúde que com ela têm proximidade, como a enfermagem. Entre outros aspectos, o pensamento flexneriano envolve o enfoque na doença e forma profissionais que pensam o mercado de trabalho como, apenas, a atuação em consultório, isolada de outros saberes e fazeres. Nesse modelo, reduz-se o indivíduo a um ser apenas biológico, e se gerou uma visão fragmentada e distanciada do ser humano.

Além disso, também têm sido questionados o inadequado preparo dos médicos para o exercício das suas funções profissionais, o alto custo dos serviços de saúde fundamentados em especializações e a incapacidade de se atender às reais necessidades da população. População essa que não possui poder aquisitivo para pagar uma consulta médica em uma clínica especializada e busca, no SUS, a garantia de seu atendimento em saúde gratuito e especializado. População essa com suas particularidades e com realidade dificilmente coerente à vivida pelo médico que, se não for empático no seu atendimento, pode não compreender o modo com que o outro se expressa e diz sobre suas dores e dúvidas.

O desencantamento com o modelo biomédico ou com a medicina convencional leva muitas pessoas a procurarem formas alternativas de tratamento, de modo que o número de profissionais que praticam outros modelos de cuidado e cura

²⁴Descartes tinha uma visão que o mundo funcionava como um relógio, composto por várias peças que eram fáceis de entender e, ao passo que essas peças são analisadas, passa-se a entender o todo. Ele disse: “vejo o corpo como mais nada que uma máquina”. Este pensamento foi introduzido a partir do século XIX em todas as áreas da sociedade, como política, artes, ciências, etc. Em contrapartida, a visão holística busca analisar o sistema como um todo, não mais examinando as partes, pois ela compreende que se for analisado desta forma, pode-se alterar a propriedade do todo.

²⁵Em 1910, foi publicado o estudo *Medical Education in the United States and Canada - A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, que ficou conhecido como o Relatório Flexner (*Flexner Report*) e é considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial.

está em expansão. Enquanto no modelo tradicional a medicina é especializada, no novo ela se mostra integrada, preocupada com o paciente. Então, a ênfase na eficiência e a exigência de profissionais neutros a qualquer tipo de emoção e vinculação ao paciente dão lugar ao destaque nos valores humanos, compreendendo-se os cuidados profissionais como um dos componentes da cura – ou quando não há cura da doença, na qualidade de vida. Se, numa visão mecanicista, o corpo humano é visto como uma espécie de máquina composta de partes interrelacionadas, e a doença representa um “desarranjo qualquer” em uma delas, o conhecimento necessário para lidar com ele se torna necessariamente fragmentado, apresentado sob a forma de disciplinas isoladas.

Além disso, os conteúdos curriculares dão maior prioridade aos problemas de saúde individuais do que aos coletivos, e desconsideram fatores psíquicos, afetivos, históricos e culturais do adoecer humano. A adequação da prática profissional ao que realmente acontece na realidade também torna-se dificultada pelo fato de se trabalhar com o conhecimento do passado, com aquilo que foi legitimado pela ciência tradicional, e não com os desafios atuais ou com aquele conhecimento que vem dos dados da realidade atual, os quais podem nos direcionar a um futuro com um olhar diferente para a saúde. Desse modo, há pouco estímulo para se pensar criticamente a realidade, visando produzir respostas novas para as questões trazidas cotidianamente.

Conforme relatam Stella e Puccini (2008),

“As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação, na área da saúde (Brasil, 2001), constituem mudança paradigmática do processo de educação superior, de um modelo flexneriano, biomédico e curativo para outro, orientado pelo binômio saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, na perspectiva da integralidade da assistência; de uma dimensão individual para uma dimensão coletiva; de currículos rígidos, compostos por disciplinas cada vez mais fragmentadas, com priorização de atividades teóricas, para currículos flexíveis, modulares, dirigidos para a aquisição de um perfil e respectivas competências profissionais, os quais exigem modernas metodologias de aprendizagem, habilidades e atitudes, além de múltiplos cenários de ensino.” (STELLA E PUCCINI, 2008)

As críticas ao modelo hegemônico de formação das profissões de saúde geraram movimentos organizados que culminaram na organização das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), direcionadas para os cursos de graduação da área. Elas representam uma tentativa de se romper com um modelo tradicional de formação biologicista e introduzir o paradigma da integralidade. Por outro lado, as diretrizes têm exercido uma poderosa influência na elaboração de currículos na formação em saúde. A construção das DCN nos cursos de graduação na área de saúde ocorreu em um momento privilegiado da sociedade brasileira. Por um lado, a Constituição de 88 estabeleceu um sistema único voltado para o atendimento integral e com a participação comunitária. Por outro lado, a homologação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), em 1996, permitiu a flexibilização dos currículos.

De forma geral, um currículo representa um plano pedagógico e institucional que orienta a aprendizagem dos alunos de forma sistemática. O chamado currículo integrado articula dinamicamente trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade, de modo que representa uma possibilidade adequada para a formação em saúde. Outro aspecto importante do currículo integrado é visar o preparo do aluno como sujeito ativo, reflexivo, criativo e solidário. Para isso, devem se criar condições para que o estudante, futuro profissional, consiga construir ativamente o seu próprio conhecimento.

Se, por exemplo, almejamos que as universidades elaborarem currículos orientados pelo princípio da integralidade, é preciso refletir sobre as suas fundamentações. Os currículos também estão implicados com uma determinada visão do conhecimento. Observa-se que há uma cisão entre os problemas da realidade e a organização disciplinar do conhecimento que orienta a formação dos profissionais de saúde. Ou seja, os currículos na graduação são tradicionalmente organizados de um modo tal que contribuem pouco para a resolução das questões concretas e cotidianas. Assim há a necessidade de se aprimorar continuamente a formação dos profissionais de saúde.

No caso do SUS, a integralidade funciona como um dos marcos referenciais para identificarmos problemas, ou seja, aquilo que se distancia do pretendido, o que é

fundamental para a formulação de iniciativas de educação permanente. Embora haja consenso de que a formação de profissionais de saúde deveria ser orientada para formar profissionais para a saúde pública, ela tem se mostrado alheia à necessidade de se promover uma educação baseada nos seus princípios e diretrizes, perpetuando o modelo hegemônico de formação. Cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde, mas tal tarefa constitui ainda um desafio, dadas as características das instituições de ensino e o seu significativo distanciamento do sistema público de saúde.

“A instituição universitária também é redesenhada pelos efeitos dessas experiências de interação com a rede de atenção. O ponto central a esse respeito parece evidente na explicitação de uma contradição entre fragmentação e integralidade. De um lado, a fragmentação, que se caracteriza pelos “especialismos” dos conhecimentos produzidos pelas disciplinas, que fundamentam a lógica dominante no mercado de trabalho em saúde; de outro, a complexidade das demandas sociais apresentadas pelos usuários que buscam os serviços de saúde exigindo atenção integral a seus problemas, no que concerne à busca de cuidado (PINHEIRO, 2004; LUZ, 2003).”

Assim, como ressaltam Ceccim e Feuerwerker (2004), faz-se urgente a necessidade de uma reforma na educação que possibilite aproximação entre ensino e trabalho em saúde. Observa-se uma inexistência – ou quase totalmente- de espaços conjuntos entre instituições de ensino superior e unidades de saúde, onde se possam confrontar as formas de “saber” e “fazer” com o que a realidade requer. Nessa interação, há o risco de se considerar a universidade como referência do saber legítimo, diminuindo o significado dos serviços de saúde como espaços de aprendizagem e produtores de conhecimento. Cada contexto traz a possibilidade de aprender, e ele tem um poder de transformação sobre as ideias. Desse modo, a prática não deve ser entendida como um espaço apenas de verificação de ideias, mas também de construção de novas teorias.

Valorizar o conhecimento que é cotidianamente produzido nas unidades de saúde, articulando-o com o que é criado na universidade, é um passo fundamental para uma adequada formação de profissionais do SUS. Profissionais formados com as inserções na rede de atenção, e que conhecem o SUS e as políticas de saúde, frequentemente adquirem uma postura na sua

atuação de compromisso diante das necessidades do sistema de saúde, o que é importante para o seu efetivo engajamento nas propostas de transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Tais propostas constituem objetivos da formação de profissionais de saúde, a qual necessita se estruturar com base na problematização do processo de trabalho e da sua capacidade de atender adequadamente às necessidades de saúde das pessoas e das populações.

A formação de um profissional de saúde não se esgota no mero aprendizado de competências e habilidades de ordem técnica, mas inclui também o manejo de situações subjetivas, em que assume importância todo um conjunto de valores éticos e morais. Tradicionalmente, entretanto, dá-se ênfase a disciplinas educacionais do domínio cognitivo e, se necessário, àquelas de ordem psicomotora, mas pouco se faz em relação aos aspectos afetivos. Conhecer a realidade e dela criar sínteses críticas constituem o norte dos processos formadores em saúde. No momento atual, pós Reforma Sanitária - e com um debate se aprofundando academicamente sobre a interdisciplinaridade, o cuidado, o vínculo ao usuário - tão rico em propostas de transformação, é preciso saber questionar, criar e agregar conhecimentos e experiências. Formar profissionais de saúde sob a perspectiva da integralidade constitui uma proposta desafiadora, uma vez que significa a ruptura não só com um modelo tradicional de formação, mas também implica na reorganização dos serviços e na análise crítica dos processos de trabalho.

3.3) PERCEPÇÕES SOBRE AS ENTREVISTAS REALIZADAS

Alguns entrevistados citaram confundir os termos integralidade e interdisciplinaridade. Porém, o mais observado foi o pensamento de que integralidade é atender totalmente às necessidades do usuário dos serviços. Conforme revisão anterior da literatura, compreendemos que a integralidade tem em um de seus sentidos a visão integral do ser humano, que não deve ser enfocado como um conjunto de partes. Porém, por mais que o atendimento seja

direcionado para uma visão integral, dificilmente todas as demandas e questões pertinentes ao usuário será sanada, devido à sua pluralidade e por ser um ser multi e plurifacetário. A noção de integralidade como totalidade reduz a sua compreensão e pode vir a prejudicar o profissional, frustrando-o por não ser capaz de responder a todas as questões levadas pelo usuário durante o seu atendimento.

“Eu acho que essa integralidade ela não é feita. Não tem como a gente saber totalmente da prática das outras equipes, não tem como a gente saber totalmente de nada.” (Santos, 2016)

“Pra mim, a integralidade seria... saber as funções de cada setor. Saber como a equipe das unidades de saúde iriam tratar depois que o paciente tem alta. Saber de tudo, de tudo que acontece. Saber o porquê, desde o início da internação, a pessoa está com tuberculose, os setores saberem desde o início o que os outros setores fariam com o paciente durante a internação, como agiriam na sua totalidade. Mas acho muito difícil saber o que cada um vai fazer na sua totalidade, assim como é muito difícil saber tudo em relação àquele paciente. Isso é muito difícil, tem sempre muita coisa que a gente não vai saber integralmente “. (Muniz, 2016)

Entretanto, outros entrevistados mostraram-se engajados no debate sobre o tema levantado e levantaram inúmeros sentidos para o seu significado, cada um dentro de sua prática profissional.

“Eu vejo a integralidade como a gente olhar o ser humano como um todo. Aquele paciente que chega para a gente, ele não é só um leito, ele não é só um número. Ele é uma pessoa que chega aqui, em um momento, com tuberculose e que não pode ser olhado só pela questão da doença. A gente tem que ter o conhecimento de quem era aquela pessoa antes de entrar aqui, como está essa pessoa durante a sua internação e quem é essa pessoa ao sair daqui, porque a pessoa entra e sai de uma forma diferente nesse tempo que ficou conosco. Eu acho que a integralidade passa por tudo. Passa pelas questões sociais, passa pelas questões clínicas que precisam ser olhadas. A gente tem uma característica bem diferente dos outros hospitais, eu acho que a gente é um ‘hospital-abrigo’, e eu acho que PRINCIPALMENTE a gente, enquanto hospital voltado para as questões sociais, precisa agir de forma integral. Então, quando o paciente tiver alta, ele não pode sair daqui só com o agendamento de consulta para o programa de tuberculose. O que mais se percebeu enquanto equipe? Ele pode precisar de um fisioterapeuta, pode precisar de alguém na casa dele fazendo curativo diariamente, vai precisar ser encaminhado para diferentes especialidades médicas e

profissionais. Então, ele vai para além da questão da tuberculose. E como é a relação dele com a sua família? Como é a relação do nosso paciente com o território em que ele vive? A gente vai para além, respeitando o paciente quando ele fala que quer voltar para a rua, respeitando quando ele não quer voltar para a rua e quer ser abrigado. Respeitando o paciente quando o médico dá alta pra ele e ele diz pro médico que não vai conseguir se tratar lá fora por seus motivos pessoais, e aí se respeita que ele permaneça na unidade. Assim que eu vejo a integralidade. Vendo o paciente como um todo, não apenas a clínica, mas suas necessidades sociais, psíquicas.” (Carvalho, 2016)

“A questão da integralidade, ela se inicia também, quando a gente vai colocar essas informações para fora dos muros do Ary Parreiras, se inicia com as informações que as equipes passam. Então a gente precisa ter um bom diálogo com todos que prestam assistência àquele paciente. Antes da alta, a gente comunica as equipes que aquele paciente vai ter alta e espera as equipes se manifestarem. Então, não fica restrito apenas à figura do médico nem restrito ao Serviço Social. Após as manifestações das nossas equipes, a gente faz contato com os postos de saúde. Ao fazer contato com a unidade de saúde, caso aquele paciente tenha necessidades para além do programa de tuberculose, a gente passa essas informações, sinaliza questões que são estritamente necessárias para que aquela equipe olhe aquele paciente como único. Se a gente percebe que a pessoa demonstra dificuldade para fazer adesão ao tratamento, a gente passa isso para a equipe do posto. A gente tenta sensibilizar a equipe lá de fora, ao máximo, para olhar esse paciente como se fosse único. O que a gente pode conseguir lá fora? Só a questão da sensibilização e o agendamento da consulta. Eu nunca trabalhei em uma unidade que tivesse algo semelhante ao que se tem aqui no Ary Parreiras. Primeiro, pelo espaço que eles dão de fala a outros profissionais que não são médicos. Aqui a gente fala de igual para igual com os médicos. Enquanto em outras instituições os médicos são os doutores, os detentores do saber, aqui é muito horizontal isso. A gente conversa, a gente dialoga sobre o paciente. As equipes trocam com os médicos. Claro que não com cem por cento dos médicos, mas com muitos. Médicos trocando com fisioterapia, com psicólogo, com Serviço Social. Aqui se o médico der alta clínica e se não tiver alta social, o paciente não vai embora. Enquanto não se chegar a um acordo, o paciente vai permanecer com a gente. Eu não tinha visto em um hospital AINDA, como ROTINA, aguardar o parecer do Serviço Social. Aqui todos da equipe de referência do paciente precisam falar. Eu acho que a relação entre os profissionais aqui é bem parecida. O valor, o peso que se coloca para cada profissional é bem parecido.” (Carvalho, 2016)

Quando perguntado aos profissionais da rotina, do atendimento direto ao paciente, o que eles pensam sobre as práticas adotadas pelo PIA, notamos que poucos possuem consciência do trabalho realizado pelo setor no que diz

respeito a todo o processo de alta, muitas vezes reduzindo o setor à marcação de consulta ou realização do acolhimento.

“Eu conheço muito pouco sobre o PIA, inclusive quando teve a palestra sobre o programa no centro de estudos eu não assisti. Não era o meu dia de plantão. Mas pelo pouco que eu conheço e que a Dra. Eliene estava explicando que o paciente sai daqui ele já tem consulta marcada fora, tem liberação de medicamento pelo médico, parece ser um programa que faz a tentativa de dar continuidade do tratamento do paciente fora do hospital. Principalmente pelo público que a gente tem, que muitas das vezes não fica internado por muito tempo, que evadem de uma forma muito rápida. São pacientes usuários de drogas, população de rua. Então, é um tipo de público muito difícil de se trabalhar. A dificuldade é para todos os profissionais que trabalham com este público. Não existe um preparo, um treinamento para que eles possam trabalhar aqui.” (Rodrigues, 2016)

“Claro que o PIA, assim como a Ouvidoria, está inserido como todos os espaços que a gente está, como as reuniões de equipe, as reuniões funcionais. Pelo contrário, eu vejo a assistente social do PIA desempenhando um papel de Serviço Social. Não creio que esse seja o papel do PIA, mas como ela é assistente social, acaba se envolvendo nas questões sociais do hospital também, como articulações externas para conseguir angariar recursos para algumas atividades dos pacientes. Eu acho que o papel dela não deveria ser atuar como assistente social, mesmo tendo essa formação. Tem que ter muito cuidado para não atropelar o papel do outro, porque tem uma equipe de Serviço Social aqui que faz esses trabalhos.” (Rodrigues, 2016)

“A construção do PIA não foi tão satisfatória para os assistentes sociais do Serviço Social. Quando se construiu o programa, a gente pensa que seria uma equipe interdisciplinar, e hoje a gente vê só assistentes sociais atuando. O programa veio em conflito com o Serviço Social, que já fazia parte do que o PIA faz. O programa surgiu de um desejo individual e foi abraçado por profissionais que estavam, em 2008, no Serviço Social e gostariam de participar. Com a saída de assistentes sociais do Serviço Social para irem para o PIA, o nosso RH ficou enxuto e nos prejudicou. Isso aí já foi um choque, porque eram pessoas que, hierarquicamente, tinham poder. Em um primeiro momento o PIA foi muito rejeitado. No início da formação do PIA, todas as assistentes sociais tinham saído do Serviço Social para o setor. Depois, elas saíram e entraram profissionais que já foram encaminhadas diretamente pro programa e não atenderam no Serviço Social. Houve conflito entre os dois setores porque a gente tinha uma ideia, e eu ainda tenho essa ideia, de que o PIA faz o que a gente fazia em outros tempos. Eu não vejo o PIA como um agente que busca integrar as práticas não, mas vejo como uma potência para agir assim. Aí sim faria um trabalho diferente do Serviço Social. Essa articulação que o PIA hoje já faz, só acho que ela tem que ser sistematizada. Ainda, neste momento, ela se parece muito com a nossa prática. Hoje eu já vejo os

profissionais do PIA debatendo com as redes que atendem e que podem vir a atender o usuário lá fora. “ (Alves, 2016)

Falta de divulgação do trabalho realizado há oito anos ou desinteresse do profissional em conhecer o trabalho do outro? Percebemos nas falas a resistência do setor de Serviço Social com a criação do PIA, por acreditar que o trabalho poderia ser desenvolvido pelo setor e que as assistentes sociais lotadas no setor de alta deveriam compor o corpo de trabalho do Serviço Social. De acordo com as falas dos profissionais, atualmente já há um maior entendimento do fazer profissional do PIA pela ampla divulgação realizada nos últimos meses de 2016.

“Existe ainda resistência quanto ao PIA, principalmente de alguns profissionais que não querem entender ou não querem cumprir com as ações do programa. A gente tem muita dificuldade com a enfermagem porque a gente não tem algum enfermeiro específico lotado no setor de internação, que também faz a alta, então o enfermeiro plantonista que se envolve hoje com a alta e as ações acabam dependendo da postura profissional dele. Isso facilitaria MUITO o trabalho da gente, porque quando o paciente sai de alta ele sai com orientação da assistente social, da enfermagem. Quando a gente tinha alguém da enfermagem orgânico do PIA isso facilitava muito. Como qualquer unidade, sempre tem conflito no relacionamento entre as equipes, mas hoje em dia é muito menos. Até porque o PIA tem um lugar estabelecido, ele funciona no nosso organograma e está ligado à direção geral por esta característica da unidade. Temos reconhecimento, mas algum problema sempre vamos ter.” (Mesquita, 2016)

Porém, como os funcionários do setor relatam abaixo, quem mais compreende as atividades realizadas são os grupos de funcionários mais interessados e que buscam atuar de maneira integrada e integralizada e a rede de serviço extra hospitalar para onde os usuários são encaminhados, além dos programadas de controle de tuberculose dos municípios e a Coordenação de Pneumologia da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

“Eu acho que muitos aqui no hospital não percebem a importância do PIA, ou não percebiam, porque tem uns quinze dias que explicamos na nossa Jornada de Tuberculose o que é o Programa de Internação e Alta. Então muitos que não conheciam, tinham dúvidas e participaram da jornada, conheceram ali o nosso trabalho. Quem eu vejo que mais

valoriza o nosso trabalho e sempre estão falando isso são os médicos. Os médicos valorizam MUITO o programa, eles sempre trocam. Porque, quando eles precisam de qualquer informação sobre o município do paciente, a gente está aqui. O contrário também. Quando o município precisa passar qualquer informação sobre o paciente, é para o programa que eles ligam. Eles usam a gente como essa ponte. Então eu acho que os médicos conseguem perceber mais a nossa importância. Eu acho que antes tinha muito desconhecimento mesmo do que a gente fazia. Quando eu vim trabalhar no hospital, eu já sabia da importância do PIA. Eu trabalhava lá fora, eu já sabia da existência do PIA e eu já valorizava, enquanto profissional, o trabalho que era realizado aqui. E para minha surpresa, quando eu venho trabalhar aqui, eu vejo que aqui o programa não tinha a mesma valorização que a gente lá de fora tinha desse programa. As pessoas aqui dentro não viam essa importância. Era como se qualquer outro profissional pudesse fazer o que é feito aqui. Eu acho que, ao longo desses três anos, a seriedade dos profissionais que permaneceram aqui também fez que as pessoas percebessem a importância do PIA. A equipe que ficou aqui conseguiu transmitir isso para o restante do hospital. O reconhecimento a gente não tem de todos, mas eu acho que a aceitação do programa, hoje em dia a gente já tem. Pouco a pouco a gente foi criando e ganhando espaço. Eu não sei como era isso antes de eu trabalhar aqui, mas quando eu cheguei, eu enfrentava certas situações que não eram desejáveis, PRINCIPALMENTE da equipe de Serviço Social, que não conseguia visualizar - e não sei nem se hoje elas conseguem - a importância de ter assistente social aqui no programa. Na verdade é um programa em que qualquer profissional de nível superior poderia estar aqui e ele vai dar a cara da profissão dele. A gente chegou como assistente social aqui dando a nossa cara, trabalhando no sentido de garantir o direito do paciente ao acesso ao tratamento. Então, óbvio que qualquer profissional poderia estar aqui, mas a gente está dando a cara da profissão de Serviço Social aqui no Programa de Internação e Alta, assim como se a enfermagem viesse pra cá iria dar a cara dela. E eu acho que o reconhecimento do trabalho dos assistentes sociais do Programa de Internação e Alta, ele é visto com bons olhos pelo restante das equipes. As equipes falam, expressam isso e eu acho que a gente está, hoje, em um bom caminho de diálogo com as equipes. “
(Carvalho, 2016)

“O PIA sempre pensa no que é melhor para o paciente. Às vezes o paciente quer porque quer ter alta, fugir do hospital, mas com uma conversa, muitas vezes, a própria equipe do PIA consegue acolher, escutar e tentar entender o motivo dessa alta que é porque ele está bem de saúde, mas por outros motivos. Porque tá de saco cheio do hospital, porque tá na fissura da droga. Alguns profissionais da ponta, do hospital, não se incomodam muito se a pessoa quer ir embora assim, outros já agem diferente. Quando essa informação chega no PIA, a assistente social do PIA atende esse paciente, tenta entender o que tá acontecendo, conversa com as equipes pra passar essas questões do paciente e, muitas vezes, ele muda de ideia e fica

no hospital até melhorar. Às vezes ele só precisava de alguém que o entendesse, que o ouvisse e não o julgasse porque ele tá com vontade de beber, de usar droga, porque isso é normal aqui dentro com o público do hospital. Aqui, no PIA, a gente não julga ninguém. Pela parte do PIA há um respeito muito grande pelo ser humano, entendeu? Independentemente de qualquer coisa. Não há um julgamento de valor por parte dos profissionais do PIA e o PIA também, sempre que pode, evita que outros profissionais, no momento da alta, façam esse julgamento. Mesmo que outro profissional fale: “olha, você não vai usar droga não. Vai ter que tomar o remédio”. Isso não cabe a nós julgar. “ (Cruz, 2016)

“Eu acho que os maiores desafios que a gente encontra são com as equipes do hospital, e não com as unidades de saúde. Muitas equipes do hospital ainda não sabem muito bem a função do PIA. Isso tá mudando recentemente porque entrou muita gente nova e interessada, que buscam informação e não estão desanimadas e desinteressadas como muita gente. Esse pessoal novo já chegou com o PIA existindo, então eles são mais abertos e aceitam o programa. Também, ultimamente, o PIA tem participado das reuniões de equipe e discutido os casos com os profissionais que atendem o paciente no dia a dia. Tem feito palestra mostrando os resultados do trabalho do setor. Agora, de um ano pra cá, as coisas estão fluindo mais nesse sentido. Em relação às unidades de saúde, eu sempre tive um contato muito grande com essas equipes, principalmente os coordenadores dos programas municipais de controle de tuberculose. Os maiores desafios que eu encontrava com as equipes de fora era algo particular da pessoa, do profissional. Alguém específico não queria trabalhar em conjunto, mas nada a ver com a postura da equipe toda da unidade. Aí eu sempre pedia pra passarem a ligação para outro profissional ou, se tivessem resistência, eu ligava pra coordenação municipal. Tinham muitos profissionais que eu ligava, nos postos de saúde, e ele sabia da vida inteira do paciente, já sabia quem era. Com o tempo os postos que encaminhamos mais pacientes já conhecem o nosso trabalho e não tem problema nenhum, inclusive ligam pra cá direto quando acham que a gente tem alguma informação que possa ajuda-los. Fora essas coisas pequenas, não tem muito problema. Pelo contrário, agradecem sempre a nossa atenção. (Cruz, 2016)

“Eu acho que esse respeito pelo ser humano em sua totalidade é o que diferencia o PIA. Esse cuidado com o usuário, sabe? Eu acho incrível você se preocupar com essa pessoalmente. E a tuberculose não é um problema dele apenas, é um problema nosso, da sociedade. E o programa entender que é um problema nosso também, eu acho um diferencial. E o paciente não sai daqui e a gente fala “olha, você tem que cuidar só da tuberculose”. A gente não vê só a tuberculose, entendeu? Se chega pra gente um aviso de alta do médico falando que o paciente “tá tranquilo” da tuberculose e o Serviço Social fala que não, não é favorável para a alta, a

*alta para ali. A gente não vai mandar o paciente de alta pra ele ir pra qualquer lugar, solto, porque ele não é um paciente só com tuberculose. Ele é uma pessoa com várias outras questões. Então o PIA vê isso. O programa se preocupa com aquele ser humano, entendeu? Que ele saia com o tratamento da tuberculose garantido, mas se tiver um outro tratamento pendente a gente também tenta...deixar encaminhado pra ele...da melhor forma possível. Depois, ligar pra unidade de saúde e saber se ele foi. Se não foi, a gente remarca a consulta e avisa a data a ele. Várias coisas podem ter acontecido dele não ter querido ir. Essa preocupação, esse respeito com o ser humano eu vejo como um diferencial. “
(Cruz, 2016)*

Integralidade significa luta, se pudéssemos resumir em apenas uma palavra. Toda luta possui seus avanços, seus desafios, seus ganhos e suas perdas. Quando muito se busca o aperfeiçoamento em uma prática e persegue a sua melhoria dentro de uma instituição, o descuido em outros pontos geralmente acontece. Conforme observamos nas entrevistas anteriores, as práticas em busca da integralidade realizadas pelo Programa de Internação e Alta são muito valorizadas e estimuladas pela direção geral da unidade, então também coordenadora do PIA. A equipe do programa de alta é reconhecida pelas suas ações extra muro hospitalares, mas o mesmo reconhecimento não se dá na sua unidade, o IETAP, ficando restrito a um grupo profissional de maior engajamento. Porém, os entrevistados relataram que muitos profissionais do hospital não conhecem o trabalho do setor e também não se interessam em conhecer. Profissionais estes reconhecidos pelos próprios entrevistados como parte de um grupo que não pratica a integralidade nas suas ações.

Percebemos que os profissionais do Programa de Internação e Alta são engajados no tocante à construção de redes de atendimento ao usuário, de valorizar o seu protagonismo durante a internação e buscar atuar em uma perspectiva de redução de danos, sem julgar ou estigmatizar aquele que é atendido. Consideramos que, enquanto um setor, como o PIA, é altamente estimulado pela gestão hospitalar a atuar na redução de abandono do tratamento ambulatorial de tuberculose, as ações de aperfeiçoamento da prática profissional e ensino poderiam ser mais estimuladas e propagadas dentro da instituição, onde a percepção dos próprios profissionais é de que os

grupos de reunião de equipe acontecem sempre nos mesmos plantões. Não é uma prática institucional, mas pessoal dos que perceberam a necessidade de fomentar o debate.

Notamos que a falta de atualização dos profissionais, estes que atuam de maneira mais cartesiana, prejudica a noção de verem as equipes como um todo único que atua integrada e seguindo sempre os mesmos protocolos de ação. Práticas de ensino e capacitação recentemente começaram a acontecer com maior frequência na instituição, colaborando para que o cenário se torne diferente em um futuro próximo e a inter-relação entre estudo, pesquisa e prática seja melhor aprofundada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar a temática da busca por práticas integras na rede terciária do SUS, tendo o IETAP e seu Programa de Internação e Alta como objeto de pesquisa, foi um grande desafio. Como todo desafio, com dificuldades e surpresas durante o trilhar desta caminhada.

A rápida ascensão epidemiológica das condições clínicas – no caso, a tuberculose - demonstrou, entre outros fatores, a ineficácia do sistema de saúde brasileiro em lidar com essa demanda, já que está centrado em conceitos de hierarquização, fragmentação e medicalização. Por isso, é urgente que se estabeleçam novos processos organizativos, de gestão e atenção à saúde no SUS, baseados em evidências, que levem em conta as reais necessidades de saúde da população e que de fato sejam efetivos e eficientes. Nesta conjuntura, as Redes de Atenção à Saúde surgem como uma possibilidade para a reestruturação dos serviços e processos de saúde, rumo ao restabelecimento da coerência entre os princípios e diretrizes do SUS e o perfil epidemiológico da população brasileira.

Entendemos que cada vez mais é preciso trilhar um caminho que permita fortalecer as práticas educativas na perspectiva da integralidade. Nesta direção, buscaremos a superação de práticas reducionistas e fragmentadas dos processos de saúde-doença que não consideram as implicações político-sociais, as condições de vida da população

O conceito da integralidade remete, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Torna-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional.

De acordo com esta reflexão e com a análise desenvolvida nesta pesquisa, entendemos que o Programa de Internação e Alta caminha em direção da construção da integralidade nas suas práticas, tecendo redes de atendimento ao usuário, promovendo a interdisciplinaridade das equipes no momento da internação e alta hospitalar, entendendo o usuário como um sujeito com múltiplas determinações e buscando atuar de modo a lutar pela redução do tratamento da tuberculose após a alta hospitalar.

Integralidade é também a luta por uma causa e a percepção das oportunidades de melhoria no atendimento à população. Foi observado o perfil do público que é atendido na instituição e criando um programa que buscasse diminuir os impactos causados pela redução do abandono e criasse estratégias para efetivar o direito de acesso ao tratamento do usuário. O usuário por vezes não consegue, sozinho, entender a necessidade de se tratar ou não consegue acessar as redes de saúde por fatores diversos já mencionados, empreendendo uma luta pelas práticas integrais que respondam às necessidades impostas. Ao mesmo tempo, enquanto as atenções recaem sobre um programa necessário no atendimento ao usuário, as práticas institucionais relacionadas ao treinamento de profissionais, estímulo ao debate acadêmico e atualização das práticas, são parcas.

Um grande desafio na formação acadêmica da área de saúde é a incorporação da concepção ampliada sobre a integralidade do indivíduo a ser tratado e a necessidade de se trabalhar em equipes multiprofissionais que se pautem na interdisciplinaridade e na complementação entre as diversas áreas a fim de alcançar a excelência no cuidar. Há uma grande disparidade de perfis profissionais atuando na instituição. Enquanto as diferenças permeiam apenas o campo pessoal, pode não ser motivo de intervenção da unidade perante a situação. Mas, observamos durante a pesquisa que as práticas interdisciplinares são realizadas por profissionais específicos e mais observadas durante os seus plantões. Em contraponto, os relatos de profissionais da instituição – em sua maioria ausentes do meio acadêmico e com formação anterior à reforma sanitária e instituição do Sistema Único de

Saúde – que se mostram distantes do debate com a integralidade e seus sentidos de cuidado, interdisciplinaridade, acolhimento e criação de vínculos, ficaram acima das estatísticas esperadas pela pesquisadora.

Para a formação de profissionais do SUS na perspectiva da integralidade é preciso ousar e ser capaz de assumir uma nova visão de mundo, a qual se reflete no modo como encara o paciente, o seu sofrimento e as suas inserções na realidade que o rodeia. Implica também em propor novas soluções para os problemas que afetam pessoas e populações, assim como, também, com base nessa visão mais abrangente adotada, buscar soluções para as novas demandas, antes ocultas ou negligenciadas, que então se tornam explícitas. Precisa-se pensar em formação, que ao longo de todo o seu processo esteja em contato, vivenciando, construindo e tendo capacidade crítica de resposta, tendo capacidade de produção de cuidado em diversos cenários onde o processo do cuidado pode ser construído. Que ele seja capaz de entender que o seu papel enquanto profissional é de dar respostas em qualquer momento de dessa rede de construção do cuidado.

Como propostas para o fortalecimento das práticas institucionais e disseminação do ideal de integralidade a todo o corpo hospitalar, consideramos importante iniciar um trabalho de educação continuada, de fortalecimento dos vínculos entre profissionais, conhecimento e reconhecimento do campo de atuação do outro. Institucionalmente, questões como as citadas abaixo deveriam ser trabalhadas em todas as equipes e abraçando todos os plantões, para que não apenas alguns profissionais sejam contemplados pelo debate fomentado em seus dias de trabalho.

- abordagem de aspectos relacionados não apenas ao tratamento das doenças, como também à promoção, prevenção e reabilitação;
- fundamentação numa concepção integral do ser humano, visto além dos seus atributos biológicos, nas suas dimensões psicológicas, familiares, sociais, culturais etc.
- entendimento acerca da complexidade do processo saúde-doença e da necessidade, para uma atuação profissional mais efetiva, de uma

abordagem multidisciplinar;

- fornecimento de subsídios para a organização dos serviços, de modo a proporcionar uma atenção integral a indivíduos e populações;
- desenvolvimento da capacidade de ouvir e dialogar com pacientes e demais atores presentes no sistema de saúde;
- adoção da perspectiva da educação permanente, centrada no cotidiano do trabalho;
- difusão de conhecimentos acerca do SUS e das políticas de saúde, visando adequar as práticas às necessidades da realidade institucional.

Para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental que sejamos capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes, que sejamos capazes de problematizá-las – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde, pelo menos no nosso caso

Entendemos a integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividade percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere. Neste cenário se evidencia a importância de articular as ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, N. **Intersectorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva**: atualizando um debate em aberto. 2000. p. 12-24.

ALVES, V. S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família**: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface: Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, v. 9, n. 16. set./fev. 2005

ARRETCHE, MTS. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais** (Barreira, M.C.R.N. & Carvalho, M.C.B) São Paulo: IEE/PUC, 2001, p. 45-57

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO. 2009

BRAVO, Maria Inês Souza. GAMA, Andréa de Souza. MONNERAT, Giselle Lavinias. VASCONCELOS, Ana Maria de. (org.). **Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social**: elementos para debate. In: Serviço Social e Saúde. Rio de Janeiro: Cortez, 1997.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. Trad. Floriano de Souza Fernandes. Petrópolis: Vozes, 1985.

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

BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Extraído de: [<http://www.cff.org.br/userfiles/file/leis/8080.pdf>], acesso em [23 de novembro de 2016].

BRASIL. Lei Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Extraído de: [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm], acesso em [07 de dezembro de 2016]

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanizausus**: Política Nacional de Humanização. Documento base. 3ed. Brasília, 2006.

BRASIL. **Pacto pela Saúde**. Portaria n.º 325, Ministério da Saúde: Brasília, 2008.

BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **Os equívocos da NOB 96**: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes, 2001.

CALLONI, H. **Os sentidos da interdisciplinaridade**. Pelotas (RS): Seivas Publicações, 2006, 78 p

CAMPOS, G. W. S. **Considerações sobre a arte e a ciência da mudança:** revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). Inventando a mudança na saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 29-87.

CECILIO, L. C. de O. **As necessidades de saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Eqüidade na Atenção em Saúde.** In: PINHEIRO, R.;MATTOS, R. A. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio Janeiro: Abrasco, 2001. p. 113-125.

CECILIO, L. C de O. **Trabalhando a missão de um hospital como facilitador da mudança organizacional:** limites e possibilidades. Campinas: UNICAMP, 2002

CECCIM, RB. **Educação permanente em saúde:** desafio ambicioso e necessário. Interface - Comunicação, Saúde, Educação 2004/ 2005;9(16):161-77.

CECCIM RB, FEUERWERKER LCM. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade.** Cadernos de Saúde Pública 2004;20(5):1400-10.

CHEADE, M.F.M.; IVO, M.L.; SIQUEIRA, P.H.G.S.; SÁ, R.G.; HONER, M.R. **Caracterização da Tuberculose em portadores de HIV/AIDS em um serviço de referência de Mato Grosso do Sul.** Rev. Soc. Bras. Med. Trop. [online]. 2009, vol.42, n.2, pp. 119-125

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M.C.S. et al (Org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1999. p. 51-56.

ETGES, N. J. Ciência, interdisciplinaridade e educação. In: JANTSCH, A. P; BIANCHETTI, L. (org.). **Interdisciplinaridade:** para além da filosofia do sujeito. 3. ed., Petrópolis-RJ: Vozes, 1999, p. 51-84

FAZENDA, I. C. **A. Interdisciplinaridade:** História, teoria e pesquisa. 11^a ed. Campinas, SP: Papyrus, 2003.

FEUERWERKER, L.C.M. **Além do discurso da mudança na educação médica:** processos e resultados. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2002.

FEURWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. **Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como relacionam e o que têm a ver com a nossa vida?** Olho mágico, Londrina, v. 5, n. 18, p. 5-6, mar. 1998

FLEXNER A. Medical Education in the United Statesand Canada. New York: Carnegie Foundation for The AdvancementofTeaching; 1910

FORTUNA, M. C.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B.; MISHINA, S. M. **Alguns aspectos do trabalho em saúde**: os trabalhadores e o processo de gestão. Rev. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 26, n. 62, p. 272-281, set-dez, 2002.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. **Integralidade na assistência à saúde – a organização nas linhas do cuidado**. In: MERHY, E. E. *et al.* O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo, HUCITEC, 2003. Cap. 4, p. 125-134.

GLASER BG, STRAUSS AL. **The discovery of grounded theory**: strategies for qualitative research. New York: Aldine de Gruyter; 1967

GOMES, R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. **A Orquestração do trabalho em saúde**: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p. 105-116.

GUIZARDI FL, Stelet BP, PINHEIRO R, CECCIM RB. **A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde**: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO; 2006. p. 153-77.

HART, Vieira-da-Silva L. **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004

HENNINGTON, Élide Azevedo. **Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária**. Cad. Saúde Pública. 1995

LEATTP, Pink G, GUERRIERE M. **Towards a Canadian model of integrated healthcare**. Healthc Pap 2000; 1:13-55.

MACIEL, E.L.N.; SILVA, A.P.; MEIRELES, W.; FIOROTTI, K.; HADAD, D.J.; DIETZE, R. **Tratamento supervisionado em pacientes portadores de Tuberculose utilizando supervisores domiciliares em Vitória, Brasil**. J Bras Pneumol. 2008, vol 34, nº7, pp.506-513.

MALIK, A. M.; TERRA, V. **Programa Médico de Família de Niterói**. programa de gestão pública e cidadania. São Paulo: FGV, 1998

MANZINI, E. J. **A entrevista na pesquisa social**. Didática, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1991.

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. Rio de Janeiro, Abrasco, 2001. p. 39-63.

MATTOS, R. A. **Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde**. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro, Abrasco, 2003. p. 45-59.

MATTOS, R. A. **A integralidade na prática** (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-16, set./out. 2004.

MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R.; KOIFMAN, L. **A integralidade na prática da formação e no cuidado em saúde**. *In*: VI CONGRESSO NACIONAL DA REDEUNIDA, Belo Horizonte, jul. 2005

MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. Ribeirão Preto, 1997. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

MELLO, G.A; FONTANELLA, J.B.; DEMARZO, M.M.P. **Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde** - origens e diferenças conceituais. *APS*, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MENDES, E. V. **As políticas no Brasil nos anos 80**: a conformação da reformasanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. *In*: MENDES, E.V. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 19-93.

MERHY, E. E. **Em busca da qualidade dos serviços de saúde**: os serviços de portaaberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). *In*: CECÍLIO, L. C. O. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994. p.117-60.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MINAYO, M. C. S. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. **Medicina**, v. 24, n. 2, p. 70-77, abr./jun. 1991.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M, C, S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília (DF): MS; 2010.

OLIVEIRA, E. R. **A. Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e multiprofissionalismo**: concepções dos acadêmicos de enfermagem. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, 2011.

PEIXINHO, AL. **Educação médica**: o desafio de sua transformação [Tese]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2001.

PIAGET, J. **Para onde vai a educação?** Rio de Janeiro: Livraria José Olímpio; 1973.

PINHEIRO, R. **Ademocracia é a estratégia mais apropriada para a consolidação dos princípios do SUS**. RADIS: comunicação em saúde, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, n.6, p. 10, dez. 2003.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade por uma genealogia desaberes e práticas no cotidiano. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS R.A. (Org.) **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 21-36.

PINHEIRO, R, FERLA AA, SILVA Jr AGS. **A integralidade na atenção à saúde da população**. *In*: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, organizadores. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; Associação Brasileira de Educação Médica; 2004. p. 269-84.

PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. (Orgs.). **A construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2003

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre**, Rio Grande do Sul. Brasil. Cad. Saúde Pública 2006

SAIPPA-OLIVEIRA, G, KOIFMAN L, PINHEIRO R. **Seleção de conteúdo, ensino/aprendizagem e currículo na formação em saúde**. *In*: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO; 2006. p.205-27.

SANTOS, M.L.S.G. et al. **A Dimensão Epidemiológica Da Coinfecção TB/HIV**. Rev Latino-am Enfermagem 2009, vol.17, nº5.

SCHUCH, Patrice. “‘O estrangeiro’ em ‘campo’: atritos e deslocamentos no trabalho antropológico”, **Políticas de proteção à infância**: um olhar antropológico (org.: Claudia Fonseca e Patrice Schuch). Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009

SEISCENTO, M. **Tuberculose em Situações Especiais**: HIV, Diabetes Mellitus e Insuficiência Renal. 2012, vol.21, nº1, pp.23-2.

SILVA JÚNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. **Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a Ótica da Integralidade: Aspectos Conceituais e Metodológicos.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005.

SILVA, J. P. V.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. S. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 234-242, set./dez., 2003.

SOARES, P. A dama branca e suas faces: **a representação iconográfica da tuberculose.** Hist. cienc. Saúde-Manguinhos vol.1 no.1 Rio de Janeiro July/Oct. 1994

STELLA, RCR., and PUCCINI, RF. **A formação profissional no contexto das Diretrizes Curriculares nacionais para o curso de medicina.** In PUCCINI, RF., SAMPAIO, LO., and BATISTA, NA., orgs. A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2008. pp. 53-69.

SPICKER, P. **Principles and values.** In *Social Policy: Themes and approaches.* Great Britain, 2008, p. 83-99.

TEIXEIRA, R. O acolhimento num serviço de saúde como entendido como uma rede de conversação. In: Pinheiro R.; Mattos, R. A. (Org.) **Construção da integralidade.** Cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p. 89-112.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987

VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos.** Reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global tuberculosis control 2004:** Epidemiology, strategy, financing. Geneva, 2009

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

PERFIL: Gestão do IETAP que participou da criação do PIA

- 1) Por que o PIA foi criado? Como eram as práticas, hoje adotadas pelo programa, anteriormente? Quais foram os ganhos com a criação do Programa que antes não eram praticados? Se não eram praticados, por que?
- 2) O que é, para você, a interdisciplinaridade? Considera que ela seja colocada em prática nas ações no hospital? Como você atua de modo interdisciplinar?
- 3) O que é a integralidade? Como é realizada esta prática no interior do programa, nas relações internas com as equipes do hospital e nas relações com as unidades de saúde? Qual o lugar da integralidade no cotidiano do PIA? Discutir a integralidade no âmbito do PIA e a relação deste programa com o hospital.
- 4) Quais são os maiores desafios na busca por esta prática junto às esferas acima relacionadas?
- 5) O que você observa como as maiores conquistas do Programa?
- 6) Uma das posturas adotadas pelo IETAP e uma de suas características é o alto número de internações sociais. O que você pensa disso, problematizando pelo olhar do usuário e pelo olhar do sistema de saúde? Que ações poderiam ser tomadas pela atenção básica para se evitar que muitos pacientes necessitem da internação social? Que ações poderiam ser discutidas junto a outras políticas sociais?
- 7) Como as demais equipes hospitalares observam o trabalho do PIA? Há o reconhecimento da prática em busca da integralidade?
- 8) Além do programa, que outras ações existem para garantir a integralidade? Existem outras práticas de integralização nas diferentes equipes e fazem parte do seu planejamento de trabalho, além das práticas já corriqueiras? Outras ações vão sendo estimuladas nesta perspectiva?

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

PERFIL DO ENTREVISTADO: Equipe do Programa de Internação e Alta

- 1)** Há quanto tempo você trabalha (ou trabalhou) no Programa de internação e Alta?
- 2)** Você entrou para a equipe do IETAP já para trabalhar no PIA? Se não, como foi direcionada para o programa?
- 3)** O que é, para você, a interdisciplinaridade? Considera que ela seja colocada em prática nas ações no hospital? Como você atua de modo interdisciplinar?
- 4)** O que é a integralidade? Como é realizada esta prática no interior do programa, nas relações internas com as equipes do hospital e nas relações com as unidades de saúde? Qual o lugar da integralidade no cotidiano do PIA? Discutir a integralidade no âmbito do PIA e a relação deste programa com o hospital.
- 5)** Quais são os maiores desafios na busca por esta prática junto às esferas acima relacionadas?
- 6)** O que você observa como as maiores conquistas do Programa?
- 7)** Há algum tipo de ação que você considera que poderia ser implementada no trabalho do setor? Se sim, qual e por que ainda não está em prática? Quais as maiores potências que você observa para o trabalho do programa?
- 8)** Como as demais equipes hospitalares observam o trabalho do PIA? Há o reconhecimento da prática em busca da integralidade?

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

PERFIL DO ENTREVISTADO: Equipe multidisciplinar

- 1)** O que, para você, significa a interdisciplinaridade? Considera que ela seja colocada em prática nas ações do hospital e nas relações entre as equipes? Como você busca atuar de maneira interdisciplinar?
- 2)** O que você considera que seja a integralidade? Observa a sua aplicação na rotina hospitalar e nas suas práticas?
- 3)** O que você pensa a respeito do Programa de Internação e Alta? Acredita que ele seja uma tentativa de aplicar práticas integrais durante a internação e pós alta do usuário?

ANEXO 4: FICHA DE ACOLHIMENTO



GOVERNO DO
Rio de Janeiro

SECRETARIA
DE SAÚDE

FICHA DE ACOLHIMENTO

Nome: _____

Prontuário: _____ Enfermaria: _____

Procedência: _____

Alta Contra – Conselho: Sim () Não ()

Ré () Última Internação: _____ Motivo da Alta: _____

Data de Internação: ____/____/____ Data de Nascimento:
____/____/____

Endereço:

Tel: () _____ Falar com _____

Responsável:

Nome da Mãe: _____

Com quem reside? _____

Diagnóstico: TB () _____ SIDA () Outros _____

Paciente Psiquiátrico: Sim () Não ()

Tratamento TB anterior? Sim () Não ()

Concluiu o tratamento? Sim () Abandonou ()

Já realiza tratamento para a Tuberculose em alguma Unidade de Saúde?

() Não () Sim - Em qual

Unidade? _____

Possui resistência a algum TUBERCULOSTÁTICO?

Faz uso de drogas: Não () Lícitas () Ilícitas () Lícitas e Ilícitas ()

Especificar:

Assistente Social de referência: _____

Responsável pelo preenchimento: _____

ANEXO 6: ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA AMBULATORIAL



PIA

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PROGRAMA DE INTERNAÇÃO E ALTA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
INSTITUTO ESTADUAL DE DOENÇAS DO TORAX ARY PARREIRAS**

ENCAMINHAMENTO DE CONSULTA PÓS ALTA

Nome: _____
Unidade de
Saúde: _____
Endereço: _____

Data: _____ Horário: _____ Médico: _____

Programa de Internação e Alta