

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

RODRIGO NOGUEIRA DA SILVA

HUMANIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS HOSPITALIZADOS NO
CUIDADO DE ENFERMAGEM

RIO DE JANEIRO, RJ

2016

RODRIGO NOGUEIRA DA SILVA

HUMANIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS HOSPITALIZADOS NO
CUIDADO DE ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery / Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito obrigatório para a obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Márcia de Assunção Ferreira

Rio de Janeiro, RJ

2016

S586h Silva, Rodrigo Nogueira da
Humanização e participação dos usuários
hospitalizados no cuidado de enfermagem / Rodrigo
Nogueira da Silva. -- Rio de Janeiro, 2016.
137 f.

Orientadora: Márcia de Assunção Ferreira.
Dissertação (mestrado) - Universidade
Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem
Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, 2016.

1. Enfermagem. 2. Participação do Paciente. 3.
Cuidados de Enfermagem. 4. Humanização da
Assistência. 5. Defesa do Paciente. I. Ferreira,
Márcia de Assunção, orient. II. Título.

Rodrigo Nogueira da Silva

HUMANIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS HOSPITALIZADOS NO
CUIDADO DE ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery / Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito obrigatório para a obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 1 de fevereiro de 2016.

Prof.^a Dr.^a Márcia de Assunção Ferreira - Presidente

Prof.^a Dr.^a Carla Ribeiro Guedes – 1^a Examinadora

Prof. Dr. Rafael Celestino da Silva – 2^o Examinador

Prof.^a Dr.^a Flávia Pacheco de Araújo – 1^a Suplente

Dr.^a Raquel Coutinho Veloso – 2^a Suplente

Rio de Janeiro, RJ

2016

Agradecimentos

À classe trabalhadora, pois seus membros, em meio às contraditórias e injustas relações de produção do modo de produção capitalista, são os principais responsáveis pela produção da vida material.

À categoria de enfermagem em específico, pois seus membros são os responsáveis pelo crescimento e desenvolvimento da profissão e da ciência aplicada que tem o cuidado aos seres humanos como seu valor e como instrumento de trabalho.

Aos meus pais, Cláudia Nogueira da Silveira Rodrigues da Silva e Jorge Eli Rodrigues da Silva, por me conceberem, acompanharem, por incentivarem meu crescimento e desenvolvimento em todos os momentos da minha vida e por me ajudarem, com o fruto do trabalho árduo de suas vidas, a alcançar as condições materiais para a produção deste trabalho acadêmico.

À minha orientadora, Márcia de Assunção Ferreira, por ter apoiado meu crescimento e desenvolvimento acadêmicos desde a primeira metade do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ com oportunidades, incentivos e liberdade para a criatividade.

Aos professores membros de banca, Ana Cristina Passarella Brêtas, Carla Ribeiro Guedes, Flávia Pacheco de Araújo, Rafael Celestino da Silva e Raquel Coutinho Veloso, pelas fundamentais contribuições que elevaram o nível deste trabalho acadêmico.

Aos meus amigos queridos de tão longa data, Bárbara Faria, Danilo Franco, Henrique Faria e Leandro Franco, e aos seus pais, José Luiz da Silva, Olga Yatabe, Regina Célia Silva e Teodoro Franco, pelo carinho e incentivo em toda essa jornada.

À minha dinda, Dona Gessi, e à Vó Madalena, pela acolhida e pelo carinho nos momentos mais difíceis.

Aos amigos que eu encontrei ao longo da vida, Alan Prado, Andre Verly, Bruno Ribeiro, Camila Castanho, Cristina Monteiro, Diego Senra, Diego Tertuliano, Elizabeth Boniolo, Fagner Coelho, Glauber Borges, Guilherme Najjar, Helaine Oliveira, Heloísa Rezende, Larissa Souza, Luiz Filipe Costa, Marcia Fagundes, Maria Mitsuko, Mariana de Oliveira, Mariana Schroeter, Miller Santana, Natalia Machado, Pedro Vidal, Rayane Eccard, Renata de Rezende, Roberta Lima, Roberta Marins, Tainá Fantasia, Tauan Coutinho, Thamires Medeiros, Tiago Freitas e Waine Vieira, pelo companheirismo, pelo aprendizado, pelo estímulo à crítica, pelo apoio e pelas experiências maravilhosas que me proporcionaram.

Aos meus amigos, colegas de profissão e companheiros de mestrado, Camille Mattos, Karen Zepeda, Kyvia Rayssa, Marielle Ferreira, Paloma Bandeira, Rafael Pitta, Rebecca Rodrigues, Thatielly França e Zaira Andressa de Souza, pelo apoio, pelas discussões e pelo companheirismo.

À minha namorada, Juliana Spínula dos Santos, pelo apoio, carinho e pela tranquilidade e felicidade que me traz.

Ao Grupo de Pesquisa de Representações e Práticas de Cuidado em Saúde e de Enfermagem, pelas contribuições e pelo apoio.

Aos docentes e discentes do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, pelo carinho, pelas oportunidades e pelo respeito.

Aos docentes, discentes e técnicos-administrativos da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, por todo apoio, carinho e incentivo ao longo desses, até então, seis anos de acolhida.

“Não existe estrada real para a ciência, e somente aqueles que não temem a fadiga de galgar suas trilhas escarpadas têm chance de atingir seus cumes luminosos.”

*Karl Heinrich Marx
Londres, 18 de março de 1872*

Resumo

SILVA, Rodrigo Nogueira da. **Humanização e participação dos usuários hospitalizados no cuidado de enfermagem**. Rio de Janeiro, 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

A participação dos usuários no cuidado de enfermagem demanda uma relação contratual por meio da qual profissionais de enfermagem e usuários firmam um pacto terapêutico para o alcance de metas em conjunto, um processo de via dupla que impõe à enfermeira o desafio de nivelar as relações de poder no sentido de fazer com que os usuários participem tanto na identificação de problemas de saúde, quanto na tomada de decisão, na implementação das ações e de sua avaliação, implicando, assim, em ações intelectuais e físicas de ambos os atores. Tomando como bases teórico-conceituais a Teoria do Alcance de Metas de Imogene King, a Cidadania e a Política Nacional de Humanização, esta pesquisa tem como objeto a participação dos usuários que se encontram hospitalizados no âmbito do subsistema público do Sistema Único de Saúde (SUS) frente aos cuidados de enfermagem que lhes são prestados. Buscou-se avaliar os limites e as possibilidades de os usuários hospitalizados exercerem sua participação no cuidado de enfermagem. Foi realizada uma pesquisa com abordagem qualitativa utilizando métodos mistos de análise paralela. Foi campo da pesquisa o setor de clínica médica de um hospital do subsistema público do SUS situado no município do Rio de Janeiro, cuja produção de dados ocorreu de 11 de fevereiro a 14 de julho de 2015. Trinta e um usuários do setor participaram da pesquisa, dos quais três tinham de 18 a 24 anos de idade, 14 tinham de 25 a 59 anos e 14 tinham 60 anos ou mais, 16 eram do sexo feminino e 15 do sexo masculino. Foram realizadas observações sistemáticas abertas, entrevistas estruturadas e entrevistas semiestruturadas como técnicas de produção de dados. Para a análise dos dados oriundos das entrevistas estruturadas foram realizados cálculos de estatística descritiva por meio do software IBM® SPSS® Statistics for Windows, versão 23.0. Para a análise dos dados produzidos por meio das entrevistas semiestruturadas foi realizada uma análise de conteúdo, do tipo lexical, por meio da análise padrão do software Alceste®, versão 2012. Dentre os recursos da análise padrão, foram analisados os dendogramas de classificação hierárquica descendente e ascendente, o resultado da análise fatorial de correspondências e das presenças e ausências significativas de cada Classe, tanto das formas reduzidas, quanto das unidades de contexto elementar. O Alceste® encontrou estabilidade na análise dividindo o corpus em quatro classes lexicais. A Classe 1, intitulada “As condições de produção de um ambiente favorável à participação no cuidado”, foi composta pelos discursos acerca das expectativas de papel das enfermeiras desenvolvidas pelos participantes, a percepção dos participantes sobre os processos de interação entre os usuários e os profissionais de saúde e as percepções dos usuários sobre o cuidado à pessoa idosa à luz da esfera normativa. A Classe 2, intitulada “Participação no cuidado como uma expressão de atos de abnegação”, foi composta pelos discursos acerca dos significados da participação e da não participação em atividades do cotidiano com outras pessoas, como no trabalho, no convívio com a família e também no cuidado. A Classe 3, intitulada “A experiência de internação e o papel de apoio das redes sociais”, foi composta pelos discursos acerca dos problemas de saúde pregressos que levaram à internação atual, do cotidiano da internação atual e sobre como os participantes recorrem à sua rede social na busca de apoio em ambas as situações. A Classe 4, intitulada “O encantamento com o SUS público e ‘gratuito’”, foi composta pelos discursos acerca da relação entre os serviços público e privado de atenção à saúde no SUS, da regionalização da rede de atendimento no SUS e do acesso aos serviços de saúde. Há algumas limitações ambientais e organizacionais que dificultam a participação dos usuários no cuidado de enfermagem prestado no setor. Contudo, os

participantes demonstraram interesse em envolver-se mais nas ações de cuidado e perceberam a necessidade de serem estimulados pelos profissionais de enfermagem para participar do cuidado. A disposição dos profissionais de enfermagem do subsistema público do SUS para o estímulo à participação dos usuários hospitalizados no cuidado de enfermagem deve ser investigada.

Palavras-chave: Enfermagem. Participação do Paciente. Cuidados de Enfermagem. Humanização da Assistência. Defesa do Paciente.

Abstract

SILVA, Rodrigo Nogueira da. **Humanization and users' participation in hospital nursing care**. Rio de Janeiro, 2016. Master Thesis (Master in Nursing) – Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

The users' participation in nursing care demand a contractual relationship in which nurses and users sign a therapeutic pact for mutually achieve goals. Is a two-way process which requires the nurse the challenge of leveling the power relations in order to make users participate both in the assessment, as in decision making, in the implementation of actions, as well as in its evaluation, thus implying in intellectual and physical actions of both actors. Taking as theoretical and conceptual bases the Imogene King's Theory of Goal Attainment, the Citizenship and the Brazilian National Policy of Humanization, this research has as its object the participation of hospitalized users within the public subsystem of the Unified Health System (SUS-Brazil) in nursing care. We sought to evaluate the limits and possibilities of hospitalized users exercise their participation in nursing care. A research was conducted with a qualitative approach using mixed methods of parallel analysis. Research field was medical wards of a hospital of the public subsystem of the SUS-Brazil located in the city of Rio de Janeiro and was conducted from 2015, February 11th to 2015, July 14th. Thirty-one service users participated in the research. Three of them were 18-24 years old, 14 were 25-59 years old and 14 were 60 years or older. Sixteen were female and 15 male. Open systematic observations, structured interviews and semi-structured interviews were performed as data production techniques. To analyze the data from the structured interviews, descriptive statistics were used through the software IBM® SPSS® Statistics for Windows, version 23.0. To analyze the data from the semi-structured interviews, a lexical type content analysis was conducted through the software Alceste®, version 2012. Among the standard analysis resources, dendograms of descending and ascending hierarchical classifications, the results of factor analysis of correspondence, and the significant presences and absences in each class, both of the reduced forms, as well as of the elementary context units, were analyzed. Alceste® found stability in the corpus analysis dividing into four lexical classes. Class 1, entitled "The conditions for producing a favorable environment for participation in care", was composed of speeches about the role expectations of the nurses developed by the participants, the participants' perception about the processes of interaction between users and health professionals, and users' perceptions about care for the elderly in light of the normative sphere. Class 2, entitled "Participation in care as an expression of acts of self-denial", was composed of speeches about the meanings of participation and non-participation in daily activities with others, such as at work, socializing with family, and also in care. Class 3, entitled "The hospitalization experience and the supporting role of social networks", was composed of speeches about the previous history of health problems that led to the current admission, the everyday activities in the hospital, and how the participants turn to their social network in search for support in both situations. Class 4, entitled "The enchantment with the public and 'free' SUS-Brazil", was composed of speeches about the relationship between the public and private services of health care in SUS-Brazil, the regionalization of the service network in the SUS-Brazil and the access to the health services. Some environmental and organizational constraints hinder the users' participation in the nursing care delivered in the sector. However, participants expressed concern in becoming more involved in the care actions and realized the need to be stimulated by nursing professionals to participate in the nursing care. The disposition of nursing professionals of the public subsystem of the SUS-Brazil for encouraging the users' participation in hospital nursing care must be investigated.

Keywords: Nursing. Patient Participation. Nursing Care. Humanization of Assistance.
Patient Advocacy.

Resumen

SILVA, Rodrigo Nogueira da. **Humanización y participación de los usuarios hospitalizados en la atención de enfermería**. Rio de Janeiro, 2016. Tesis (Maestría en Enfermería) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

La participación de los usuarios en la atención de enfermería exige una relación contractual por medio de la cual los profesionales de enfermería y usuarios firman un pacto terapéutico para lograr objetivos en conjunto, un proceso bidireccional que requiere de la enfermera el desafío de nivelar las relaciones de poder con el fin de que los usuarios participen tanto en la identificación de los problemas de salud, como de la toma de decisión, en la implementación de las acciones y de su evaluación, implicando, así, en acciones intelectuales y físicas de ambos los actores. Tomando como bases teóricas y conceptuales la Teoría del Alcance de Metas de Imogene King, la Ciudadanía y la Política Nacional de Humanización, esta investigación tiene como objeto la participación de los usuarios que están hospitalizados en el subsistema público del Sistema Único de Salud (SUS) en relación a los cuidados de enfermería que se les proporciona. La investigación buscó evaluar los límites y las posibilidades de los usuarios hospitalizados ejercieren su participación en la atención de enfermería. Se realizó una investigación de abordaje cualitativo, utilizando métodos mixtos de análisis en paralelo. El campo de la investigación fue el servicio de clínica médica de un hospital del subsistema público del SUS, ubicado en la ciudad de Río de Janeiro, cuya producción de datos ocurrió del 11 de febrero al 14 de julio de 2015. Treinta y uno usuarios del servicio participaron de la investigación, tres de ellos tenían de 18 a 24 años de edad, 14 con 25 a 59 años de edad y 14 con 60 años o más, 16 eran mujeres y 15 hombres. Se realizaron observaciones sistemáticas abiertas, entrevistas estructuradas y entrevistas semiestructuradas como técnicas de producción de datos. Para el análisis de los datos de las entrevistas estructuradas se realizaron los cálculos estadísticos descriptivos a través del software de IBM SPSS Statistics para Windows, versión 23.0. Los datos obtenidos por medio de las entrevistas semiestructuradas fueron sometidos a las técnicas de análisis de contenido de tipo lexical, con aplicación del análisis estándar del software Alceste®, versión de 2012. Entre los recursos de análisis estándar se analizaron dendogramas de clasificación jerárquica descendente y ascendente, el resultado del análisis factorial de correspondencia y de las presencias y ausencias significativas en cada clase, tanto de formas reducidas, como de unidades de contexto elementares. El Alceste® generó estabilidad en el análisis con la división del texto en cuatro clases lexicales. La Clase 1, intitulada “Las condiciones de producción de un ambiente favorable a la participación en la atención”, fue compuesta por discursos sobre las expectativas de rol de las enfermeras, desarrolladas por los participantes, la percepción de los participantes sobre los procesos de interacción entre los usuarios y los profesionales de salud y las percepciones de los usuarios sobre la atención a la persona mayor a la luz de la esfera normativa. La Clase 2, intitulada “Participación en la atención como expresión de actos de abnegación”, fue compuesta por discursos sobre los significados de la participación y la no participación en actividades diarias con las personas, tales como: en el trabajo, en la convivencia con la familia y también en la atención. Clase 3, intitulada "La experiencia de la hospitalización y el papel de apoyo de las redes sociales", fue compuesta por discursos sobre problemas previos de salud que llevaron a la hospitalización actual, del cotidiano de la hospitalización actual y cómo los participantes vuelven a su red social en busca de apoyo en ambas situaciones. Clase 4, intitulada "El encantamiento con el SUS público y ‘gratis’", fue compuesta por discursos sobre la relación entre los servicios público y privado de atención de la salud en el SUS, la regionalización de la red de servicios en el SUS y el acceso a los servicios de salud. Hay algunas limitaciones ambientales y organizativas que dificultan la participación de los usuarios en la atención de

enfermería realizada en el sector. Sin embargo, los participantes expresaron sus intereses en participar más en las acciones de atención y se dieron cuenta de la necesidad de recibir estímulos de los profesionales de enfermería para participar del cuidado. La disposición de los profesionales de enfermería del subsistema público del SUS para fomentar la participación de los usuarios hospitalizados en la atención de enfermería debe ser investigada.

Palabras-clave: Enfermería. Participación del Paciente. Atención de Enfermería. Humanización de la Atención. Defensa del Paciente.

O pesquisador principal foi financiado pelo Programa de Demanda Social da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) no período de março de 2014 a fevereiro de 2015 e pelo Programa Bolsa Nota 10 (MSC-10) – FAPERJ de março de 2015 a fevereiro de 2016, sob o processo E-26/200.437/2015.

Lista de figuras

Figura 1 – Processo de seleção de artigos com base nos critérios estabelecidos – Rio de Janeiro – OUT. 2014.....	41
Figura 2 – Árvore de classificação descendente – Rio de Janeiro – 11 FEV 2015-14 JUL 2015.....	81
Figura 3 – Análise fatorial de correspondências em correlações – Rio de Janeiro – 11 FEV 2015-14 JUL 2015.....	82
Figura 4 – Descrição das classes pelas formas reduzidas – Rio de Janeiro – 11 FEV 2015-14 JUL 2015.....	83
Figura 5 – Formas reduzidas mais significativas em função do coeficiente de associação, da sua frequência e da porcentagem de aparições na Classe 1 – Rio de Janeiro – 11 FEV 2015-14 JUL 2015.....	85
Figura 6 – Árvore de classificação ascendente da Classe 1 – Rio de Janeiro – 11 FEV 2015-14 JUL 2015.....	86
Figura 7 – Formas reduzidas mais significativas em função do coeficiente de associação, da sua frequência e da porcentagem de aparições na Classe 2 – Rio de Janeiro – 11 FEV 2015-14 JUL 2015.....	92
Figura 8 – Árvore de classificação ascendente da Classe 2 – Rio de Janeiro – 11 FEV 2015-14 JUL 2015.....	93
Figura 9 – Formas reduzidas mais significativas em função do coeficiente de associação, da sua frequência e da porcentagem de aparições na Classe 3 – Rio de Janeiro – 11 FEV 2015-14 JUL 2015.....	102
Figura 10 – Árvore de classificação ascendente da Classe 3 – Rio de Janeiro – 11 FEV 2015-14 JUL 2015.....	103
Figura 11 – Formas reduzidas mais significativas em função do coeficiente de associação, da sua frequência e da porcentagem de aparições na Classe 4 – Rio de Janeiro – 11 FEV 2015-14 JUL 2015.....	108
Figura 12 – Árvore de classificação ascendente da Classe 4 – Rio de Janeiro – 11 FEV 2015-14 JUL 2015.....	109

Lista de gráficos

Gráfico 1 – Frequência de publicações científicas por ano no período entre 2003 e 2014 – Rio de Janeiro – NOV. 2015.....	30
Gráfico 2 – Distribuição de publicações científicas pelas Unidades Federativas do território nacional – Rio de Janeiro – NOV. 2015.....	30
Gráfico 3 – Frequência de publicações brasileiras por periódicos científicos de enfermagem – Rio de Janeiro – NOV. 2015.....	32

Lista de quadros

Quadro 1 – Principais características da amostra – Rio de Janeiro – NOV. 2015.....	31
Quadro 2 – Principais características da amostra e o resultado de suas avaliações – Rio de Janeiro – OUT. 2014.....	43
Quadro 3 – Identificação das bases teórico-conceituais da amostra – Rio de Janeiro – OUT. 2014.....	46
Quadro 4 – Identificação das técnicas de produção e de análise da amostra – Rio de Janeiro – OUT. 2014.....	48
Quadro 5 – Abreviações e respectivas descrições das variáveis utilizadas nas linhas estreladas – Rio de Janeiro – 11 FEV 2015-14 JUL 2015.....	74

Lista de tabelas

Tabela 1 - Caracterização socioeconômica dos participantes - Rio de Janeiro - 11 FEV 2015-14 JUL 2015.....	77
Tabela 2 - Características do processo de internação dos participantes - Rio de Janeiro - 11 FEV 2015-14 JUL 2015.....	79

Sumário

CAPÍTULO 1 Introdução.....	20
1.1 Objeto.....	24
1.2 Problema de pesquisa.....	24
1.3 Questão norteadora.....	24
1.4 Objetivos.....	25
1.5 Justificativa.....	25
1.6 Relevância.....	25
CAPÍTULO 2 Revisão seletiva da literatura nacional.....	27
CAPÍTULO 3 Metassíntese qualitativa de estudos internacionais.....	39
CAPÍTULO 4 Bases Teórico-Conceituais.....	51
4.1 Teoria do Alcance de Metas.....	51
4.2 Cidadania.....	59
4.3 Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde.....	65
CAPÍTULO 5 Metodologia.....	72
5.1 Técnicas de produção de dados.....	72
5.2 Instrumentos de registro de dados.....	72
5.3 Análise dos dados.....	73
5.4 Critérios de confiabilidade.....	75
5.5 Delimitação dos Participantes.....	75
5.6 Cuidados Éticos.....	75
CAPÍTULO 6 Resultados e Discussões	77
6.1 Caracterização dos participantes.....	77
6.2 Análise, interpretação e discussão dos dados qualitativos.....	80
6.2.1 Classe 1 – As condições de produção de um ambiente favorável à participação no cuidado.....	84
6.2.2 Classe 2 – Participação no cuidado como uma expressão de atos de abnegação.....	91
6.2.3 Discussão das relações entre as Classes 1 e 2.....	95
6.2.4 Classe 3 – A experiência de internação e o papel de apoio das redes sociais.	101
6.2.5 Classe 4 – O encantamento com o SUS público e “gratuito”.....	106

6.2.6 Discussão das relações entre as Classes 3 e 4.....	110
CAPÍTULO 7 Considerações finais.....	115
Referências.....	118
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	126
APÊNDICE B – Formulário estruturado de entrevista aos usuários.....	127
APÊNDICE C – Roteiro de entrevista semi-estruturada.....	128
APÊNDICE D – Roteiro de observação sistemática.....	129
APÊNDICE E – Cronograma de execução da pesquisa.....	130
APÊNDICE F – Orçamento da pesquisa.....	132

CAPÍTULO 1 Introdução

A enfermagem se constitui numa profissão cuja identidade se ancora no cuidado a seres humanos com necessidades no campo da saúde (PIRES, 2013). Seu objetivo é levar a pessoa a diminuir sua dependência do cuidado profissional, permitindo que possa executar seu autocuidado¹ e/ou o cuidado de si², por meio do exercício de sua autonomia. Nesse sentido, importa saber sobre a participação do usuário, especialmente quando hospitalizado, no cuidado de enfermagem, e as influências da Política Nacional de Humanização (PNH) na garantia deste direito aos cidadãos.

A PNH busca resgatar e garantir o protagonismo e a autonomia daqueles que, por muito tempo, se posicionavam num papel passivo em meio às práticas de saúde, sejam os usuários, por alienarem o exercício do poder sobre seus corpos a profissionais que nem sempre têm uma atitude de estabelecer uma interação efetiva a ponto de estabelecer metas de saúde de forma compartilhada, sejam os próprios profissionais, por vezes não menos passivos no exercício de sua profissão, por meio de práticas emancipadoras, participativas e produtoras de subjetividade e corresponsabilidade (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Os usuários trazem consigo demandas que são construídas social e historicamente. Ao participarem de forma ativa nos processos de cuidado em saúde, vivenciam um importante processo de aprendizado do exercício do poder político, exercendo a cidadania, recebendo, portanto, a responsabilidade de participar das decisões, tornando-se assim corresponsáveis pelo seu próprio processo de cuidar (SANTOS; BASTOS, 2011).

Jo Cahill (1996) realizou uma pesquisa em que a autora, baseando-se no método de análise de conceitos proposta pelas enfermeiras Walker e Avant (1988), apresentou uma profunda análise sobre o conceito empregado ao termo ‘participação do paciente’. Neste estudo, foi identificado que a participação do paciente consiste tanto num ideal a ser alcançado quanto numa atitude prática em que há uma troca recíproca entre a enfermeira e o usuário no decorrer do processo de cuidar em ato; é um fenômeno em que a lacuna entre os conhecimentos da enfermeira e do usuário deve ser estreitada para facilitar o entendimento mútuo, melhor equalizar o grau de exercício de poder da enfermeira em relação ao usuário e, por conseguinte,

¹ Cuidado em saúde que, de acordo com o nível de dependência, pode ser executado pela própria pessoa que demanda cuidados ou cuidadores informais, porém planejado por profissionais de saúde (SILVA *et al.*, 2009).

² Cuidado em saúde que pode ser realizado pela própria pessoa que demanda cuidados ou cuidadores informais e que pode ser planejado por esses atores e/ou com profissionais de saúde, tendo como princípios a compreensão de si, a autodeterminação e a valorização de saberes populares (SILVA *et al.*, 2009).

influenciar no relacionamento entre ambos os atores e nos resultados deste trabalho conjunto – podendo ser de forma positiva ou não dependendo das circunstâncias envolvidas.

Vale ressaltar que nesta pesquisa é utilizado o termo participação do usuário e não participação do paciente, haja vista o que Espiridião e Trad (2006) e Porter, O’Halloran e Morrow (2011) apontaram acerca do termo usuário, que, ao contrário dos termos paciente – que possui uma conotação de passividade e submissão – e cliente ou consumidor – que abordam um sentido de relação meramente comercial entre um prestador de serviços e um comprador – ressignifica o papel da pessoa que é cuidada, de sua família e de outras pessoas significantes a um papel de cidadão detentor de direitos sociais.

Eldh, Ekman e Ehnfors (2010) realizaram em tempo mais recente uma análise dos conceitos empregados ao termo participação do paciente. Foi encontrado na literatura um enfoque mais voltado para a obtenção de conhecimento pelo usuário do que ser informado pelos profissionais e mais pautado pela interação dos usuários com os profissionais que o cuidam do que pela limitada participação no processo de tomada de decisão clínica, sendo considerada uma atitude de respeito aos saberes, sentidos e pensamentos dos usuários relacionados aos seus processos de saúde.

A decisão sobre a necessidade ou não de cuidados cabe primordialmente ao indivíduo portador da condição que se apresenta, pois cada indivíduo possui condições orgânicas e/ou psicológicas que lhe servem a cumprir suas ações cotidianas e é ele quem mais sofre as consequências de alterações, portanto, há de se considerar a relatividade individual do que é considerado normal (CANGUILHEM, 2007).

Para Canguilhem (2007) a vida é composta por uma polaridade dinâmica, o que explicaria o fato de que as ciências da vida abrangem fenômenos normais (fisiológicos) e patológicos (somáticos e/ou psicológicos), ao contrário das “ciências físicas” (as ciências naturais), pois nesses casos só há normalidade e, portanto, não há meios de restituir a normalidade, pois dela nunca se foge. Por conseguinte, é possível compreender que o que é considerado normal, saudável, e o que é considerado patológico, desviante da norma, fazem parte de um todo em sua polaridade, a vida.

Considerando a vida como um ato normativo, a pessoa que vive estabelece sua própria norma, aquilo que é normal a partir de suas experiências, necessidades e paixões. Daí a importância do estabelecimento de vínculos positivos entre profissionais, usuários e suas redes de apoio social e afetivo, pois é a partir de uma postura participativa de ambos que os profissionais serão capazes de atender à norma dos usuários e discutir com eles os meios para alcançar esta normalidade, levando em consideração as possibilidades tanto do serviço em que

se dá o processo de cuidado de saúde, quanto do próprio usuário e/ou de suas redes de apoio (CANGUILHEM, 2007).

Santos e Bastos (2011) afirmam que os trabalhadores de saúde, ao oferecerem aos usuários um canal aberto de participação ativa, ressignificam as suas formas de trabalho no sentido de oferecer à população um cuidado mais efetivo e acolhedor.

Merhy (2002) defende a tese de que o trabalho em saúde deve ser vivo-centrado permanentemente, ao contrário de outras formas de trabalho humano que podem e/ou devem ser morto-centradas. Esta compreensão pauta-se pelo entendimento de que o trabalho morto é fruto de um anterior trabalho vivo em ato e que no momento de sua aplicação já se encontra finalizado, servindo como uma ferramenta; já o trabalho vivo é aquele que se consome ao passo em que se produz, é marcado pelo processo inventivo, construtivo e/ou relacional.

Merhy (2002) apresenta as tecnologias que ele observa no trabalho em saúde, cabendo também em outras esferas do trabalho humano, como: tecnologias duras (como aquelas habilidades de manusear equipamentos como máquinas, normas ou estruturas organizacionais), leve-duras (como aquelas capacidades de reproduzir saberes bem estruturados, por exemplo, a epidemiologia e o taylorismo) e leves (como a capacidade de construção de vínculo com os usuários e de fortalecimento da autonomia dos mesmos).

A partir desta visão ampliada sobre tecnologia, o autor ainda defende que as tecnologias leves no trabalho vivo devem ser as mais presentes no trabalho em saúde, tanto na esfera gerencial quanto na cuidativa, pois permitem maior grau de liberdade no processo de trabalho e fortalece a capacidade normativa dos sujeitos (usuários, gestores e outros profissionais), esses que ora sujeitam, ora são sujeitados (MERHY, 2002).

O processo de tomada de decisão clínica, por meio do qual é possível traçar diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem, é essencial para que os usuários obtenham resultados positivos. Os profissionais de saúde, no papel de detentores de profundos conhecimentos sobre situações que envolvem a saúde, devem permitir e estimular que os usuários, profundos conhecedores de suas crenças, valores e preferências, participem de forma ativa neste processo decisório sobre sua própria saúde, permitindo o exercício de autonomia e liberdade – mesmo que essa liberdade não seja plena, em meio ao capitalismo neoliberal – e garantido o seu papel protagonista no cuidado à sua saúde (CAMPOS; GRAVETO, 2009).

Há estudos de grande relevância na área da enfermagem e em outras disciplinas da área da saúde que apontam os reflexos do compartilhamento da tomada de decisão clínica (LIPKIN, 2013; MARTINS; ALVIM, 2012; TEIXEIRA; FERREIRA, 2009; TINETTI;

BASCH, 2013), como maior autonomia do usuário, maior valorização de seus saberes e práticas, o que gera maior satisfação sobre o cuidado e maior e melhor aderência aos tratamentos/intervenções discutidos e implementados, entre outros. Tais estudos comprovam que a tomada de decisão clínica compartilhada com o usuário e sua rede de apoio social e familiar é uma forma de aumentar em quantidade e qualidade a participação do usuário nos cuidados à própria saúde.

Com o advento da Resolução COFEN 358/2009, o Processo de Enfermagem passa a ser uma atividade privativa da enfermeira que, segundo seu Art 1º. “deve ser realizada, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009). Defende-se aqui, contudo, que essa prática deva ser implementada com os usuários e não apenas para os usuários.

Levando em consideração os quatro padrões de conhecimento postulados por Carper (1978), sendo o empírico, o ético, o estético, e o pessoal, estes dois últimos implicam na necessidade de ativa participação dos usuários, no qual o estético corresponde, dentre outros aspectos, à valorização das experiências dos usuários no cuidado de enfermagem, e o pessoal ao estabelecimento de relações autênticas com outros indivíduos partido do autoconhecimento (PORTER; O'HALLORAN; NORROW, 2011).

Neste contexto, tecnologias relacionais são um fator importante para promover a participação dos usuários, pois sem um canal aberto de comunicação não é possível estabelecer uma relação enfermeira-usuário capaz de produzir subjetividades e corresponsabilidade, perpetuando, portanto, a posição dos usuários como objeto de prática clínica em detrimento da posição de sujeitos autônomos detentores de direitos, que são. Entretanto, o modelo monológico de comunicação precisa ser superado, pois o modelo dialógico não apenas dá voz ao usuário, mas também lhe confere um sentido (MARTINS; ALVIM, 2012).

A tomada de decisão compartilhada envolve a comunicação efetiva entre os sujeitos implicados nos processos de cuidar – de forma direta os usuários e profissionais e de forma indireta profissionais em situação de governo –, acerca das vantagens e desvantagens de uma determinada decisão clínica. Esta atitude deve ser valorizada, pois é por meio de práticas inclusivas como esta que se torna possível que sejam levados em conta os valores, crenças e preferências dos usuários (JONES *et al.*, 2013).

O panorama do cuidado em saúde atual nos mostra um desequilíbrio entre arte e tecnociência. Entende-se o usuário como objeto de estudo e intervenção, cujas suas vontades são subjugadas em favor da tecnociência e não o contrário. As tecnociências deveriam ser

desenvolvidas para que os usuários pudessem usufruir de suas utilidades em benefício próprio, não para serem dominados pelas tais. A ninguém se deve alienar o direito de subtrair do indivíduo a palavra última sobre suas necessidades, desde que este indivíduo ou seus familiares e/ou outras pessoas significantes para si seja(m) capaz(es) de responder por si ou por seu ente querido (DESLANDES, 2006).

A ênfase na micropolítica do cuidado em saúde é determinante para um processo de superação dialética da lógica medicalizante, ainda hoje instituída no SUS. O compartilhamento da responsabilidade do gerenciamento dos serviços, incluindo os seus usuários e os profissionais que não estão formalmente ligados a cargos de gerência, é fundamental para que se crie uma nova cultura institucional e isso, por conseguinte, traz reflexos substanciais para a prática clínica no sentido de tornar o cuidado em saúde mais participativo e inclusivo (MERHY, 2002)

Nesse sentido, faz-se necessário orientar os serviços de saúde por meio de uma lógica que valorize e responsabilize seus diferentes atores por meio do estabelecimento de vínculos entre as pessoas, a fim de oferecer um atendimento em saúde participativo, resolutivo e, portanto, humanizado.

Há premência no que diz respeito à participação do usuário nos cuidados em saúde, pois se entende que o indivíduo, tanto no papel de usuário como no de profissional, constrói sua identidade a partir de suas vivências e interpretações e que, portanto, essa identidade é particular, ao passo em que é social e historicamente condicionada. À medida que os profissionais respeitam os ‘projetos de felicidade’ dos usuários respeita-se também sua identidade, o que permite oferecer uma assistência mais resolutiva, pois, além de poder atender às demandas específicas de cada sujeito, os tornamos corresponsáveis pelos seus processos terapêuticos (AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012; DESLANDES, 2006).

Portanto, o **objeto** desta pesquisa é a participação dos usuários que se encontram hospitalizados no âmbito do subsistema público do SUS frente ao cuidado de enfermagem que lhes é prestado. Tal objeto foi estudado a partir da própria experiência dos usuários e da política de saúde que o preconiza.

Delimita-se como **problema de pesquisa** os modos como os usuários do SUS exercem sua participação no cuidado de enfermagem quando de sua hospitalização. Para elucidar este problema, tal pesquisa tem como **questão norteadora**: Como usuários do SUS exercem sua participação no cuidado de enfermagem em um ambiente de internação hospitalar?

Esta questão central será respondida por meio de questões secundárias feitas ao objeto, as quais:

– Como os usuários hospitalizados percebem sua participação no cuidado de enfermagem no âmbito do SUS?

– Quais estratégias esses sujeitos utilizam para viabilizar e exercer a sua participação no cuidado de enfermagem em seus cotidianos de internação hospitalar no sistema de saúde brasileiro?

– Quais são as dificuldades encontradas e as possíveis formas de participação do usuário no cuidado de enfermagem no âmbito da internação hospitalar nesse sistema?

Esta pesquisa tem como **objetivo** geral:

– Avaliar os limites e as possibilidades de os usuários hospitalizados exercerem sua participação no cuidado de enfermagem.

E como objetivos específicos:

– Identificar, no cotidiano de internação, as estratégias empreendidas pelos usuários de um serviço hospitalar da rede do SUS para participar ativamente do cuidado de enfermagem;

– Analisar as significações atribuídas pelos usuários aos próprios processos de internação e de participação no cuidado de enfermagem e;

– Discutir as possíveis estratégias de participação dos usuários no cuidado em saúde e de enfermagem no âmbito do SUS.

Por meio da identificação das dificuldades vivenciadas por usuários no cotidiano da assistência nas quais os profissionais de enfermagem estão imersos, pode-se encontrar vias que possibilitem tornar o período da hospitalização menos hostil para esses sujeitos e mais cooperativo para a equipe de enfermagem que o cuida.

Pretende-se com esta pesquisa oferecer à população usuária do SUS instrumentos que permitam maior participação do usuário nos serviços de saúde em todas as suas nuances, tanto assistencial quanto gerencial e política, prática que vai de encontro ao conservadorismo político que busca a manutenção de um sistema econômico-político que produz desigualdades.

Justifica-se a pesquisa sobre este objeto porque o mesmo apresenta implicações práticas e conceituais nos âmbitos da assistência direta aos usuários, da gestão dos serviços de saúde e da construção de políticas públicas de saúde, bem como a escassez de estudos sobre o tema, conforme se observa a seguir nos capítulos de revisão da literatura nacional e internacional.

A pesquisa tem **relevância**, pois seu objeto é defendido por diversos órgãos governamentais e não-governamentais ao redor do mundo devido à sua centralidade nas abordagens de cuidado centrado nos usuários (AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION, 2014; AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE,

2011, 2012; BRASIL, 2013a; KITSON *et al.*, 2013; WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, 2013).

CAPÍTULO 2 Revisão Seletiva da Literatura Nacional

Com os objetivos de explorar os resultados dos estudos presentes na literatura científica brasileira sobre o tema da participação do usuário no cuidado de enfermagem e discutir o impacto da Política Nacional de Humanização nas publicações científicas de enfermagem, foi realizada uma revisão seletiva de literatura, definida por Yin (2011) como um método de revisão de literatura em que o pesquisador realiza uma busca profunda nas mais diversas bases de dados na procura de estudos que se assemelhem a um estudo previamente idealizado pelo próprio pesquisador, sendo, destarte, mais adequado para auxiliar na definição de um futuro estudo em particular.

O recorte temporal foi de março de 2003 a agosto de 2015. Tal recorte se justifica por tratar-se, segundo Mori e Oliveira (2009), da apresentação da PNH em 2003, que se deu durante o XX Seminário Nacional dos Secretários Municipais de Saúde e I Congresso Brasileiro de Saúde e Cultura de Paz e Não Violência – Natal/RN, e do mês seguinte ao seu rearranjo institucional, ocorrido durante o mês de julho de 2015 quando o seu arranjo institucional no Ministério da Saúde foi deslocado para a estratégia de apoio às Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Esta revisão seletiva de literatura apresenta pesquisas primárias sobre a participação dos usuários no cuidado de enfermagem realizadas no Brasil e publicadas em periódicos indexados nas bases de dados e bibliotecas, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO®), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL®), Scopus®, Web of Science™, PsycINFO® e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE®), disponíveis gratuitamente por meio do Portal Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, órgão do Ministério da Educação do Brasil responsável pela expansão e consolidação da pós-graduação *stricto sensu* no país.

Nas bases de dados LILACS, IBECS e BDENF, foram selecionados apenas artigos com texto completo publicados em periódicos científicos de Enfermagem oriundos de estudos primários realizados no Brasil, não sendo selecionadas revisões, por meio do formulário de busca: Participação do Paciente [Descritor de assunto] and Enfermagem [Descritor de assunto]; sendo encontrados dois artigos na LILACS, um na IBECS e dois na BDENF, porém apenas quatro foram realizados no Brasil e dois destes eram duplicatas.

Na biblioteca SciELO®, foram selecionados apenas artigos com texto completo publicados em periódicos científicos de Enfermagem oriundos de estudos primários realizados no Brasil, não sendo selecionadas revisões, por meio do formulário de busca: *Participação do Paciente [Assunto] and Enfermagem [Assunto]*; sendo encontrado um artigo, tendo sido realizado no território nacional.

Na base de dados CINHALL® foram selecionados artigos através dos MeSH Terms e operador booleano: *Patient Participation OR Consumer Participation*, selecionando a opção “qualquer autor é enfermeira”; sendo encontrados 68 artigos, dos quais nenhum foi realizado no território nacional.

Na base de dados Scopus® foram selecionados artigos por meio do formulário de busca: ((*KEY ("patient participation") OR KEY ("consumer participation")) AND NOT (KEY ("community participation" OR "public participation" OR "social participation"))) AND (*DOCTYPE (ar)) AND (*SUBJAREA (nurs)) AND (*PUBYEAR > 2002) AND (*LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , "Brazil"))*; sendo encontrados 2282 artigos, dos quais 16 foram realizados no território nacional, contudo, quatro haviam sido anteriormente encontrados em outras bases de dados.****

Na biblioteca Web of Science™, foram selecionados apenas artigos com texto completo publicados em periódicos científicos de Enfermagem oriundos de estudos primários realizados no Brasil, não sendo selecionadas revisões, por meio do formulário de busca: ((*TS=("patient participation" OR "consumer participation")) NOT (*TS=("community participation" OR "public participation" OR "social participation")))) AND Idioma: (*English OR Portuguese OR Spanish*) AND Tipos de documento: (*Article*) AND Países/Territórios: (*BRAZIL*) Refinado por: Categorias do Web of Science: (*NURSING*) Tempo estipulado: 2003-2015. Índices: *SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH*; sendo encontrados cinco artigos, todos realizados no território nacional, contudo, quatro haviam sido anteriormente encontrados em outras bases de dados.**

Na base de dados PsycINFO®, foram selecionados apenas artigos com texto completo publicados em periódicos científicos de Enfermagem oriundos de estudos primários realizados no Brasil, não sendo selecionadas revisões, por meio do formulário de busca: *Keywords: "patient participation" OR Keywords: "consumer participation" NOT Any Field: "social participation" NOT Any Field: "community participation" NOT Any Field: "public participation" AND Document Type: Journal Article AND Year: 2003 TO 2014 AND APA Full-Text Only*;; nenhum artigo foi encontrado.

Na base de dados MEDLINE®, foram selecionados apenas artigos com texto completo publicados em periódicos científicos de Enfermagem oriundos de estudos primários realizados no Brasil, não sendo selecionadas revisões, por meio do formulário de busca: ((*"patient participation"*[MeSH Terms] OR *"consumer participation"*[MeSH Terms] NOT *"social participation"*[MeSH Terms] NOT *"community participation"*[MeSH Terms] NOT *"public participation"*[MeSH Terms])) *Filters activated: Journal Article, Full text, Publication date from 2003/03/20 to 2015/08/31, English, Portuguese, Spanish, Nursing journals*; sendo encontrados 1934 artigos, dos quais 13 foram realizados no território nacional, contudo, dois haviam sido encontrados anteriormente.

Depois de terem sido selecionados os 27 artigos, foi realizada uma leitura diagonal dos títulos e resumos para identificar a adequação dos estudos encontrados ao objeto do presente estudo, pela qual foram selecionados os 10 estudos que compõem a amostra desta revisão seletiva de literatura. Com a amostra em mãos, foi realizada uma leitura profunda dos artigos, bem como sua sumarização e discussão. No Quadro 1 são apresentadas algumas características dos estudos que compõem a amostra desta revisão seletiva da literatura.

Os dados foram bastante diversos, havendo artigos que tratavam sobre participação de adolescentes em grupos de ação educativa, participação de gestantes em grupos de pré-natal, de acompanhantes de usuários em processo de hospitalização na velhice, importância da participação ativa de adultos em tratamento com antirretrovirais etc. A distribuição das publicações durante o período pré-determinado (março de 2003 a agosto de 2015) foi bastante uniforme, conforme é possível observar no Gráfico 1.

A distribuição geográfica foi também bastante diversa, haja vista que a unidade federativa que mais concentrou estudos acerca do tema da participação do usuário no cuidado de enfermagem foi o Ceará, com quatro pesquisas (40% da amostra), conforme apresentado no Gráfico 2.

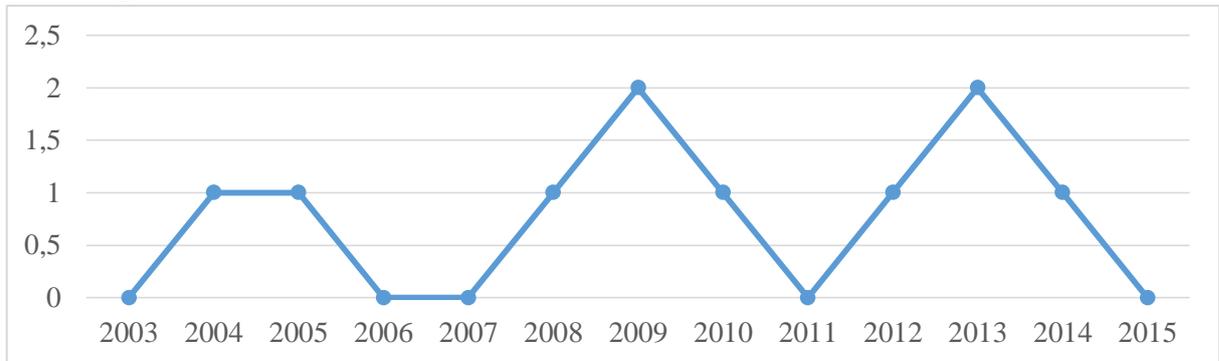
Quanto aos periódicos científicos, a Revista Latino-Americana de Enfermagem ganha destaque com cinco publicações, correspondendo a 50% da amostra, como consta no Gráfico 3.

Contudo, fica clara a escassez de publicações sobre o tema no Brasil, apenas 10 em mais de 12 anos, o que reforça a necessidade de mais estudos em defesa da participação dos usuários do SUS no cuidado de enfermagem.

Sumarização dos estudos

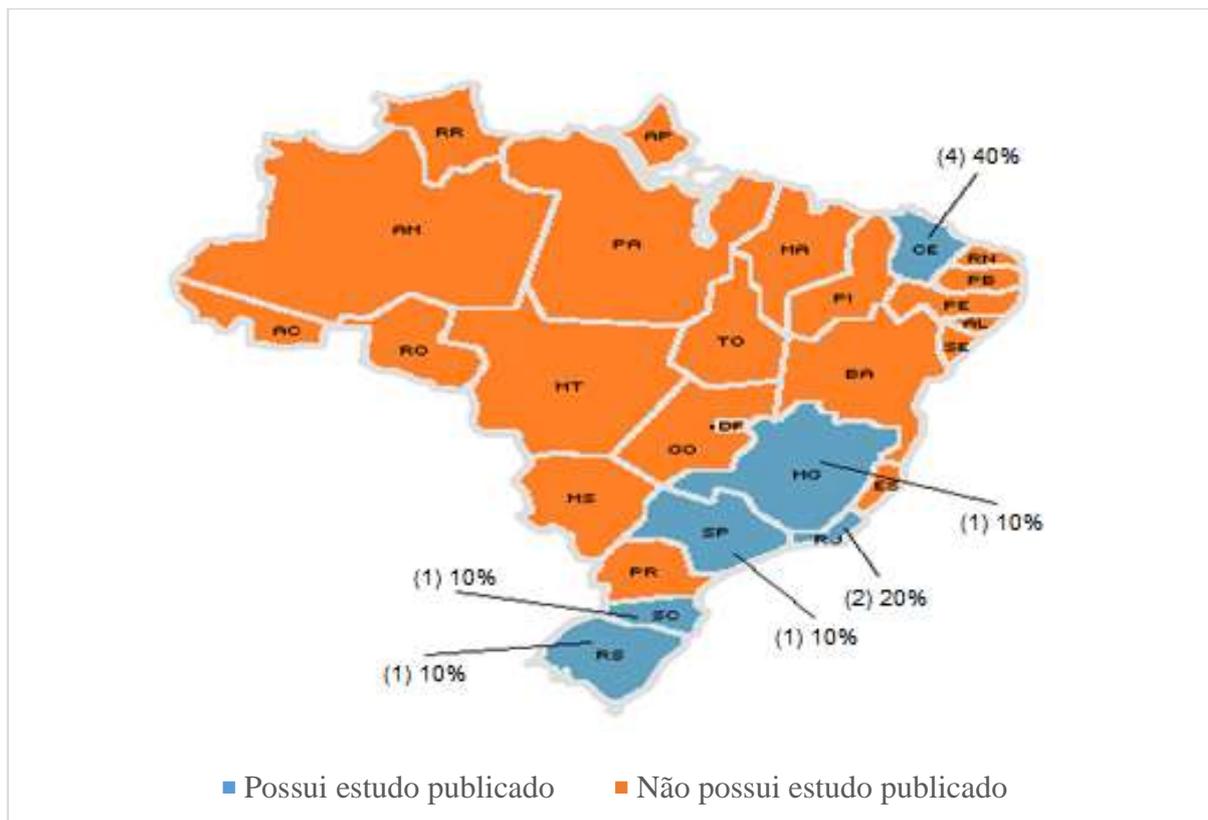
Machado e Vieira (2009) apostam na transformação das ações de educação em saúde na perspectiva do estímulo à maior participação dos usuários como condição necessária para o fortalecimento como ação de promoção da saúde no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, à época ainda um programa, assim como em instituições hospitalares.

Gráfico 1 – Frequência de publicações científicas por ano no período entre março de 2003 e agosto de 2015 – Rio de Janeiro – NOV. 2015.



Fonte: Os autores (2015).

Gráfico 2 – Distribuição de publicações científicas pelas Unidades Federativas do território nacional – Rio de Janeiro – NOV. 2015.



Fonte: Os autores (2015).

Quadro 1 – Principais características da amostra – Rio de Janeiro – NOV. 2014.

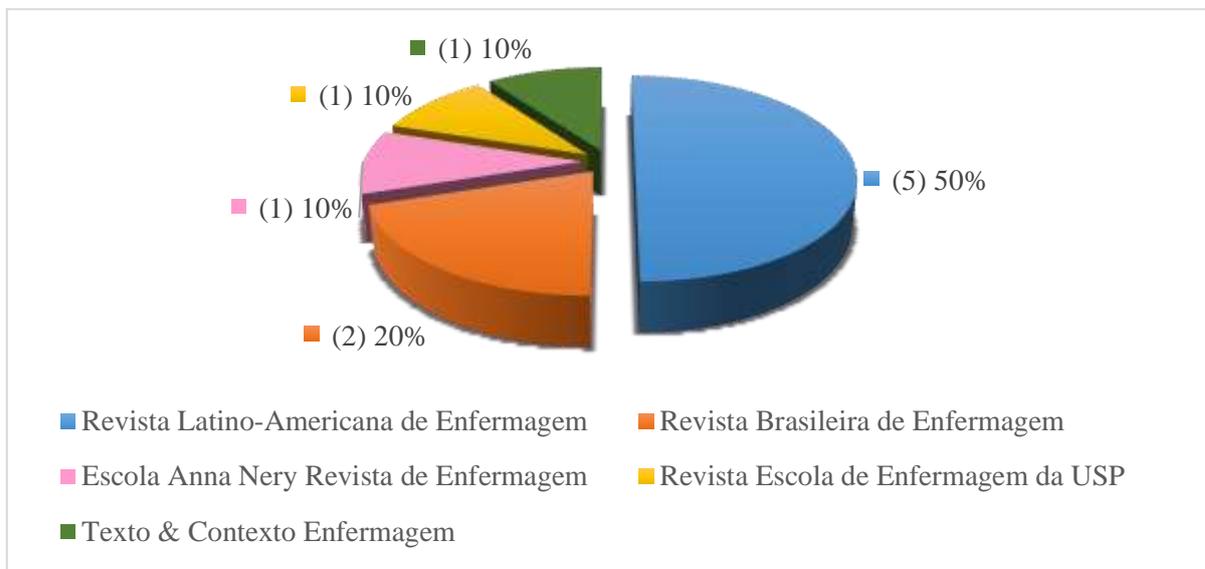
Título	Autores	Revista	Ano
A representação do portador do vírus da imunodeficiência humana sobre o tratamento com os anti-retrovirais	Michele Gomes Teixeira; Gírlene Alves da Silva.	Revista Escola de Enfermagem da USP	2008
Colonialismo nas relações entre trabalhadores e usuários durante as práticas de cuidado: implicações para a integralidade da atenção	Maria Denise Schimith; Ana Cristina Passarella Brêtas; Maria de Lourdes Denardin Budó; Anna Maria Chiesa; Gabriela Fávero Alberti.	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	2013
Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário	Maria de Fátima Antero Sousa Machado; Neiva Francenely Cunha Vieira.	Revista Latino-Americana de Enfermagem	2009
Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado	Joéli Fernanda Basso; Marisa Monticelli.	Revista Latino-Americana de Enfermagem	2010
Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado	Silvana Barbosa Pena; Maria José D'Elboux Diogo.	Revista Latino-Americana de Enfermagem	2005
Participação de adolescentes na Estratégia de Saúde da Família a partir da Estrutura Teórico-Metodológica de uma Participação Habilitadora	Roberta P. Vieira.; Sílvia Helena P. Gomes; Maria de Fátima Antero Sousa Machado; Italla Maria P. Bezerra; Caroline Machado	Revista Latino-Americana de Enfermagem	2014
Participação na perspectiva de mães de crianças desnutridas	Maria de Fátima Antero Sousa Machado; Neiva Francenely Cunha Vieira.	Revista Latino-Americana de Enfermagem	2004
Plano de Cuidados Compartilhado: convergência da Proposta Educativa Problematicadora com a Teoria do Cuidado Cultural de Enfermagem	Paula Alvarenga de Figueiredo Martins; Neide Aparecida Titonelli Alvim.	Revista Brasileira de Enfermagem	2012
Qualidade de Oficinas Terapêuticas segundo pacientes	Rachel de Lyra Monteiro; Cristina Maria Douat Loyola.	Texto & Contexto Enfermagem	2009
Vivência de adolescentes em atividade de promoção da saúde	Antonio Rodrigues Ferreira Júnior; Erineide Melo Albuquerque de Barros; Rosalice Araújo de Sousa; Luiza Jane Eyre de Souza.	Revista Brasileira de Enfermagem	2013

Fonte: Os autores (2015).

Os resultados da pesquisa denunciam a cultura da passividade no papel dos usuários em ações educativas, o que reduz o potencial transformador deste dispositivo de cuidado em saúde, bem como o enfoque excessivo na patologia por parte dos profissionais (MACHADO; VIEIRA, 2009).

Martins e Alvim (2012) propõem que para que uma enfermeira possa realizar esta faceta do cuidado de enfermagem – a educação em saúde – de forma a considerar os usuários como cidadãos ativos e participantes nos seus próprios processos de cuidar seja necessário posicionar-se de forma ética e guiar-se, no que se refere aos fenômenos próprios do processo educativo, por uma pedagogia que se distancie da abordagem tradicional, como a Pedagogia Problematizadora, proposta por Paulo Freire, de forma a garantir a autonomia do usuário numa perspectiva libertadora – e não liberal.

Gráfico 3 – Frequência de publicações brasileiras por periódicos científicos de enfermagem – Rio de Janeiro – NOV. 2015.



Fonte: Os autores (2015).

No que tange aos fenômenos próprios do cuidado de enfermagem, as autoras propõem que a enfermeira paute-se pela Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, de Madeleine M. Leininger, pois ela considera os seres humanos tanto em sua individualidade, o que os distingue e os fazem ser indivíduos únicos, quanto em sua universalidade, o que os une como humanidade, e que “os seres humanos de diferentes culturas podem oferecer informações e orientar os profissionais sobre a forma como desejam ser cuidados” (MARTINS; ALVIM, 2012, p. 371-2).

O estudo supracitado aplicou o modelo de tecnologia de processo, fundamentado em Freire e Leininger, proposto por Teixeira e Ferreira (2009a), produzido por meio de uma pesquisa convergente-assistencial que buscou integrar saberes e práticas dos acompanhantes de idosos hospitalizados sobre os cuidados na prevenção e tratamento de úlceras por pressão a um

plano de cuidados, tornando-os co-partícipes do cuidado, e discutir os limites e possibilidades da implementação dessa tecnologia.

As autoras concluem que o diálogo e a reflexão permitiram aos acompanhantes se instrumentalizarem e ofereceram condições para maior envolvimento destes sujeitos no cuidado de enfermagem, já o não estabelecimento de uma relação de empatia entre profissionais e acompanhantes se caracterizou num limite à participação destes no cuidado. Entenderam ainda a PNH como um exemplo de defesa de uma transição paradigmática no cuidado em saúde com vistas à valorização dos diferentes sujeitos implicados no cuidado (TEIXEIRA; FERREIRA, 2009a).

Com a proposta de identificar e analisar os fatores que favorecem a participação dos acompanhantes no cuidado de enfermagem prestado aos usuários idosos em processo de hospitalização, Pena e Diogo (2005) realizaram entrevistas com 30 familiares de pessoas idosas hospitalizadas e 30 trabalhadores de enfermagem em um hospital no interior de São Paulo.

Adotam um conceito de participação que abarca a transmissão de informações relevantes para o estímulo à participação no cuidado de seu ente querido, espaço para o debate na tomada de decisões e instrumentalização dos acompanhantes para realizarem a avaliação do cuidado. Entretanto, não foi abordada a participação direta na realização de intervenções de enfermagem no sentido de fortalecer a autonomia e qualificar a continuidade do cuidado para além da hospitalização, pois acreditam que se trataria de “delegação [indevida] de responsabilidades, ou como complementação de recursos humanos” (PENA; DIOGO, 2005, p. 664), embora tenham afirmado que os acompanhantes entrevistados por vezes reproduziam o cuidado aprendido com os profissionais de enfermagem.

Por meio da análise temática, as autoras identificaram como fatores que favorecem a participação dos acompanhantes no cuidado de enfermagem prestado aos usuários idosos em processo de hospitalização: o interesse em participar do cuidado, o bom relacionamento entre os acompanhantes e os profissionais de enfermagem, experiências anteriores (tanto internações prévias quanto formação profissional em enfermagem) e o cumprimento adequado do papel da família.

Em pesquisa recente Schimith *et al.* (2013) pretenderam relatar as relações entre os trabalhadores da saúde e usuários e suas implicações para a continuidade do cuidado por meio de uma pesquisa realizada no âmbito de uma Unidade de Saúde da Família. Foram evidenciados momentos em que os usuários são generalizados pela equipe, desconsiderando sua singularidade e desqualificando seu papel ativo no próprio cuidado à saúde.

Reconhecem que o estímulo explícito dos profissionais à participação do usuário e a valorização do direito do usuário em desempenhar papel ativo na tomada de decisão sobre sua saúde têm sido desconsiderados e apresentam o conceito de colonialismo como o não-reconhecimento do usuário como cidadão e partícipe do processo de cuidado em saúde, entendendo que a participação do usuário é *conditio sine qua non* para a construção efetiva de um Projeto Terapêutico Singular, um dos dispositivos da Política Nacional de Humanização, e para a adesão e a continuidade do tratamento, fenômenos que serão abordados mais amplamente no próximo estudo a ser analisado (SCHIMITH *et al.*, 2013).

Alguns dos relatos apresentados pelas autoras apontam profunda desqualificação dos usuários por parte dos profissionais de saúde, que usam palavras de cunho ofensivo e vexatório contra os usuários que procuram atendimento. Tal atitude, segundo as autoras, resultam na cristalização dos processos de submissão dos usuários face os profissionais, de abandono do tratamento e de fragmentação do cuidado. A título de proposta, as autoras estimulam a humanização das práticas em saúde no sentido de estimular a participação dos usuários por meio da escuta ativa e do diálogo propositivo, que só é possível quando profissionais e usuários são entendidos como iguais em direitos (SCHIMITH *et al.*, 2013).

Teixeira e Silva (2008) realizaram uma pesquisa em que pretendiam conhecer as representações sociais dos portadores do HIV/AIDS sobre a terapêutica medicamentosa e analisar a relação entre a percepção do portador do HIV/AIDS sobre a terapêutica medicamentosa e a motivação para aderir ao tratamento por meio de entrevistas semiestruturadas.

As autoras apresentaram o termo adesão como uma ação conjunta entre profissionais e usuários na qual estes últimos atores não apenas obedecem aos primeiros, mas entendem os objetivos do tratamento e como deve ser realizado, concordam e seguem as prescrições construídas em conjunto, fenômeno que depende de uma aliança terapêutica entre todos os envolvidos direta e indiretamente no tratamento. Uma adesão inadequada é causa frequente de falha do tratamento, pois pode produzir a ingestão de doses subótimas ou forma irregular de absorção dos antirretrovirais (TEIXEIRA; SILVA, 2008).

O principal fator dificultador da adesão adequada ao tratamento identificado pela pesquisa foi a imposição do tratamento pelo profissional de saúde, desconsiderando as hábitos e necessidades dos usuários. Como fator facilitador foi abordada uma estratégia de transmissão de conhecimento aos usuários para que se sensibilizem quanto à necessidade de adesão adequada ao tratamento e esclarecimentos sobre os efeitos adversos; bem como a percepção dos profissionais quanto ao significado da soropositividade para os usuários, que pode ser

alcançada por meio do diálogo compreensivo, conformando assim a hipótese de que a participação ativa do usuário é capaz de produzir melhores resultados às ações em saúde (TEIXEIRA; SILVA, 2008).

Machado e Vieira (2004) apresentaram as concepções e percepções de participação de mães e profissionais em programas de desnutrição infantil, utilizando como referencial o Sistema Conceitual de King, por meio de entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo temática proposta por Bardin.

As autoras afirmam que a participação dos usuários acontece quando as ações são planejadas em conjunto com os profissionais de forma a produzir corresponsabilidades e que atua como um indicador de sucesso em programas de produção de saúde.

Para as mães, a participação no cuidado em saúde era considerada como uma obrigação, cumprimento de ordem e como um sacrifício, o que demonstra a virtualidade da participação dos usuários nos programas de desnutrição infantil investigados, haja vista que os usuários não reconhecem seus direitos e que os profissionais não têm se mobilizado quanto a isso, mas sim exercido autoridade sobre as mães aos prescreverem suas vidas (MACHADO; VIEIRA, 2004).

Na contramão das condições desfavoráveis aos usuários anteriormente apresentadas, Monteiro e Loyola (2009) divulgaram os resultados de uma pesquisa que pretendia apontar as características de qualidade das oficinas terapêuticas a partir das falas dos usuários de um serviço de saúde mental no Rio de Janeiro e que se baseou em conceitos pautados na cidadania.

Partimos aqui de uma cultura organizacional que está na contramão do paradigma biomédico, em que a construção coletiva e inclusiva das atividades terapêuticas são uma constante. As demandas dos usuários são pela ampliação e diversificação das atividades, pois desejam dispensar mais tempo nas chamadas 'Oficinas Terapêuticas', ampliar o espaço para acolher pessoas externas à instituição psiquiátrica, no intuito de qualificar ainda mais o trabalho realizado nas oficinas, e ampliar o escopo de matérias e atividades para que possam tornar as Oficinas Terapêuticas um espaço concreto de ressocialização por meio do trabalho.

A efetividade do processo de reabilitação social e de melhoria da condição clínica se evidencia pela melhoria da autoestima dos indivíduos, que pode estar associada ao sentimento de pertença a um grupo que não o discrimina e que o permite ter o controle de seus próprios atos (MONTEIRO; LOYOLA, 2009).

Ferreira Júnior *et al.* (2013) construíram mais um estudo que apresenta experiências que demonstram os benefícios da participação dos usuários no cuidado em saúde e de enfermagem. As autoras relataram experiências vividas em uma Unidade de Saúde da Família

na cidade de Uruoca, no Ceará, onde enfermeiras tornaram um grupo de adolescentes da comunidade protagonistas de uma prática inclusiva de promoção de saúde. Esta pesquisa apresenta a potência dos benefícios da participação dos usuários no cuidado de enfermagem para além de si mesmos, sendo, neste caso, para outras adolescentes grávidas que pertenciam à mesma comunidade.

Foi realizada uma atividade teatral em que os adolescentes que compuseram o grupo organizaram-se coletivamente para definir o cronograma para o desenvolvimento das atividades nas quais eles foram roteiristas, cenógrafos, diretores e atores, e às enfermeiras coube o papel de assessoria para questões técnicas do conteúdo das informações que seriam transmitidas e para a viabilização de espaços na comunidade. Em certos momentos os expectadores também se tornavam atores, processo que facilitou a compreensão do conteúdo educativo (FERREIRA JÚNIOR *et al.* 2013).

Como resultado, a participação familiar durante as consultas do pré-natal aumentou em quantidade e qualidade e também a adesão de novas gestantes ao serviço de pré-natal da unidade. A mudança de comportamento nas consultas foi evidente, pois, após a atividade educativa, passaram a reivindicar mais informações, bem como a integração entre as mães durante a espera da consulta, que passou a se tornar um ambiente de troca de experiências, provando assim que a participação dos usuários pode ser estimulada por meio da participação comunitária no contexto de cuidado à saúde.

Basso e Monticelli (2010) também realizaram uma pesquisa que tratava da participação de usuárias no âmbito do pré-natal. As autoras identificaram as expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado por meio do aporte da Pedagogia Libertadora seguindo a metodologia da Pesquisa Convergente Assistencial com grupos de gestantes e seus acompanhantes.

O principal objetivo das atividades realizadas nos grupos era problematizar alguns temas de interesse das gestantes com vistas a proporcionar condições mais seguras de participar das decisões a serem tomadas sobre sua saúde neste momento particular de suas vidas, possibilitando também questionamentos quanto a determinadas condutas impostas pelos profissionais (BASSO; MONTICELLI, 2010).

Foi possível concluir por meio dos resultados do referido estudo que os usuários se posicionam contrários à cultura do intervencionismo exacerbado no parto e que os profissionais devem buscar a participação dos usuários, pois somente dessa forma torna-se possível a construção de subjetividade, corresponsabilidade e consciência dos fenômenos que afetam diretamente a saúde dos usuários.

Vieira *et al.* (2014) realizaram uma pesquisa na região do Cariri em que pretendiam avaliar a participação de adolescentes na Estratégia de Saúde da Família (ESF) por meio da Estrutura Teórico-Metodológica de uma Participação Habilitadora, um arcabouço teórico-metodológico apresentado por Machado e Vieira (2010). Neste intuito, as autoras investigaram o objeto de pesquisa por meio de questionários enviados a alguns profissionais de saúde de três municípios e analisaram os resultados por meio de procedimentos de estatística descritiva e por comparações.

A estrutura teórico-metodológica é constituída por quatro níveis: participação normativa, participação normativa + independência, participação emancipatória e participação transformadora. Os dados revelaram que 94,8% dos profissionais afirmaram que os adolescentes estão mais presentes na ESF no momento do atendimento individual, o que se enquadraria no nível de participação normativa – que implica em usuários aptos a cuidar de si com ênfase no tratamento e controle da condição que os levaram às consultas – e no nível de participação normativa + independência, porém apenas quando se tratava de consultas de pré-natal e de planejamento reprodutivo, pois também incluíam o cuidar na família; 55,9% dos profissionais afirmaram que os adolescentes estão presentes em atividades de grupo/ações educativas, o que se enquadraria no nível de participação normativa + independência, pois envolve ações de prevenção; a participação emancipatória, que abarca o cuidado com o entorno, foi identificada por meio do envolvimento dos adolescentes em ações intersetoriais (51,2%), principalmente nas ações de promoção de saúde realizadas nas escolas; já a participação transformadora, que abrange o controle social e o envolvimento nas ações de políticas públicas, ainda não se encontra consolidada.

Considerações finais

Foi observado por meio desta revisão que ainda há um pequeno número de publicações no Brasil acerca da participação do usuário no cuidado de enfermagem, em especial do usuário hospitalizado, já que apenas três estudos abordam ambientes de internação. Um dos estudos deu-se num ambiente de internação psiquiátrica (MONTEIRO; LOYOLA, 2009); outro aborda a questão de forma genérica, onde um dos ambientes de possível aplicação do objeto central do estudo seria o de internação (MARTINS; ALVIM, 2012); e, por fim, Pena e Diogo (2005) tratam apenas dos acompanhantes dos usuários hospitalizados.

No que tange à atenção primária há evidências significativas de que a participação no cuidado de enfermagem é desejada e necessária para a melhoria das condições de saúde dos usuários, bem como para aumentar a satisfação dos usuários com o cuidado prestado por

profissionais de saúde, oriundas de seis dos nove estudos selecionados (BASSO; MONTICELLI, 2010; FERREIRA JÚNIOR *et al.*, 2013; MACHADO; VIEIRA, 2004; MACHADO; VIEIRA, 2009; SCHIMITH *et al.*, 2013; TEIXEIRA; SILVA, 2008).

Observou-se também pouco impacto da Política Nacional de Humanização nas publicações e nas realidades investidas pelos autores, já que apenas um estudo mencionou o potencial transformador da PNH (SCHIMITH *et al.*, 2013). Um dos possíveis motivos para esse pouco impacto é a importante influência do paradigma biomédico nos ambientes de cuidado em saúde, informada diretamente por quatro dos nove estudos que compõem a amostra (BASSO; MONTICELLI, 2010; MACHADO; VIEIRA, 2004; MARTINS; ALVIM, 2012; SCHIMITH *et al.*, 2013), porém indiretamente posta como um fator dificultador do respeito à autonomia por todos os outros estudos.

Uma proposta bastante significativa que emergiu desta análise foi o uso de teorias de enfermagem para guiar os profissionais de enfermagem no caminho da melhoria dos cuidados prestados, embora apenas dois estudos tratem desse tipo de experiência, Martins e Alvim (2012), apresentando os benefícios da aplicação da Teoria do Cuidado Cultural de Enfermagem de Madeleine M. Leininger, e Machado e Vieira (2004) apostando na análise da realidade a partir do Sistema Conceitual de King.

CAPÍTULO 3 Metassíntese qualitativa de estudos internacionais

A pesquisa qualitativa tem sido a mais praticada por enfermeiras em todo o mundo, devido a sua grande importância para a prática profissional, pois o cuidado de enfermagem, prática fundamental do seu trabalho, se dá entre seres humanos e, portanto, demanda o entendimento das significações dos usuários face aos fenômenos que perpassam os processos de cuidado à saúde (LACERDA; LABRONICI, 2011; SILVA *et al.*, 2008).

A pesquisa qualitativa em enfermagem tem como sua principal função apontar evidências de como os usuários dos serviços de saúde atribuem significado às situações que permeiam a prática clínica, objeto esse de grande importância, pois auxilia na compreensão de fenômenos quantificáveis – por exemplo, o grau de satisfação num cuidado prestado –, bem como avaliar os resultados de intervenções de enfermagem, possibilitando o desenvolvimento de novas hipóteses de estudo e de novas formas de cuidar (TURK; KALARCHIAN, 2014; MORSE; PENROD; HUPCEY, 2000).

Considerando a importância de estar a par das discussões internacionais acerca do objeto de estudo desta pesquisa, sintetiza-se aqui as evidências presentes nas publicações científicas acerca da participação dos usuários hospitalizados no cuidado de enfermagem nos últimos cinco anos.

O método utilizado para produzir sínteses a partir de evidências oriundas de pesquisas qualitativas é chamado de metassíntese e uma das diferentes abordagens possíveis para se realizar uma metassíntese é o metaestudo. Na produção de metaestudos formulam-se, primeiramente, sínteses em separado sobre os aspectos teóricos, metodológicos e das análises de dados produzidas pela amostra de estudos para que sejam desenvolvidas as análises sintéticas sobre as implicações dos achados da amostra para o campo de conhecimento em que o tema é desenvolvido, no caso a enfermagem (BONDAS; HALL, 2007).

Este metaestudo utiliza pesquisas qualitativas primárias sobre a participação de usuários hospitalizados no cuidado de enfermagem publicadas em periódicos indexados nas bases de dados, CINAHL®, MEDLINE®/PubMed®, PsycINFO®, SCOPUS® e/ou Web of Science™ entre abril de 2009 e abril de 2014.

Na base de dados CINAHL®, foi feita a seleção por meio dos termos: MW patient participation OR MW consumer participation AND MW nursing, e dos limitadores, Texto completo; Data de publicação: 20090401-20140331; Subconjunto de revistas especializadas: Nursing; Faixas etárias: All Adult; sendo encontrados 28 artigos.

Na base de dados MEDLINE®/PubMed®, foi feita a seleção por meio do protocolo de busca: ("patient participation"[MeSH Terms] OR "consumer participation"[MeSH Terms]) AND "nursing"[MeSH Terms] AND (Journal Article[ptyp] AND "loattrfull text"[sb] AND ("2009/04/09"[PDAT] : "2014/04/09"[PDAT])) AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]) AND jsubsetn[text] AND "adult"[MeSH Terms]); sendo encontrados 91 artigos.

Na base de dados PsycINFO®, foi feita a seleção por meio do protocolo de busca: Keywords: patient participation OR Keywords: consumer participation AND Keywords: nursing AND NOT Methodology: Literature Review AND Year: 2009 TO 2014 AND APA Full-Text Only; sendo encontrados seis artigos.

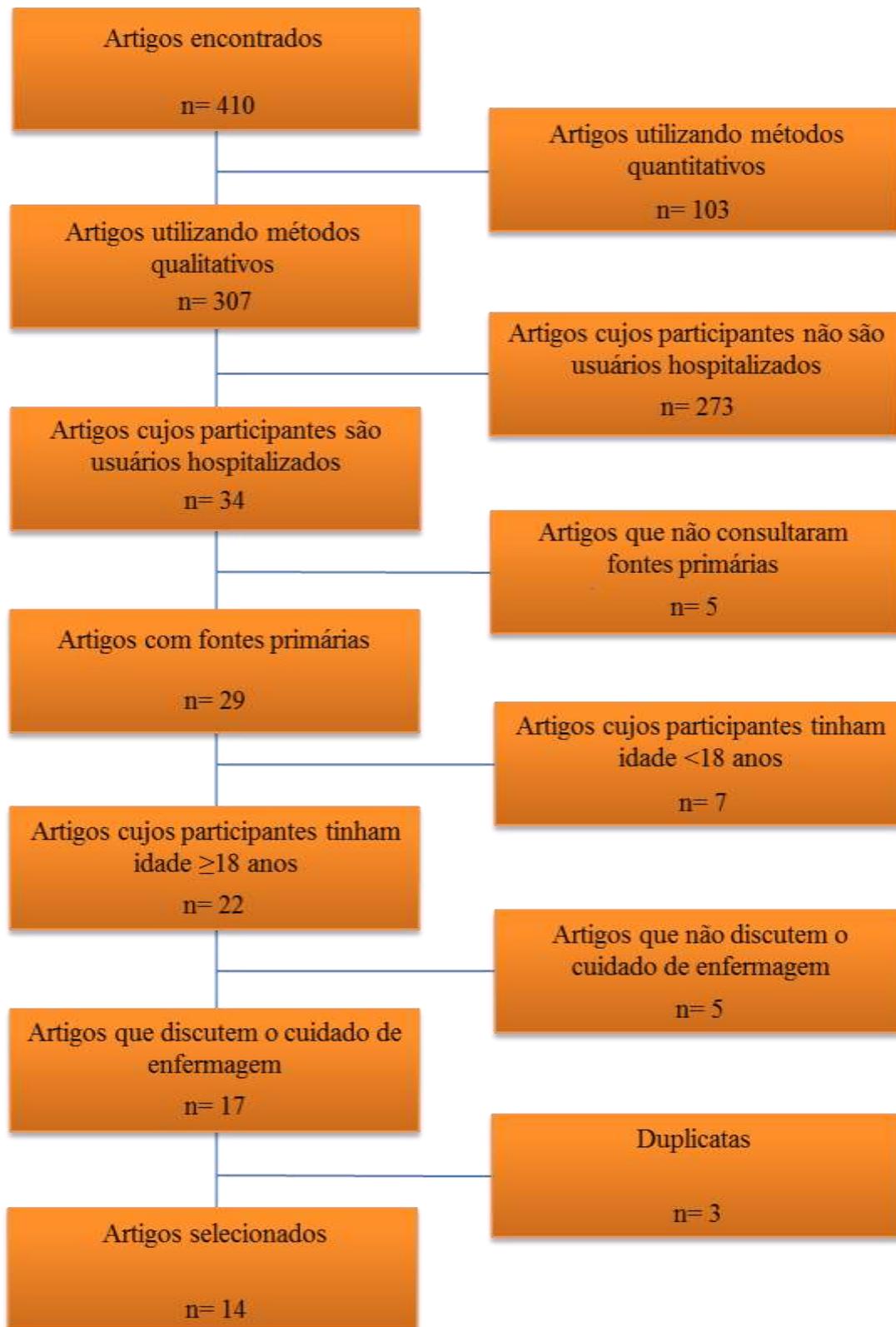
Na base de dados SCOPUS®, foi feita a seleção por meio do protocolo: (KEY("patient participation") OR KEY ("consumer participation")) AND (KEY (nursing)) AND (PUBYEAR > 2009) AND (LANGUAGE (english OR spanish OR portuguese)) AND ((DOCTYPE (ar)) AND NOT (DOCTYPE (re))) AND (SUBJAREA (nurs)); sendo encontrados 215 artigos.

Na base de dados Web of Science™, foi feita a seleção por meio do protocolo de busca: (((("patient participation" OR "consumer participation") AND (nursing))) Refinado por: Categorias do Web of Science: (NURSING) AND Tipos de documento: (ARTICLE) AND Áreas de pesquisa: (NURSING) AND Idiomas: (ENGLISH OR PORTUGUESE) Tempo estipulado: 2009-2014. Índices: SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH; sendo encontrados 70 artigos.

Depois de encontrados os 410 artigos, foi realizada uma análise dos títulos e resumos por meio dos passos detalhados na Figura 1, pelos quais foram selecionados 14. Esta pré-análise foi necessária, pois os mecanismos de busca, apesar de bastante específicos – haja vista a complexidade dos protocolos de busca –, não deram conta de selecionar corretamente os artigos conforme os comandos.

Em seguida a amostra foi submetida à avaliação de qualidade por meio de um dos *check lists* do *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP), o *CASP Qualitative Checklist* (CAPS-QC). Esta ferramenta consiste num questionário com 10 perguntas que avaliam a adequabilidade da metodologia ao estudo do objeto, a transparência na exposição dos objetivos, resultados e conclusões, entre outros critérios de avaliação, que vem sendo utilizado no intento de oferecer suporte a pesquisadores para avaliarem criticamente a qualidade de evidências oriundas de pesquisas qualitativas (CASP, 2014).

Figura 1 – Processo de seleção de artigos com base nos critérios estabelecidos – Rio de Janeiro – OUT. 2014.



Fonte: Os autores (2015).

A partir deste instrumento, foi feita uma classificação, com base no estudo realizado por Silva Júnior *et al.* (2011), em que os artigos que obtiverem resultado positivo em pelo menos nove dos 10 critérios de avaliação receberam avaliação A, de cinco a oito receberam avaliação B e de quatro ou menos receberam avaliação C e foram descartados da amostra. No Quadro 2 são apresentadas as características dos artigos selecionados, bem como os resultados de suas respectivas avaliações. Após este processo de apreciação crítica foram eleitos os 13 estudos que compõem a amostra desta revisão.

Seguindo a proposta metodológica do metaestudo, foram efetuadas uma análise metateórica – analisando-se as teorias e conceitos que guiaram os pesquisadores na realização dos estudos –, uma análise metametodológica – em que foram analisadas as abordagens metodológicas utilizadas pelos pesquisadores em seus estudos –, uma metanálise dos dados – com avaliação das análises dos estudos selecionados de forma a reinterpretar os resultados dos estudos por meio das análises realizadas por todos os estudos da amostra –, tendo possibilitado, por meio das análises parciais, a construção de uma síntese com destaque para as implicações dos resultados dos estudos para os contextos científicos e assistenciais da enfermagem.

➤ **Metateoria**

Os estudos analisados abordam questões cujos focos são: os usuários e suas significações, percepções e expectativas dos processos de cuidado em saúde e de enfermagem com base em suas experiências de internações hospitalares; os profissionais de saúde, sobretudo os de enfermagem, e suas significações e percepções acerca de suas práticas no sentido da inclusão dos usuários na identificação dos problemas que envolvem sua saúde, na tomada de decisão, na implementação das ações de saúde e na avaliação dos resultados alcançados; as formas como se dão as interações entre usuários e profissionais; e as relações entre as significações dos usuários sobre sua participação no cuidado em saúde e de enfermagem e os conceitos oriundos do universo reificado da ciência.

No que tange às significações, percepções e expectativas dos usuários sobre sua participação no cuidado de enfermagem há destaque sobre a educação, tanto como uma estratégia de empoderamento e reconhecimento de direitos pelos usuários (BASSO, MONTICELLI, 2010), como um campo de participação ativa do usuário no cuidado de enfermagem (DRAAISTRA *et al.*, 2012), bem como sobre a educação profissional, que, conforme Larsson *et al.* (2011), perpetua uma cultura institucional paternalista que impõe barreiras à participação dos usuários no cuidado de enfermagem.

Quadro 2 – Principais características da amostra e o resultado de suas avaliações – Rio de Janeiro – OUT. 2014.

(Continua)

Autores	Título	Revista	Ano	País de origem	Classificação CASP-QC
Heggland, Liv-Helen; Hausken, Kjell.	A Qualitative Identification of Categories of Patient Participation in Decision-Making by Health Care Professionals and Patients During Surgical Treatment	Clinical Nursing Research	2012	Noruega	A
Basso, Joéli Fernanda; Monticelli, Marisa.	Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado	Revista Latino-Americana de Enfermagem	2010	Brasil	A
McMurray, Anne; Chaboyer, Wendy; Wallis, Marianne; Fetherston, Cathy.	Implementing bedside handover: strategies for change management	Journal of Clinical Nursing	2010	Austrália	A
Bench, Suzanne D.; Day, Tina; Griffiths, Peter.	Involving Users in the Development of Effective Critical Care Discharge Information: A Focus Group Study	American Journal of Critical Care	2011	Inglaterra	A
Soleimani, Mohsen; Rafii, Forough; Seyedfatemi, Naiemeh.	Participation of patients with chronic illness in nursing care: An Iranian perspective	Nursing and Health Sciences	2010	Irã	A
Larsson, Inga E.; Sahlsten, Monika J.M.; Segesten, Kerstin; Plos, Kaety A.E.	Patients' perceptions of barriers for participation in nursing care	Scandinavian Journal of Caring Science	2011	Suécia	A
Draaistra, Harriett; Singh, Mina D.; Ireland, Sandra; Harper, Theresa	Patients' perceptions of their roles in goal setting in a spinal cord injury regional rehabilitation program	Canadian Journal of Neuroscience Nursing	2012	Canadá	A
Bolster, Danielle; Manias, Elizabeth.	Person-centred interactions between nurses and patients during medication activities in an acute hospital setting: Qualitative observation and interview study	International Journal of Nursing Studies	2010	Austrália	A
Oeye, Christine; Bjelland, Anne Karen; Skorpen, Aina; Anderssen, Norman.	User participation when using milieu therapy in a psychiatric hospital in Norway: a mission impossible?	Nursing Inquiry	2009	Noruega	A

Quadro 2 – Principais características da amostra e o resultado de suas avaliações – Rio de Janeiro – OUT. 2014.

(Conclusão)

Autores	Título	Revista	Ano	País de origem	Classificação CASP-QC
Eldh, Ann Catrine; Ekman, Inger; Ehnfors, Margareta.	A comparison of the concept of patient participation and patients' descriptions as related to healthcare definitions	International Journal of Nursing Terminologies and Classifications	2010	Suécia	B
Loiselle, Marie-Chantal; O'Connor, Annette M.; Michaud, Cécile.	Developing a decision support intervention regarding choice of dialysis modality	The Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists Journal	2011	Canadá	B
Hegglund, Liv-Helen; Øgaard, Torvald; Mikkelsen, Aslaug; Hausken, Kjell.	Patient Participation in Surgical Treatment Decision Making from the Patients' Perspective: Validation of an Instrument	Nursing Research and Practice	2012	Noruega	B
McMurray, Anne; Chaboyer, Wendy; Wallis, Marianne; Johnson, Joanne; Gehrke, Tanya.	Patients' perspectives of bedside nursing handover	Collegian	2011	Austrália	B
Chapman, Kimberly B.	Improving Communication Among Nurses, Patients, and Physicians	American Journal of Nursing	2009	EUA	C

Fonte: Os autores (2015).

No que se refere às perspectivas dos profissionais, apesar do reconhecimento da importância da participação ativa dos usuários, emergiu certa dificuldade motivacional em mudar as estratégias de cuidado para torná-las mais participativas, todavia, McMurray *et al.* (2011) afirmam que a motivação dos profissionais pode ser incrementada por meio de iniciativas mais amplas, que abarquem toda a instituição.

No tocante às interações entre usuários e profissionais, os destaques são para a forma como se dá a comunicação e as relações de poder, entre enfermeira e usuário hospitalizado (HEGGLAND; HAUSKEN, 2012; HEGGLAND *et al.*, 2012), educação como estratégia para estimular a participação na tomada de decisão (BENCH; DAY; GRIFFITHS, 2011) e a participação dos familiares e outros entes queridos no cuidado como uma ação que garante maior incentivo à participação do próprio usuário no cuidado de enfermagem (BENCH; DAY; GRIFFITHS, 2011; LOISELLE; O'CONNOR; MICHAUD, 2011; SOLEIMANI; RAFII; SEYEDFATEMI, 2010).

Por fim, Eldh, Ekman e Ehnfors (2010) ainda relacionaram as concepções de participação do paciente oriundas dos próprios usuários com as oriundas de classificações diagnósticas, políticas públicas e descritores de assunto presentes em ferramentas de pesquisa à literatura científica, concluindo que os discursos de profissionais e de políticas públicas têm certa discrepância dos conceitos construídos pelos usuários, havendo então a necessidade de profissionais e formadores de políticas de saúde deem ouvidos às demandas dos usuários no que tange à participação no próprio processo de cuidado.

Há na amostra um repertório variado de conceitos e teorias utilizados para guiar os estudos: cinco dentre os 13 estudos que compõem a amostra utilizaram conceitos oriundos de revisão de literatura, não relatando algum tipo de referencial específico; Eldh, Ekman e Ehnfors (2010) utilizaram conceitos de classificações diagnósticas, de ferramentas de pesquisa bibliográfica e de políticas públicas de saúde para guiarem sua pesquisa; Bolster e Manias (2010) orientaram-se pelo conceito de Enfermagem Centrada na Pessoa de McCormack e McCane; McMurray *et al.* (2011) fundamentaram seu estudo no movimento de Cuidado Centrado no Paciente; Loiselle, O'Connor e Michaud (2011) combinaram o *Ottawa Decision Support Framework* com a vertente filosófica do Construtivismo; Oeye *et al.* (2009), nesta mesma estratégia, combinaram a Terapia Ambiental de Gunderson, conceitos de relações de poder e de tecnologias do self de Foucault e o conceito de participação do paciente oriundo da literatura científica; Basso e Monticelli (2010) basearam-se na Pedagogia Libertadora de Paulo Freire; Bench, Day e Griffiths (2011) utilizaram como referência o Realismo Crítico e, por fim, apenas Draaistra *et al.* (2012) basearam seu estudo numa teoria de enfermagem, a Teoria do Alcance de Metas de Imogene King.

No Quadro 3 são apresentados os estudos que compõem a amostra e suas respectivas bases teórico-conceituais.

➤ **Metamétodo**

As técnicas de produção de dados foram diversas, mas com preponderância de entrevistas – oito das 13 pesquisas, 61,53% –, sejam elas abertas, semi-estruturadas ou qualitativas, em seguida vêm as técnicas de observações – cinco das 13 pesquisas, 38,46% –, sejam elas participante, naturalista ou semi-estruturada, grupo focal – duas das 13 pesquisas, 15,38% –, e por fim, oficinas educativas problematizadoras, intervenções de suporte à tomada de decisão e questionários foram utilizados cada uma por apenas uma das 13 pesquisas (7,69% cada). Apenas um estudo não declarou com a riqueza necessária de detalhes o método

empregado (LOISELLE; O'CONNOR; MICHAUD, 2011), mesmo sendo possível identificá-lo.

Quanto às responsabilidades éticas das pesquisas, apenas duas pesquisas limitaram-se aos aspectos burocráticos, como aprovação pelo comitê de ética em pesquisa da instituição (LOISELLE; O'CONNOR; MICHAUD, 2011; McMURRAY *et al.*, 2010). Um dos estudos da amostra se destacou apresentando todos os cuidados éticos tomados em cada etapa da pesquisa (OEYE, 2009).

Quadro 3 – Identificação das bases teórico-conceituais da amostra – Rio de Janeiro – OUT. 2014.

(Continua)

Autores	Título	Bases Teórico-Conceituais
Eldh, Ann Catrine; Ekman, Inger; Ehnfors, Margareta.	A comparison of the concept of patient participation and patients' descriptions as related to healthcare definitions	Conceitos de classificações diagnósticas, de ferramentas de pesquisa bibliográfica e de políticas públicas de saúde
Heggland, Liv-Helen; Hausken, Kjell.	A Qualitative Identification of Categories of Patient Participation in Decision-Making by Health Care Professionals and Patients During Surgical Treatment	Conceitos oriundos de revisão de literatura
Loiselle, Marie-Chantal; O'Connor, Annette M.; Michaud, Cécile.	Developing a decision support intervention regarding choice of dialysis modality	Ottawa Decision Support Framework; Construtivismo
Basso, Joéli Fernanda; Monticelli, Marisa.	Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado	Pedagogia Libertadora de Paulo Freire
McMurray, Anne; Chaboyer, Wendy; Wallis, Marianne; Fetherston, Cathy.	Implementing bedside handover: strategies for change management	Cuidado Centrado no Paciente
Bench, Suzanne D.; Day, Tina; Griffiths, Peter.	Involving Users in the Development of Effective Critical Care Discharge Information: A Focus Group Study	Realismo Crítico
Soleimani, Mohsen; Rafii, Forough; Seyedfatemi, Naiemeh.	Participation of patients with chronic illness in nursing care: An Iranian perspective	Conceitos oriundos de revisão de literatura
Heggland, Liv-Helen; Øgaard, Torvald; Mikkelsen, Aslaug; Hausken, Kjell.	Patient Participation in Surgical Treatment Decision Making from the Patients' Perspective: Validation of an Instrument	Conceitos oriundos de revisão de literatura

Quadro 3 – Identificação das bases teórico-conceituais da amostra – Rio de Janeiro – OUT. 2014.

(Conclusão)

Autores	Título	Bases Teórico-Conceituais
Larsson, Inga E.; Sahlsten, Monika J.M.; Segesten, Kerstin; Plos, Kaety A.E.	Patients' perceptions of barriers for participation in nursing care	Conceitos oriundos de revisão de literatura
Draaistra, Harriett; Singh, Mina D.; Ireland, Sandra; Harper, Theresa	Patients' perceptions of their roles in goal setting in a spinal cord injury regional rehabilitation program	Teoria do Alcance de Metas de Imogene King
McMurray, Anne; Chaboyer, Wendy; Wallis, Marianne; Johnson, Joanne; Gehrke, Tanya.	Patients' perspectives of bedside nursing handover	Conceitos oriundos de revisão de literatura
Bolster, Danielle; Manias, Elizabeth.	Person-centred interactions between nurses and patients during medication activities in an acute hospital setting: Qualitative observation and interview study	Conceito de Enfermagem Centrada na Pessoa de McCormack e McCane
Oeye, Christine; Bjelland, Anne Karen; Skorpen, Aina; Anderssen, Norman.	User participation when using milieu therapy in a psychiatric hospital in Norway: a mission impossible?	Terapia Ambiental de Gunderson, conceitos de relações de poder e de tecnologias do self de Foucault e conceito de participação do paciente oriundo da literatura científica

Fonte: Os autores (2014).

Com exceção de Loiselle, O'Connor e Michaud (2011), todos os estudos apresentaram claramente as técnicas de análise de dados. Majoritariamente foram utilizadas as análises de conteúdos – oito das 13 pesquisas, 61,53% –, sejam elas temáticas ou qualitativas. Bolster e Manias (2010) realizaram uma sumarização demográfica, Soleimani, Rafii e Seyedfatemi (2010) realizaram as técnicas de análise de dados próprias da Teoria Fundamentada em Dados, enquanto que Basso e Monticelli (2010) e Loiselle, O'Connor e Michaud (2011) interpretaram os dados de suas pesquisas à luz de suas bases teórico-conceituais, Pedagogia Libertadora de Paulo Freire e Ottawa Decision Support Framework, respectivamente.

Três estudos (23,07%) lançaram mão de softwares de análise de dados, são eles: Eldh, Ekman e Ehnfors (2010), utilizando o IBM® SPSS®, Bench, Day e Griffiths (2011), utilizando o NVivo7®, e Draaistra *et al.* (2012), utilizando o NVivo8®.

No Quadro 4 são apresentados os estudos e suas respectivas técnicas de produção e de análise de dados.

➤ **Metanálise dos dados qualitativos**

A participação do usuário hospitalizado no cuidado de enfermagem está diretamente ligada ao respeito à autonomia do usuário (ELDH; EKMAN; EHNFORSS, 2010; HEGGLAND; HAUSKEN, 2012; OEYE *et al.*, 2009), à diminuição de riscos relacionados a iatrogenias (McMURRAY *et al.*, 2010; McMURRAY *et al.*, 2011), ao aumento da satisfação do usuário (DRAAISTRA *et al.*, 2012), à construção de relações entre profissionais de enfermagem e usuários mais positivas (HEGGLAND *et al.*, 2012), ao melhor alcance dos resultados esperados pela equipe de enfermagem (DRAAISTRA *et al.*, 2012), à facilitação do processo de aderência aos planos de alta (BENCH; DAY; GRIFFITHS, 2011) e a tornar o cuidado de enfermagem um fenômeno educativo, em que o usuário pode conhecer melhor o seu corpo e como ele funciona no tempo e no espaço (LOISELLE; O'CONNOR; MICHAUD, 2011).

Os momentos propícios para a participação do usuário no cuidado de enfermagem vão desde a identificação dos problemas de saúde – por meio da anamnese e do exame físico –, passando pela tomada de decisão – por meio da definição conjunta das prioridades entre os problemas identificados de forma compartilhada –, pela atuação em conjunto com os profissionais nas intervenções realizadas pelos profissionais de enfermagem, até a avaliação dos resultados alcançados pelos cuidados de enfermagem prestados ao usuário de forma conjunta e corresponsável (ELDH; EKMAN; EHNFORSS, 2010).

Quadro 4 – Identificação das técnicas de produção e de análise da amostra – Rio de Janeiro – OUT. 2014.

(Continua)

Título	Técnicas de produção de dados	Técnicas de análise de dados
A comparison of the concept of patient participation and patients' descriptions as related to healthcare definitions	Questionário	Software SPSS® e Análise de conteúdo qualitativa
A Qualitative Identification of Categories of Patient Participation in Decision-Making by Health Care Professionals and Patients During Surgical Treatment	Entrevistas qualitativas	Análise de conteúdo qualitativa
Developing a decision support intervention regarding choice of dialysis modality	Intervenções de suporte para tomada de decisão	Ottawa Decision Support Framework
Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado	Oficinas educativas em grupo	Interpretação dos discursos à luz da Pedagogia Libertadora
Implementing bedside handover: strategies for change management	Observação semi-estruturada e Entrevistas em profundidade	Análise de conteúdo temática
Involving Users in the Development of Effective Critical Care Discharge Information: A Focus Group Study	Grupo focal	Software NVIVO7® e Análise de conteúdo temática
Participation of patients with chronic illness in nursing care: An Iranian perspective	Entrevistas semi-estruturadas	Interpretação dos discursos à luz da Teoria Fundamentada em Dados

Quadro 4 – Identificação das técnicas de produção e de análise da amostra – Rio de Janeiro – OUT. 2014.

(Conclusão)

Título	Técnicas de produção de dados	Técnicas de análise de dados
Patient Participation in Surgical Treatment Decision Making from the Patients' Perspective: Validation of an Instrument	Entrevistas qualitativas	Análise de conteúdo qualitativa
Patients' perceptions of barriers for participation in nursing care	Grupo focal	Análise de conteúdo
Patients' perceptions of their roles in goal setting in a spinal cord injury regional rehabilitation program	Observação e Entrevistas semi-estruturadas	Software NVIVO8® e Análise de conteúdo temática
Patients' perspectives of bedside nursing handover	Entrevistas semi-estruturadas	Análise de conteúdo temática
Person-centred interactions between nurses and patients during medication activities in an acute hospital setting: Qualitative observation and interview study	Observação naturalista e entrevistas semi-estruturadas	Sumarização demográfica e Análise qualitativa de dados
User participation when using milieu therapy in a psychiatric hospital in Norway: a mission impossible?	Observação participante e Entrevistas abertas	Análise indutiva

Fonte: Os autores (2014).

As barreiras que impedem a participação dos usuários no cuidado de enfermagem começam na formação profissional, que perpetua os desígnios do paradigma biomédico, oferecendo, majoritariamente, uma metodologia de trabalho tecnicista e paternalista (LARSSON *et al.*, 2011). Perpassam também o comodismo e a falta de motivação dos profissionais para a mudança, que encontram assento nas longas cargas horárias de trabalho e salários aquém dos serviços prestados. Medo de represália, confiança excessiva e incapacidades físicas são causas que, por vezes, impedem o usuário de buscar um papel mais ativo no cuidado de enfermagem (BOLSTER, MANIAS, 2010; SOLEIMANI; RAFII; SEYEDFATEMI, 2010).

➤ **Implicações para a Enfermagem**

Mudanças são possíveis e têm maior probabilidade de se tornarem efetivas quando há uma mobilização conjunta de profissionais, usuários e profissionais em cargos de gestão no intento de melhorar a qualidade do serviço prestado pela instituição de saúde (McMURRAY *et al.*, 2010). Sensibilização por meio de intervenções educativas e problematizadoras são formas de viabilizar os processos de mudança de paradigma (BASSO; MONTICELLI, 2010; McMURRAY *et al.*, 2010).

Foi possível concluir que há algumas lacunas do conhecimento acerca do tema, algumas apresentadas nos estudos analisados, como a realização de uma pesquisa qualitativa

com um número significativo de usuários em uma clínica não-especializada ou em várias clínicas especializadas a fim de dar um tom generalizador aos resultados (ELDH; EKMAN; EHNFORSS, 2010), outras ainda não apresentadas, mas que emergem da discussão do conjunto de estudos que compuseram a amostra, como a realização de pesquisas qualitativas que permitam compreender as significações de estudantes de enfermagem sobre a participação dos usuários hospitalizados no cuidado de enfermagem e investigações sobre a presença implícita ou explícita do tema em projetos político-pedagógicos de currículos de enfermagem, entre outras possibilidades dentro e fora do campo da educação profissional.

Por tratar-se de um fenômeno intersubjetivo, a participação do usuário hospitalizado no cuidado de enfermagem é um objeto propício para pesquisas qualitativas, já que são as que dão conta de identificar, analisar, avaliar e discutir processos que abarcam significações, percepções e expectativas. Neste sentido, mais pesquisas sobre o tema ainda precisam ser realizadas, em especial que se pautem em teorias de enfermagem, pois são as que mais oferecem subsídios para compreenderem fenômenos típicos das situações de enfermagem e que abarquem mais fortemente as questões epistemológicas envolvidas neste fenômeno.

CAPÍTULO 4 Bases Teórico-Conceituais

4.1 Teoria do Alcance de Metas

Neste capítulo apresenta-se uma análise aprofundada da Teoria do Alcance de Metas. Para tal, foram construídos uma breve apresentação da teórica e os resultados obtidos pela aplicação da etapa de análise do Referencial para Análise e Avaliação de Teorias de Enfermagem criado por Jacqueline Fawcett (2005). Este Referencial abarca as seguintes etapas: análise – que subsidiam uma descrição objetiva sobre o escopo, o contexto e o conteúdo de uma teoria de enfermagem – e avaliação de teorias de enfermagem – que auxiliam a produzir julgamentos acerca da sua significância, consistência interna, parcimônia, capacidade de ser testada, adequação empírica e de sua adequação pragmática.

O percurso metodológico da etapa de análise de Teorias de Enfermagem, apresentada a seguir, é composto por três passos: análise do Escopo da Teoria, do Contexto da Teoria e do Conteúdo da Teoria. Na etapa do Escopo da Teoria é analisada a abrangência e o nível de abstração da Teoria em questão, podendo ser classificada como Grande Teoria ou como Teoria de médio alcance. Teorias de médio alcance podem ainda ser classificadas como descritivas, exploratórias ou preditivas.

Cabe ressaltar o importante papel das Teorias de Prática, também conhecidas como Teorias Orientadas para a Prática, e das Teorias de Situações Específicas, apesar de tais teorias não serem mencionadas no Referencial para Análise e Avaliação de Teorias de Enfermagem (FAWCETT, 2005). Teorias com este nível de abstração mais reduzido foram descritas recentemente (IM, 2014).

Para determinar a pertinência da Teoria com o objeto da pesquisa, utilizou-se o método descrito por Eldh (2006), em que, como um dos elementos que compunha uma revisão integrativa, foram analisados os trabalhos de algumas enfermeiras teóricas, a saber, Florence Nightingale, Virginia Henderson, Dorothea Orem e Katie Eriksson, e discutidas as suas relações explícitas e implícitas com o fenômeno da participação dos usuários.

Ao final será abordada a aplicação da Teoria do Alcance de Metas nos serviços de saúde.

Imogene King

Imogene Martina King foi uma enfermeira teórica americana, nascida em 30 de janeiro de 1923 na cidade de West Point, estado de Iowa, e falecida no dia 24 de dezembro de 2007 em St. Petersburg, no estado americano da Florida. Teve uma vasta trajetória profissional situada no âmbito da assistência direta aos usuários, na gestão de serviços de saúde e na

docência de nível superior, realizando também consultorias nas áreas de educação, de administração e gestão hospitalar. Formada em enfermagem pela Escola de Enfermagem do Hospital St. John's, em St. Louis, Missouri, em 1945, graduou-se como doutora em Educação em 1961 pela Universidade de Colúmbia, em New York, recebeu o grau de doutora honorária de filosofia da Southern Illinois University em 1980, realizou pós-doutorado em desenho de pesquisa, estatística e computação, recebeu o prêmio *American Nurses Association (ANA) Jessie M. Scott Award* em 1996 e em 2004 entrou para o *ANA Hall of Fame* (LAVIN; KILLEN, 2008; MOURA; PAGLIUCA, 2004).

Escopo da Teoria

A Teoria do Alcance de Metas pode ser classificada como uma Teoria de médio alcance preditiva, pois além de descrever os fenômenos abordados pela teoria e explorar as relações que se dão entre os conceitos por ela abordados, são apresentadas predições de desfechos das relações entre conceitos (ELO *et al.*, 2013). Um exemplo de predição dá-se no seguinte trecho, em que os grifos indicam alguns conceitos que compõem a Teoria: “Se **enfermeiras** com conhecimentos e habilidades especiais **comunica informações** apropriadas aos **clientes**, **mútua definição de metas** e **alcance de metas** ocorrerão” (KING, 1981, p. 149).

Teorias de médio alcance têm como algumas de suas contribuições as de derivar conceitos de um modelo conceitual de forma a orientar a aplicação desses conceitos na organização de serviços de enfermagem em qualquer nível de atenção e de servir como base de conhecimentos para a aplicação do processo de enfermagem, ou seja, na definição de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Entretanto, para que essas potências sejam concretizadas é necessário o trabalho conjunto da equipe de enfermagem na análise das condições materiais e imateriais dos processos de produção do cuidado de enfermagem no ambiente em que eles ocorrem e subsequente adequação dos elementos da teoria escolhida a esta realidade.

Contexto da Teoria

Nesta etapa foram analisados os conceitos e afirmações ontológicas dos metaparadigmas endereçados pela teoria, as visões de mundo em que a teoria se baseia, o modelo conceitual do qual a teoria foi derivada e as contribuições desta teoria para a enfermagem.

Metaparadigmas são constituídos por conceitos globais que identificam os fenômenos centrais de uma disciplina, as proposições globais que os descrevem e as proposições que os

relacionam (FAWCETT; DESANTO-MADEYA, 2012). Há na literatura algumas propostas de metaparadigmas da enfermagem. Dentre elas trata-se aqui da mais difundida e aceita atualmente, composta pelos conceitos de ambiente, enfermagem, saúde e seres humanos (FAWCETT; DESANTO-MADEYA, 2012), bem como a proposta da própria criadora da teoria aqui analisada, a de Imogene Martina King, que foi composta pelos conceitos de papel, pessoa, saúde e sociedade (1984).

Após ter construído a Teoria do Alcance de Metas, Imogene King realizou um *survey* envolvendo instituições de ensino superior de enfermagem, no qual analisou as filosofias que baseavam seus respectivos currículos. Neste estudo os conceitos de ambiente, Deus, enfermagem, homem, papel, percepção, relações interpessoais, saúde e sistemas sociais compunham primeiramente seu sistema de categorias de análise estatística, porém os conceitos de ambiente, Deus, enfermagem, percepção e relações interpessoais foram suprimidos das recomendações de metaparadigmas da enfermagem devido a sua baixa significância estatística e os termos homem e sistemas sociais foram substituídos por pessoa e sociedade (KING, 1984).

Na Teoria do Alcance de Metas, King (1981) não apresenta uma definição clara do que seja o ambiente, entretanto, é um conceito que permeia toda sua teoria e poderia ser definido como um meio, interno e/ou externo aos seres humanos, que é percebido pelos sentidos, permitindo a construção de julgamentos e ações sobre ele, bem como sofrer as reações dele oriundas.

O conceito de Enfermagem trabalhado na Teoria não indica qual seria a natureza da disciplina profissional, mas defende que o papel da enfermagem, ou seja, sua função, é o de ajudar indivíduos a manter sua saúde para que possam cumprir seus papéis, tanto no plano individual, interpessoal quanto no social (KING, 1981).

Papel é um conceito com várias definições em seu Sistema Conceitual, sendo abordado principalmente nos Sistemas Interpessoais, mas também nos Sistemas Sociais. Em síntese, o conceito pode ser definido como um conjunto de comportamentos em um sistema que possui uma finalidade, podendo tomar a forma de um direito ou de um dever perante os elementos que compõem esse sistema (KING, 1981).

Pessoa, ou indivíduo, é definido pela autora com base no Sistema Pessoal, apresentado como um sistema total que deve ser entendido por meio de suas percepções, sua autopercepção, sua imagem corporal, seu crescimento e desenvolvimento e no tempo e no espaço em que se situa (KING, 1981).

A saúde é definida como o conjunto de experiências dinâmicas de seres humanos que implicam em contínuos ajustes aos estressores no ambiente interno e externo aos indivíduos

por meio do melhor uso possível dos próprios recursos para alcançar seu potencial máximo na vida diária (KING, 1981).

Por fim, sociedade é um termo pouco utilizado tanto no Sistema Conceitual de King, quanto na Teoria do Alcance de Metas, porém pode ser entendido como um conjunto de sistemas sociais. Sistemas sociais são considerados como sistemas compostos por papéis sociais, comportamentos e ações, desenvolvidos para a manutenção de seus valores e dos mecanismos que regulam suas ações e regras (KING, 1981).

Filosofias de enfermagem são compostas pelas afirmações ontológicas – como são entendidos os metaparadigmas da disciplina – e por pretensões epistêmicas – que explicam a natureza dos conceitos e como esses conceitos podem ser desenvolvidos. As pretensões epistêmicas e as ontológicas podem ser regidas, basicamente, por três visões de mundo: a reativa, a de interação recíproca e a de ações simultâneas (FAWCETT ;DESANTO-MADEYA, 2012).

Tanto a Teoria do Alcance de Metas, quanto o Sistema Conceitual de King são baseados na visão de mundo de interação recíproca, a qual é caracterizada como uma síntese de elementos das visões de mundo organicista, da simultaneidade, da totalidade, da mudança, da persistência e da interativa-integrativa. Essa visão considera os seres humanos como seres holísticos, em que as partes de seus corpos só podem ser entendidas como frações constituintes de um todo integrado; as interações entre seres humanos e o ambiente são recíprocas; as mudanças são determinadas pelos resultados de múltiplos eventos anteriores; e a realidade é relativa, multidimensional e dependente do contexto (FAWCETT; DESANTO-MADEYA, 2012).

Um modelo conceitual é um conjunto de conceitos relativamente abstratos e gerais que se relacionam com um fenômeno de interesse central para a disciplina, bem como as proposições que descrevem e relacionam esses conceitos (FAWCETT; DESANTO-MADEYA, 2012). O Sistema Conceitual de King, originalmente intitulado “Modelo Conceitual de Sistemas Abertos em uma Interação Dinâmica” (KING, 1981, p. 10), é o modelo conceitual do qual foi derivada a Teoria do Alcance de Metas. Tem como principal referencial teórico a Teoria Geral dos Sistemas, de Ludwig von Bertalanffy, mas também foi influenciado pelo Interacionismo Simbólico, na abordagem defendida pela “Escola de Chicago”. O modelo é composto por três tipos de sistemas: sistemas pessoais, sistemas interpessoais e sistemas sociais.

Os sistemas pessoais abarcam o processamento das experiências individuais vividas pelos seres humanos em seu estar no mundo, em que essas experiências são organizadas e

categorizadas por meio dos sentidos. Os sistemas interpessoais consistem em processos interativos entre indivíduos que podem traçar metas mútuas e modos de atingi-las. Esses processos sofrem influências dos indivíduos envolvidos e de sistemas sociais. Nestes sistemas é que King situa a sua Teoria do Alcance de Metas. E, por fim, os sistemas sociais servem como um arcabouço referencial que influencia as pessoas nele inseridas e, conseqüentemente, tende a definir o tipo de relacionamento que será desenvolvido entre seres humanos (KING, 1981).

Por fim, como contribuições da teoria menciona-se a publicação da Teoria em uma forma estruturada, permitindo uma demonstração clara de como derivar uma teoria de médio-alcance a partir de um modelo conceitual. Tal estruturação permitiu que outras teorias de médio-alcance também fossem derivadas de seu sistema conceitual, bem como que teorias de situações específicas fossem derivadas da própria Teoria do Alcance de Metas.

Outra contribuição importante, embora não tenha sido da própria Teoria, mas que tenha dela emergido, foi a criação do Registro de Enfermagem Orientado por Metas (Goal Oriented Nursing Record), um indicador empírico também criado por King (1981) para aplicação e teste da Teoria do Alcance de Metas na prática, conduzindo ao melhor registro e avaliação dos cuidados de enfermagem prestados aos seus usuários na direção do alcance das metas estabelecidas mutuamente.

Conteúdo da Teoria

Nesta etapa foram analisados os conceitos que compõem a Teoria do Alcance de Metas, os quais formam seu vocabulário específico; e as proposições não-relacionais destes conceitos, que definem o que é pensado acerca dos conceitos.

Os conceitos apresentados nesta Teoria são interação, percepção, comunicação, transação, autopercepção (self), papel, estresse, crescimento e desenvolvimento, tempo e espaço.

Interação é proposta como um processo que envolve a percepção daquele(s) que participa(m) e a comunicação entre pessoa(s) e ambiente e/ou entre pessoas, sendo representada por comportamentos verbais e não-verbais que são orientados por objetivos.

Percepção é proposta como um processo de organização, interpretação e transformação de dados oriundos dos sentidos que produzem representações da realidade, noções de pessoas, objetos e fenômenos que são pessoais e determinadas pela sociedade, pelo tempo e pelo ambiente.

Comunicação é o intercâmbio de informações entre os indivíduos que dela participam. Essa transmissão de informações pode ocorrer verbalmente – sendo eficaz quando atende

condições básicas para reconhecimento, participação e autorrealização por meio do contato direto entre seres humanos – e por vias não-verbais, que inclui gestos, expressões corporais, ações e postura de disposição, ou não, para escuta e acolhida.

Transação é um processo comunicativo que envolve um intercâmbio de valores entre os indivíduos que dela participam em integração com o ambiente em que estão situados, caracterizando-se como uma experiência única. Pela transação, as pessoas que dela participam compartilham suas referências acerca dos fenômenos que ocorrem em seu meio, possibilitando a definição compartilhada de metas.

Autopercepção (self) é um conceito que só foi devidamente definido como um dos elementos dos Sistemas Pessoais, embora seja cotado como um dos principais conceitos da Teoria do Alcance de Metas (KING, 1981, p. 145). Foi proposto que a autopercepção (self) é a percepção, os pensamentos e sentimentos sobre si por si mesmo frente ao ambiente, sendo influenciada pelas percepções de outrem sobre si.

Papel é definido como um rótulo que identifica um indivíduo a partir de outro por meio de suas características e funções na sociedade, sendo capaz de influenciar as relações interpessoais e os modelos de comunicação empregados.

Estresse é um fenômeno que produz demandas à pessoa que sofre suas influências, além de sua capacidade de neutralizá-lo, gerando um desequilíbrio e, em resposta, mecanismos de defesa que podem ser bem-sucedidos ou não. Ademais, é entendido como um estado dinâmico essencial para a vida.

Crescimento e desenvolvimento são propostos como as mudanças contínuas em indivíduos vivos ao nível molecular, celular e até comportamental que os conduzem ao alcance da autoatualização.

Tempo é um fluxo contínuo de eventos que implica em mudanças, sendo considerado um fenômeno relativo e que, portanto, a percepção do tempo é algo importante a ser considerado em processos que envolvem interações.

Espaço é uma área física que existe em todo o lugar e em todas as direções. A percepção do espaço também é algo importante a ser considerado em processos que envolvem interações, tanto o espaço do ambiente em que se está situado, como o espaço pessoal que determina a zona de conforto de certos seres vivos.

Relações explícitas da Teoria do Alcance de Metas com o fenômeno da participação dos usuários no cuidado de enfermagem

Não há na Teoria o conceito ‘participação do usuário’, quanto menos sua proposição não-relacional ou presença em alguma proposição relacional, porém aparece explicitamente em conjunto com alguns conceitos centrais para a Teoria do Alcance de Metas.

Ao introduzir sua Teoria, King (1981, p. 141) afirma que uma das principais teses de seus constructos teóricos é a de que “cada ser humano percebe o mundo como uma pessoa total ao realizar transações com indivíduos e coisas no ambiente”, o que demonstra, neste sentido, a centralidade do conceito transação em sua Teoria. A seguir, a autora define que “Transações representam uma situação da vida em que quem percebe e a coisa percebida se deparam e em que cada pessoa entra na situação como um participante ativo e cada um se modifica no processo destas experiências” (KING, 1981, p. 142).

Entendendo a importância da participação dos usuários no processo de tomada de decisão, a autora aponta em seus pressupostos filosóficos específicos acerca das interações enfermeira-cliente que: “Indivíduos têm direito a participar de decisões que influenciam sua vida, sua saúde e serviços comunitários” (KING, 1981, p. 143) e que “Profissionais de saúde têm a responsabilidade de compartilhar informações que ajudem os indivíduos a tomar decisões informadas sobre o seu cuidado em saúde” (KING, 1981, p. 143).

O papel participativo dos usuários em situações de enfermagem é definido conforme o trecho a seguir: “clientes observam a enfermeira, fazem perguntas, concedem informações e participam da definição de metas” (KING, 1981, p. 144). Neste trecho se observam algumas possíveis formas de participação ativa e também passiva dos usuários no cuidado de enfermagem.

Por fim, “a Teoria foca nas metas a serem alcançadas em situações específicas de enfermagem por meio de tomada de decisão participativa por enfermeiras e pacientes” (KING, 1981, p. 155).

Relações implícitas da Teoria do Alcance de Metas com o fenômeno da participação dos usuários no cuidado de enfermagem

A definição mútua de metas e dos meios de alcançá-las em situações de enfermagem são, como visto anteriormente, processos de importância central para a Teoria do Alcance de Metas e que se caracterizam atualmente como a principal tese defendida no movimento pela defesa da participação dos usuários no cuidado de enfermagem (ELDH, EKMAN, EHNFORSS, 2010). Ao descrever o papel da Teoria, King (1981, p. 142) afirma: “Ela [a Teoria] apresenta um modelo para interações enfermeira-paciente, a saber, que enfermeiras interajam

intencionalmente com clientes para, mutuamente, estabelecer metas e explorar e concordar com os meios para alcançar metas”.

Ademais, Fawcett (2005, p.119) observa que “a ênfase na participação do cliente no Sistema Conceitual de King e na Teoria do Alcance de Metas, incluindo definição mútua de metas e exploração de meios para alcançar metas, deve ser bem atraente para aqueles clientes que desejam participar ativamente em seu cuidado em saúde”.

A pretensão de King em tornar os usuários mais participativos nas situações de enfermagem pode ser confirmada por meio de um dos exemplos de aplicação do Registro de Enfermagem Orientado por Metas – o já mencionado indicador empírico que permite testar e aplicar a Teoria do Alcance de Metas na prática –, em que King determina como uma das metas no caso hipotético: “Discutir cuidado de enfermagem e explicar tratamentos; oferecer informação para que o paciente consiga participar no cuidado” (KING, 1981, p. 170). Em seguida, a autora explica na lista de metas que o Registro “foca na participação do cliente em decisões sobre seu cuidado. Interagir para definir metas oferece uma via para crescimento e aprendizado para ambos, enfermeira e cliente” (KING, 1981, p. 171).

Aplicação da Teoria e a relevância da participação dos usuários nos serviços de saúde

A literatura científica é farta em pesquisas realizadas por enfermeiras que descrevem e/ou avaliam a aplicação da Teoria do Alcance de Metas em serviços de saúde (CHO, 2013; PARK; OH, 2012; SOUZA *et al.*, 2007), bem como pesquisas realizadas por outros profissionais de saúde que abordam a sistematização de suas atividades profissionais com enfoque nos processos de tomada de decisão e planejamento de ações de cuidado com participação ativa dos usuários (SCOBIE; DIXON; WYKE, 2011; SCOBIE *et al.*, 2013).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS-Brasil), o tema é estratégico para a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2008), especialmente no que tange à construção de Projetos Terapêuticos Singulares, em que, partindo de uma perspectiva ampliada de clínica, a participação dos usuários e suas redes de apoio social passa a ter um papel fundamental na construção de hipóteses diagnósticas, de metas, de corresponsabilidade e de avaliação do cuidado em saúde (BRASIL, 2009).

Além disso, a participação do usuário nos processos de tomada de decisão, implementação dos cuidados e avaliação é um direito do cidadão brasileiro garantido pela Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Ao ser criada pelo Conselho Nacional de Saúde, esta carta tinha o objetivo de apresentar de forma clara e acessível os direitos dos usuários já previstos

nas leis do SUS. Dada a importância do tema, no dia 13 de agosto de 2009 foi aprovada a Portaria nº 1.820, que formalizava os direitos e deveres dos usuários da saúde (BRASIL, 2013a).

Em setembro de 2012 foi aprovado pelo Comitê Regional Europeu da OMS (WHO Regional Committee for Europe) o documento Health 2020, que visa servir como referencial para formulação de políticas de saúde na região. No texto aprovado são abordadas as expectativas das pessoas em aumentar sua participação no cuidado em respeito aos direitos humanos na oferta de serviços de saúde; propõe que a participação dos usuários dos serviços de saúde deva guiar a formulação de políticas de saúde em todos os níveis; afirma que a tradicional hierarquia organizacional dos sistemas de saúde é um obstáculo para o atendimento da demanda e do desejo por mais participação dos usuários, o que se configura num quadro de produção de saúde aquém do possível e desejável; bem como aponta as estratégias de telemedicina, *e-health (electronic health)* e *m-health (mobile health)* como importantes iniciativas para aumentar a participação e autonomia dos usuários (WHO REGIONAL COMMITTEE FOR EUROPE, 2013).

4.2 Cidadania

Neste subcapítulo buscamos mostrar alguns aspectos históricos e conceituais da cidadania. Começamos apresentando a sua primeira expressão numa forma mais próxima da que vivemos na atualidade, a cidadania constituída nas Cidades-estados gregas e na Roma pré-imperial e, em seguida, a sua transformação na forma alienada de cidadania instituída no Império Romano.

Avançamos para o próximo momento importante da história para a construção da cidadania, a sua reconstrução por meio das revoluções burguesas ocorridas entre os séculos XVII e XVIII, após um longo período de monarquias antidemocráticas. Continuamos na análise dos desdobramentos da luta por direitos determinados pelos limitados avanços de tais revoluções por meio das gerações de direitos que se estendem até os dias atuais.

Por fim, realizamos uma crítica à linearidade abstrata da noção de gerações de direitos como um fluxo natural do percurso de luta e conquista de direitos e utilizamos como exemplo o caso do Brasil. Ao demonstrar brevemente como os processos de luta por direitos se constituíram no Brasil buscamos demonstrar, em acordo com DaMatta (1997), qual o papel atual da cidadania na sociedade brasileira.

4.2.1 Antiguidade Clássica e o processo de alienação da cidadania

Desde os seus primórdios, na Antiguidade Clássica (do séc. VIII a.C. até o séc. V d.C.), o conceito de cidadania é identificado por duas grandes matrizes: a greco-romana e a romana-imperial, que, respectivamente, correspondem à cidadania ativa e à cidadania passiva.

Na Grécia antiga, as Cidades-estados eram consideradas comunidades políticas e morais independentes, compostas por indivíduos que, em sua dimensão pública, construíam uma identidade coletiva e assumiam a forma de um corpo político. A população formada por homens adultos, livres e militares era tida como responsável pela existência da cidade, concebida como construto histórico e dirigia seus rumos com base nas deliberações produzidas em praça pública, nas assembleias, no exercício da democracia direta e em condições de igualdade entre aqueles que eram reconhecidos como cidadãos (BELLO, 2011; POGGI, 2003).

Vale destacar que nesse contexto desprezavam-se as atividades não políticas, em especial o trabalho manual, considerado indigno e conferido aos escravos, que nem eram tidos como seres humanos por estarem distante de sua comunidade. Os cidadãos, por sua vez, dedicavam tempo integral à polis e à sua participação na Ágora (POGGI, 2003).

Na Roma Antiga, a cidadania também era compreendida em sentido ativo, com o envolvimento direto e participação efetiva dos indivíduos na administração da cidade. Tal como os helênicos, o título de cidadão era concedido a uma seleta parcela da população, aqueles que, dentro das estratificações da sociedade romana, não estivessem sujeitos à dominação de outrem e fosse capaz de subsistir e atuar politicamente de forma autônoma (SKINNER; STRÅTH, 2003).

Já na sua fase imperial, séc. III a.C. até 476 d.C., em meio à sua grande expansão territorial, os povos que iam sendo conquistados passavam a fazer parte do império e, por conseguinte, os novos integrantes do Império Romano deveriam se enquadrar à sua estratificação social. Neste sentido, a cidadania romana imperial, frente às grandes expansões, territorial e populacional, assumiu uma forma passiva, alienada, na qual os cidadãos – e tão somente aqueles considerados cidadãos – possuíam identidade comum ao serem dotados de títulos e direitos, que lhes eram garantidos pela lei e os “desobrigavam” de participar da elaboração destas (BELLO, 2011).

4.2.2 As grandes revoluções burguesas e o fortalecimento do papel alienado da cidadania

Após um longo período de monarquias antidemocráticas na Europa, o papel alienado da cidadania intensificou-se como fruto do caráter deliberadamente limitado e contraditório das revoluções burguesas que ocorreram entre os séculos XVII e XVIII, notadamente a Revolução

Inglesa, ocorrida ao longo do século XVII, a Revolução Americana, de 1775 a 1783, e a Revolução Francesa, de 1789 a 1799. Apesar de reivindicarem, em geral, por liberdade, igualdade e fraternidade, essas revoluções favoreciam apenas as novas classes dominantes, pois as classes que mais sofriam com o antigo regime permaneceram dominadas pelo novo sistema.

A Revolução Francesa é a revolução burguesa mais relevante para a defesa da cidadania, com destaque ao seu principal produto, a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (HELD, 1989b). Nela constava, apesar de seu discurso aparentemente igualitário e libertário, uma dualidade importante: homem x cidadão, impressa em seu próprio título, que denuncia o seu caráter estritamente burguês.

Marx (2010, p. 47-54) aprofunda melhor esta questão apontando que o homem só pode efetuar plenamente sua liberdade quando ele próprio, e não o Estado com suas leis e sua Constituição, voltar-se sobre si mesmo realizando a fusão de suas forças individuais a forças sociais e que no que consta na declaração da burguesia francesa, o que fundamenta o Estado Moderno, é que o homem separa-se do cidadão enquanto o Estado se dissocia da sociedade civil. Ou seja, a Declaração partindo desse pressuposto não foi feita para o benefício de todos os indivíduos, mas sim para aqueles que a construíram, os burgueses.

Naves (2008, p. 82-3) afirma que o Estado é a esfera exclusiva da política, onde são representados os interesses gerais – os definidos pelas classes dominantes – e a sociedade civil é a esfera dos interesses particulares. Para que um indivíduo, membro da sociedade civil, alcance a esfera do Estado é necessária a condição jurídica de cidadão, ou seja, um “indivíduo desprovido dos seus liames de classe”, haja vista que a condição de classe não pode ser reconhecida pelo Estado.

Esta distinção entre homem, o membro da sociedade civil dotado de interesses de classe, e cidadão, o membro da sociedade civil que, enquanto desprovido de interesses de classe, busca participação no Estado, está presente em todo sujeito de direito. Sujeito de direito por sua vez é todo indivíduo que, no âmbito da circulação de mercadorias, expressa ao máximo a sua liberdade ao dispor-se como mercadoria, ou seja, ao dispor-se como proprietário, seja de meios de produção ou de força de trabalho, e, por meio do contrato, vender sua mercadoria (NAVES, 2008).

Para que a classe trabalhadora revolucionária alcançasse a esfera do Estado e o derrubasse seria necessário que estivesse munida de seus interesses de classe, tornando assim seus interesses em interesses gerais.

Defendemos aqui que um movimento análogo seja aplicado ao cuidado de enfermagem, onde os sujeitos cuidados exerçam um papel mais ativo, ou seja, que seus próprios

interesses, desejos, saberes e valores determinem as relações de cuidado com profissionais de enfermagem e que, por meio dessas relações, os profissionais de enfermagem exerçam seus papéis levando em consideração não apenas os seus conhecimentos, interesses, desejos e valores, mas também os dos sujeitos cuidados. Em outras palavras, que haja uma transação para o alcance de metas estabelecidas em conjunto nessas relações, assentadas no confronto de percepções e julgamentos e na compreensão.

Vale reforçar que o papel revolucionário da cidadania, quando situado nas relações entre sociedade civil e Estado, se traduz na superação da coerção estatal que mantém a defesa do interesse geral, o da classe dominante, da classe burguesa. Já o papel revolucionário da cidadania no cuidado de enfermagem não se refere à sua superação, mas sim na superação do papel do paciente, do papel passivo do sujeito cuidado, já que, ao contrário do Estado, o cuidado de enfermagem é um indispensável desdobramento do cuidado humano e este último é inseparável da própria natureza humana e de toda história.

4.2.3 As gerações de direitos e sua crítica

A abordagem clássica das gerações de direitos é importante para entender a evolução histórica dos processos de lutas por direitos no ocidente. Essa abordagem abarca os direitos de primeira, segunda e terceira gerações, sendo constituída por um processo ainda em curso de ampliação e intensificação das lutas e conquistas de direitos.

Os chamados direitos civis, os de primeira geração, foram conquistados por meio das revoluções burguesas que aconteceram na Europa ao longo do período entre o século XVII e o final do século XVIII, cujos movimentos centraram-se na luta por direitos à liberdade, à igualdade e à vida, dentre outros interesses de classe.

Os intitulados direitos políticos, que também se enquadram na primeira geração de direitos, vieram mais tarde, ao longo do século XIX. Na década de 1830 houve o Movimento Cartista na Inglaterra e mais tarde as revoluções de 1848 que se alastravam pela Europa central e oriental, especialmente na França, onde fora deposto o Rei Luís Filipe I e sucedido por Louis-Napoléon Bonaparte, eleito por sufrágio ‘universal’ masculino. Além de direito ao voto, em alguns Estados nacionais, trabalhadores conquistaram, por meio das Revoluções de 1848, o direito ao trabalho e redução da carga horária de trabalho (HELD, 1989a).

Os denominados direitos sociais, os de segunda geração, começaram a ser adquiridos ao longo dos séculos XVIII e XIX, mas só foram totalmente estabelecidos no século XX. Enquadram-se nesta geração de direitos os direitos à educação, à saúde, à seguridade social, novas formas de taxaçoão progressiva de impostos etc. (HELD, 1989a).

Ainda há aqueles direitos de terceira geração, construídos como resultado dos debates e da militância que se materializaram em resoluções apresentadas pela Assembleia Geral das Nações Unidas, com destaque para a Conferência de Direitos Humanos realizada em Viena, 1993, bem como em outros documentos internacionais. São chamados de direitos de solidariedade ou direitos dos povos, que incluem o direito ao desenvolvimento, à paz e a um meio ambiente sadio (WOMEN..., 1997).

Tais etapas marcaram a história da humanidade como as etapas pelas quais os seres humanos, aos poucos sendo considerados cidadãos, foram galgando etapas rumo à emancipação social, e não foi por mera coincidência que movimentos da classe trabalhadora cresceram em relevância nessa direção. A conquista de direitos civis garantiu novas liberdades às pessoas, tornando-as mais autônomas, mesmo que quase exclusivamente aquelas do sexo masculino. Por meio da compreensão de que seres humanos são autônomos é que se torna mais clara a possibilidade de direitos políticos que garantam sua liberdade. A garantia de acesso a vias de participação política cria condições mais favoráveis à luta por certas condições em que indivíduos gozem de direitos ao bem viver (direitos sociais), mesmo que sejam prestados serviços meramente essenciais (HELD, 1989a).

Apesar da sequência cronológica bem definida em que essas conquistas foram construídas no norte do ocidente, tais avanços não percorreram uma via de mão única, pois constituíram um processo histórico marcado pelo desenvolvimento necessariamente desigual do capitalismo em escala global. Sendo assim, não é prudente generalizar e cristalizar o fluxo de formalização dessas conquistas, haja vista que se tratam apenas de resultados obtidos por meio de revoluções em solo europeu e norte-americano, realidades históricas que não aconteceram *pari passu* às civilizações fora desse eixo (HELD, 1989a).

Para além destes conceitos de direitos de primeira, segunda e terceira gerações de luta pela cidadania, Held (1989a, p.201) atenta para os direitos econômicos, “direitos que foram conquistados pelo movimento operário ao longo do tempo e que criaram a possibilidade de um maior controle para os funcionários sobre o local de trabalho”; e os direitos reprodutivos, os direitos das mulheres de obter as condições materiais necessárias para que possam ter o poder de decisão sobre ter ou não um filho de forma livre e autônoma, para além do mero suporte para sustentar ou evitar a gravidez.

Exemplo claro da descontinuidade da sequência de gerações de direitos se deu na história do Brasil, onde os direitos civis só se concretizaram após os vacilantes direitos políticos e estes após os direitos sociais, constituindo-se num fenômeno conhecido como cidadania invertida (CARVALHO, 2014).

O conceito de cidadania invertida é extremamente problemático, pois implica em um metro-padrão ideal de linearidade temporal imutável das gerações de direitos e que os casos que divergem a essa regra são ‘invertidos’, ‘desviantes’, ‘exceções à regra’ etc. No entanto, o desenvolvimento desigual entre as nações é imanente ao modo de produção capitalista, fazendo com que alguns Estados tenham sofrido e ainda sofram com o desenvolvimento capitalista tardio, por exemplo o Brasil, e isso implica diretamente no modo como a população conquista direitos. De toda forma, o contexto econômico-político singular em que as conquistas de direitos se desenvolveram no Brasil é extremamente importante para entender os processos de construção da cidadania nesse Estado nacional e da ideia de cidadão que se aplica no caso brasileiro.

4.2.4 O papel atual da cidadania na sociedade brasileira segundo DaMatta e a contradição insolúvel do caso do direito à saúde no Brasil

DaMatta (1997) faz um paralelo entre Brasil e Estados Unidos no que tange às diferentes conformações de cidadania que são reproduzidas nesses dois países. O autor destaca, dentre outros aspectos, a profunda determinação da luta burguesa contra os privilégios da monarquia do Antigo Regime na Europa Ocidental e nos Estados Unidos nos processos de construção do conceito de cidadania que leva à igualdade (meramente) formal de todos os seres humanos perante as leis e a sociedade.

No Brasil, é importante ressaltar, esses movimentos de transição social não tiveram ampla participação popular, tal qual na Europa Ocidental e nos Estados Unidos. De colônia portuguesa a Estado nacional independente e de monarquia (com todos os privilégios da Corte e de seus amigos) a república, todas essas transições se deram sem qualquer tipo de aclamação ou movimento social amplos e que partissem das bases. Mesmo as transições democráticas partindo do Estado Novo e do período da Ditadura Empresarial-Militar Brasileira foram muito mais determinadas ‘de cima para baixo’ do que pelo apelo popular dos movimentos sociais de oposição (CARVALHO, 2014; FAUSTO, 2013).

A partir dessa e outras comparações, DaMatta (1997, p. 72) defende que no caso brasileiro o cidadão é “um igual para baixo” e que a dinâmica social brasileira privilegia as relações pessoais e a influência dos papéis sociais frente às leis gerais que pretendem formalmente reger, de forma universalista e niveladora, todos os indivíduos igualmente. Nesse contexto, ocupar um papel social de prestígio, ou conhecer alguém que o ocupe, oferece privilégios que fazem as tais leis gerais serem desnecessárias, que fazem o acesso aos direitos

já positivados na letra da lei ser mais facilitado e as barreiras impostas aos “cidadãos” serem superadas.

Depara-se no Brasil, portanto, com um caráter duplo das relações pessoais na cidadania brasileira: ora as relações pessoais assumem um caráter garantidor de direitos com a melhor eficiência, ora assume um caráter estratégico para burlar leis e evitar as punições que só cabem na prática aos “cidadãos comuns”.

Disso se sucede que, por exemplo, um ser humano no papel de usuário do sistema de saúde brasileiro que busca a efetivação do seu direito de acesso às ações de serviços de saúde oferecidas pelo Estado, mas não estabelece vínculos relacionais com um ser humano no papel de agente do Estado, cujo dever formal é de ofertar as tais ações e serviços a todos igualmente e seguindo os princípios da equidade e da integralidade, ou não ocupa/conhece alguém que ocupa um papel social de prestígio corre o sério risco de ser tratado como um cidadão comum, um indivíduo qualquer, inferior, frente àqueles que estabelecem (antes ou durante o encontro) vínculos relacionais ou que ocupam/conhecem alguém que ocupa um papel social de prestígio.

Fica evidente nesse exemplo uma contradição insolúvel com o que é preconizado na Constituição Federal do Brasil, nas leis do SUS e na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Esta última, inclusive no que tange à participação dos usuários no cuidado em saúde, é claramente contrária à ideia de que os usuários do sistema devem se beneficiar de seus direitos por meio de subterfúgios na esfera relacional (BRASIL, 2013a). A legislação brasileira é categórica no sentido de ser dever do Estado garantir o direito à saúde a todos e defendemos que as lutas travadas contra os interesses neoliberais na saúde que resultaram nesse marco histórico para os direitos sociais no Brasil, tratadas no subcapítulo a seguir, não devem ser esquecidas.

4.3 Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde

Para dar início a este subcapítulo, pretendemos oferecer certas definições que acreditamos que sejam importantes para uma melhor tentativa de compreensão do que se deseja defender quanto ao papel transformador de uma política pública de saúde, como a Política Nacional de Humanização (PNH). Dissertaremos brevemente sobre algumas definições de política pública, a especificidade das políticas públicas de saúde e sua inserção num sistema de proteção social e o conceito de humanização na PNH. Em seguida buscaremos dar maior profundidade a certos aspectos da PNH que são mais interessantes a esta pesquisa.

Já foi abordado anteriormente que o Estado serve à manutenção do sistema econômico-político em nome do interesse geral – da classe dominante –, agora pretendemos abordar sobre como ele atua. O Estado age por meio de políticas públicas, ações de governo que, baseadas nas orientações políticas dos governantes, são constituídas por disposições, medidas e procedimentos que intervêm nas realidades econômica, social e ambiental de uma nação ou de suas partes constituintes (VIANA; BAPTISTA, 2012).

Para a maior intensificação dos processos de produção, faz-se necessário que haja à disposição da burguesia um exército de trabalhadores livres – sujeitos de direito capazes de colocar-se ao mercado como uma mercadoria e vender sua mão de obra por meio de um contrato – e saudáveis. Para tanto, faz-se necessário que esse exército de trabalhadores tenha acesso a condições mínimas – e não muito mais do que isso – de habitação para o descanso, alimentação para uma boa nutrição, saneamento básico para evitar certas condições patológicas, cuidados básicos de saúde propriamente ditos para prevenir certas doenças mais prevalentes e/ou para reabilitação à condição de possuidor de força de trabalho, entre outras demandas relacionadas à saúde em maiores ou menores níveis.

Neste sentido, configura-se como interesse geral – da classe dominante – que haja sistemas de proteção social regulados pelo Estado, embora a responsabilidade pelas suas efetivações sejam sempre que possível e/ou desejável delegadas à iniciativa privada por diversas maneiras mais ou menos claras de privatização.

São tradicionalmente do escopo desses sistemas as ações e serviços de saúde, previdência e assistência social, mas também de educação e habitação. Trataremos a seguir os casos particulares das ações de saúde.

Fleury e Ouverney (2012) afirmam que uma política de saúde tem o caráter de estratégia organizada em ações setoriais que tem por objetivo a qualidade de vida da população. Acrescentaríamos ainda que o real objetivo que se esconde à sombra da qualidade de vida da população é o de manter o exército de possuidores da mercadoria força de trabalho em condições de vender sua mercadoria, enquanto sua condição jurídica de sujeitos de direito, nos processos de circulação do capital.

Contudo, há formas de produzir saúde que, ao invés de doutrinar, reduzir pessoas a meras necessidades, problemas ou doenças e tornar a população excessivamente dependente dos serviços de saúde, são capazes de produzir subjetividade, tornar relevantes os projetos de felicidade dos usuários e trabalhadores da saúde e ainda aumentar o grau de autonomia dos sujeitos. Algumas dessas formas são defendidas pelo projeto ético-estético-político da PNH.

O conceito de humanização e o método da PNH são elementos cruciais para definir o caráter diferenciado desta política transversal de saúde, transversal porque visa “à facilitação e à integração dos processos e das ações das demais áreas” para além dos limites social e historicamente atribuídos à saúde *stricto sensu* (BRASIL, 2004, p. 17). Entretanto, começaremos a apresentá-la pelo seu processo histórico de construção, para que posteriormente abordemos com mais profundidade seus elementos constitutivos.

O Sistema Único de Saúde é uma política de Estado regulamentada pelas leis 8.080/90 e 8.142/90, as chamadas Leis Orgânicas do SUS, que tem como objetivo assegurar a oferta de serviços de saúde em respeito à Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que trata a saúde como um direito social cujo Estado tem o dever de garanti-lo (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; BRASIL, 1990^a).

A construção do SUS se deu em meio a um momento de crise político-financeira do modelo assistencial empregado na primeira década da Ditadura Empresarial-Militar Brasileira. Em face a essa crise, deu-se início um debate sobre uma profunda reforma das ações sanitárias no Brasil por meio da racionalização do modelo assistencial, profundamente determinado por agentes empresariais privados no interior da burocracia governamental (CAMPOS, 2007; OLIVEIRA, 1987).

Pôs-se em discussão projetos de reforma conflituosos, alguns defendidos por lobbystas de empresas privadas e outros defendidos por grupos plurais de trabalhadores da saúde e setores populares da sociedade civil. Os primeiros orientados pela lógica de mercado e os últimos orientados pelos avanços da reforma sanitária italiana e pelas propostas do modelo beveridgiano de prestação de serviços de saúde, pautados pela universalidade e pela integralidade das ações e serviços de saúde (MENICUCCI, 2014; OLIVEIRA, 1987).

Mesmo frente ao grande poderio econômico dos defensores de modelos privados, as propostas dos defensores de modelos universais foram impressas no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e exerceu grande influência também no texto constitucional de 1988 (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986). Tal influência é notada nos princípios que devem orientar as ações e serviços do SUS.

O sistema de saúde brasileiro tem como princípios a universalidade do acesso em todos os níveis de assistência, igualdade na assistência, integralidade da assistência, participação da comunidade e descentralização, regionalização e hierarquização político-administrativa. Cabe, portanto, ao Estado assegurar a oferta de ações e serviços de saúde pautada por tais princípios, o que é operacionalizado por meio de políticas públicas de saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Contudo, 27 anos após a efetivação da saúde como direito do povo e dever do Estado e de 25 anos após a regulamentação do SUS certas dificuldades ainda impedem que o sistema funcione tal como idealizado. Os modelos de gestão, o subfinanciamento do subsistema público, financiamento do subsistema privado, a falta de apoio político de determinadas classes de trabalhadores da saúde, os entraves políticos na pactuação de responsabilidades entre os entes federados e o financiamento de campanhas eleitorais por empresas de seguros de saúde privados são alguns desses obstáculos (OCKÉ-REIS, 2013; PAIM, 2013; RODRIGUES, 2014; SCHEFFER; BAHIA, 2013).

A PNH parte de uma noção de que os princípios do SUS são, como devem ser, gerais e abstratos, necessitando assim de uma aplicação que dê conta das diversas realidades concretas das ações e serviços de saúde ao longo do território nacional e aposta no seu papel de catalizador e multiplicador de ações concretas que dão certo no âmbito do sistema (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Apresentada inicialmente em março de 2003 no XX Seminário Nacional dos Secretários Municipais de Saúde e I Congresso Brasileiro de Saúde e Cultura de Paz e Não Violência, realizados em Natal-RN, a PNH foi construída em meio a um debate sobre humanização na saúde que vinha sendo realizado desde alguns anos anteriores, podendo ser citados como frutos desse debate sobre humanização em saúde a Portaria SNAS N.º 224 de 29 de janeiro de 1992, a 11ª Conferência Nacional de Saúde em 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento de 2000 e o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar de 2000; apesar de a humanização na saúde já ter sido alvo de debate por movimentos feministas na década de 1960 e por profissionais e pesquisadores em saúde americanos no simpósio Humanizing Health Care em 1972 (BENEVIDES; PASSOS, 2005; BRASIL, 1992, 2001, 2001a; CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2001; DESLANDES, 2006).

Em julho de 2015, o Ministério da Saúde desfez os arranjos organizativos da PNH, porém em agosto de 2015 anunciou que um novo arranjo seria formado na estratégia de apoio às Redes de Atenção à Saúde (POLÍTICA..., 2015).

O debate prévio à PNH sobre o conceito de humanização da assistência era bastante pontual, voltada para programas específicos e estanques, como visto acima (humanização na saúde mental, humanização do parto, na atenção hospitalar etc.), e essencialmente ligado à dimensão valorativa do sujeito ideal que cuida. No intuito de alterar a lógica da separação entre práticas “humanas” e “desumanas” no sentido valorativo dos termos, a PNH compõe um movimento de democratização das relações interpessoais nos contextos de cuidado e gestão em

saúde no SUS, o que leva à democratização das instituições como um todo. Assim, o plural e o contraditório tornam-se vinculados à própria concretude das relações humanas reais, onde interesses e desejos conflituosos se equacionam no encontro. Tal debate ganha forma na PNH por meio da função gerencial do Apoio Institucional (CAMPOS, 2005; SOUZA; MENDES, 2009).

A antiga forma de entender a humanização foi referida originalmente por Benevides e Passos (2005) e reafirmada recentemente por Chaves *et al.* (2014) como conceito-sintoma, uma noção que paralisa os movimentos de mudança ao reproduzir um sentido cristalizado. Em contraste a este conceito, os autores afirmam a humanização na PNH como um conceito-experiência, ou seja, capaz de descrever, intervir e transformar a realidade.

Conforme citado anteriormente, o método da PNH é um elemento que a distingue da forma tradicional de como se planeja, implementa e avalia uma política pública. A proposta de aumentar os graus de transversalidade da atenção e da gestão no SUS permite que as tradicionais formas verticalizadas e horizontalizadas sejam suprassumidas por formas multivetoriais de intervenção e participação nos processos de produção de saúde nas diferentes realidades concretas que o SUS se defronta, possibilitando também a produção de subjetividade (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Partindo dessa forma contextualizada, inclusiva e desburocratizada de pensar os processos de produção de saúde e de sujeitos com os diferentes atores implicados no SUS torna-se possível a formação de coletivos em que a expressão humana, em sua totalidade, concretude e controvérsia, se coloque em favor da garantia do direito à saúde conforme preconizado nos princípios desse sistema.

O método do apoio institucional, que tem como referencial o método de Apoio Institucional Paidéia, é uma das grandes apostas da PNH na tentativa de alterar a lógica dos serviços de saúde no Brasil e tem como objetivo influenciar novas práticas de coordenação, planejamento, supervisão e avaliação no sentido da cogestão, aproximando-os de uma prática sanitária e clínica crítica, onde os trabalhadores são peça-chave no compartilhamento e na criação de ideias que produzem transformações, amparado por um conceito ampliado de clínica (BARROS; GUEDES; ROZA, 2011; FURLAN; AMARAL, 2008).

A clínica ampliada é uma diretriz da PNH por meio da qual é favorecida a articulação de diferentes atores – com seus saberes, conhecimentos e formas de atuar – em determinados contextos e situações singulares no sentido de aumentar quantitativa e qualitativamente a resolutividade dos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

Partindo de uma concepção ampliada de processo saúde-doença-subjetividade, onde os contextos das situações concretas e singulares e os projetos de vida dos usuários passam a ter relevância, fazem-se necessários arranjos organizacionais e metodológicos de trabalho em saúde que deem conta da complexidade das demandas de saúde (BRASIL, 2009).

Para atender a essa necessidade a PNH aposta no Projeto Terapêutico Singular (PTS), um arranjo de trabalho consagrado nos serviços de cuidado à saúde mental no SUS, que visa a ampliação do objeto de trabalho no campo da saúde e que possibilita trocas solidárias entre os usuários e os profissionais de saúde das diversas disciplinas profissionais para a produção conjunta de propostas de intervenção que deem conta de atender não apenas às necessidades reais, mas também às necessidades percebidas, aos projetos de felicidades dos usuários e aos contextos sociais, econômicos e culturais envolvidos (BRASIL, 2009; JUNGES *et al.*, 2012).

Esse dispositivo da PNH é um elemento importante para esta pesquisa, pois apresenta um modo de produção de saúde e subjetividade que se harmoniza aos propósitos nela endereçados, assim como às bases teórico-conceituais que orientam o estudo, portanto aprofundaremos um pouco mais a discussão sobre o PTS, começando pelas suas origens históricas e em seguida pelo método em si.

Guiado pelo movimento da Reforma Psiquiátrica italiana, o conjunto de arranjos materiais e imateriais mais próximo do que seja definido na atualidade como Projeto Terapêutico Singular foi criado no Brasil por meio de um amplo movimento de luta antimanicomial no município de Santos-SP, no início da década de 1990 (OLIVEIRA, 2008).

A noção de projetualidade dessa proposta é importante, pois dá o tom de processo contínuo de construção e reconstrução de ações que geram novos possíveis, novas realidades, para além da noção clássica de projeto enquanto plano e de ações orientadas pela necessidade, expressando a fluidez necessária para que se torne um processo emancipatório, criativo e aberto aos interesses conflituosos (OLIVEIRA, 2008).

O caráter singular é a razão de ser do PTS, pois é na singularidade que se encontram os elementos propulsores da criação de novos possíveis, fugindo da lógica generalizante da norma criada a partir da média e engajando-se na criação de novas normalidades a partir do contexto e dos projetos de felicidade apresentados pelos usuários por meio de suas demandas e de sua rede de apoio afetivo (OLIVEIRA, 2008).

O caráter processual da noção de projeto e a noção de singularidade, enquanto predicativos, dão forma à finalidade terapêutica das ações no PTS. Tais ações não poderiam se dar de forma tão eficaz a não ser num espaço de debate democrático, onde diversos atores

munidos de saberes e conhecimentos plurais planejassem, construíssem, implementassem e (re)avaliassem de forma conjunta e contraditória.

Neste sentido, o PTS é construído a partir da(s) demanda(s) do(s) usuário(s), de onde emergem as necessidades reais, as opiniões, os desejos, os sonhos e os contextos sociais, culturais e econômicos, formando um mosaico que só pode ser contemplado a partir de uma anamnese ampliada, tendo em vista um conceito ampliado de saúde. Inicialmente identificados os caracteres singulares do caso, iniciasse o processo de planejamento conjunto de ações (setoriais ou intersetoriais) que potencialmente deem conta da complexidade das metas estabelecidas entre profissionais e usuários (PINTO *et al.*, 2011).

É fundamental que nesta etapa haja um debate entre o(s) usuário(s) e uma equipe de referência, composta por profissionais de diversos núcleos profissionais do campo da saúde, com apoio matricial quando for identificada a necessidade. É comum que ao final do planejamento um profissional seja responsabilizado por acompanhar de perto a implementação das ações para que o processo de (re)avaliação se dê de forma mais adequada (BRASIL, 2012).

De acordo com os resultados apresentados durante os processos de implementação do projeto, equipe e usuários (re)avaliam a necessidade de realizar ajustes nas ações para que possivelmente se obtenha maior resolutividade, com vistas à emancipação.

Percebe-se assim o caráter fundamental da participação dos usuários em todas as etapas do PTS com a equipe de referência, pois é uma condição sem a qual o valor de uso do projeto terapêutico não seria diferente das ações fragmentadas que se pautam pelo conceito tradicional de saúde defendido pelo modelo assistencial hegemônico.

CAPÍTULO 5 Metodologia

O objeto foi explorado por meio da aplicação de uma pesquisa com abordagem qualitativa utilizando métodos mistos de análise paralela, o que possibilitou o acesso aos saberes construídos socialmente pelas relações interpessoais cotidianas, seus elementos constitutivos e as estratégias utilizadas para o alcance do objeto e seu exercício no processo de internação hospitalar (YIN, 2011).

Foi cenário da pesquisa o setor de clínica médica de um hospital do subsistema público do SUS situado no município do Rio de Janeiro. O setor continha dez enfermarias na ala masculina e dez enfermarias na ala feminina, cada uma com três leitos. Todas as enfermarias mantinham lotação máxima, exceto quando alguma das enfermarias era mantida fechada até a substituição ou conserto de algum leito ou item de iluminação avariado.

Para acessar os conteúdos referentes ao objeto desta pesquisa e na busca de responder às questões que norteiam este projeto, foram utilizadas **técnicas de produção de dados e instrumentos de registro de dados** sugeridos por Yin (2011), que são apresentados a seguir:

Observação sistemática aberta – método que detém grande relevância nos estudos qualitativos, pois permite a fuga à fragmentação do fenômeno e oferece subsídios para o seu entendimento, possibilita certo distanciamento entre o pesquisador e o fenômeno mesmo que estejam compartilhando o mesmo espaço no decorrer das observações, auxilia no processo de aclimatação tanto do pesquisador com os integrantes do ambiente a ser estudado quanto dos integrantes deste espaço com a figura do pesquisador (que foi explícita a todos os sujeitos presentes). Contou como principal instrumento o próprio pesquisador, que construiu um diário de campo onde foram registradas impressões, sentimentos e peculiaridades dos momentos vividos em campo pelos participantes da pesquisa, tendo permitido o registro e a expressão de um material significativo para a análise dos dados, seguindo um Roteiro de Observação Sistemática (APÊNDICE D);

Entrevista estruturada – tendo como instrumento de coleta de dados um formulário estruturado, a técnica foi aplicada com o objetivo de elucidar algumas características sociodemográficas e clínicas dos participantes considerados relevantes para os objetivos da pesquisa;

Entrevista semiestruturada – tendo como objetivo o acesso à fala dos usuários, esta etapa foi realizada por meio da aplicação de um roteiro semiestruturado de entrevista, que serviu como guia para as entrevistas, que foram gravadas por um gravador de voz digital Panasonic modelo RR-XS410 no formato de gravação LPCM (1536kbps) e posteriormente transcrita.

A etapa de produção de dados ocorreu no período entre 11 de fevereiro e 14 de julho de 2015. Nas visitas ao setor, o pesquisador principal realizou as observações sistemáticas no período matutino, devido à riqueza das oportunidades de observar situações de enfermagem e ao pedido da chefia do serviço, haja vista que nesse período as entrevistas poderiam atrapalhar o fluxo de atendimento às necessidades dos usuários. Foram observadas situações de enfermagem, interações entre usuários e acompanhantes, entre usuários, entre acompanhantes e profissionais de saúde, bem como reuniões formais em roda entre profissionais e acompanhantes para a discussão das experiências e para a transferência de conhecimentos sobre biossegurança aos acompanhantes.

As entrevistas estruturadas e semiestruturadas foram realizadas com 31 usuários do setor no período vespertino e noturno. Muitos usuários não puderam realizar as entrevistas devido à baixa acuidade visual, que os impediam de fazer a leitura adequada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, associada à ausência de um terceiro para fazer a leitura em voz alta.

Quanto à **análise dos dados** oriundos das entrevistas estruturadas, foi utilizado o software IBM® SPSS® Statistics for Windows, versão 23.0, para análises de estatística descritiva. Quanto à análise dos dados oriundos das entrevistas semiestruturadas, o *corpus* produzido pelas entrevistas foi submetido a uma análise de conteúdo do tipo lexical, por meio da aplicação do software ALCESTE®, desenvolvido por Max Reinert (1998). Este programa busca distinguir, por meio de complementariedade, contraste e função textual, as raízes semânticas das palavras que compõem o *corpus*, também denominadas como formas reduzidas, construindo assim classes lexicais (AZEVEDO; COSTA; MIRANDA, 2013).

As classes lexicais são formadas por um todo integrado de palavras que, enunciadas nos discursos de determinados sujeitos sobre um objeto específico, detêm forte relação entre si, formando assim mundos lexicais, que são conjuntos de representações semelhantes que apontam para a existência de um contexto linguístico típico em relação de complementariedade ou contraste a outro(s) (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006).

As entrevistas foram transcritas de acordo com o que se preconiza para rodagem no software, sendo que cada entrevista constituiu uma unidade de contexto inicial (UCI). As UCI foram identificadas por códigos que caracterizam as suas condições de produção que são, justamente, as variáveis que incidem na formação das ideias e pensamentos dos sujeitos sobre o fenômeno de interesse. Tais variáveis foram descritas no Quadro 5.

Após este preparo, fez-se o processamento do texto no programa, que realizou uma série de procedimentos estatísticos descritivos e exploratórios como: medida de associação,

análise de correspondência, segmentação e classificação hierárquica. Como resultados desses procedimentos foram apresentados dendogramas de classificação hierárquica descendente e ascendente; gráficos de dispersão apresentando a análise fatorial de correspondência; lista de formas reduzidas com o seu valor de Phi, coeficiente de associação que indica o grau de associação da forma reduzida com o mundo lexical que ela compõe; dicionário com as palavras e suas frequências que correspondem às formas reduzidas; lista de unidades de contexto elementar (UCE), fragmentos do *corpus* que contextualizam as palavras e demonstram as representações dos indivíduos que produziram os enunciados sobre o objeto em questão; dentre outros elementos que dão subsídios para a interpretação dos pesquisadores.

Quadro 5 – Abreviações e respectivas descrições das variáveis utilizadas nas linhas estreladas – Rio de Janeiro – 11 FEV 2015-14 JUL 2015.

Variáveis	Descrição
part	participante (1 a 31)
sexo	sexo
fem	feminino
masc	masculino
idade	idade
1	18 a 24 anos
2	25 a 59 anos
3	60 anos ou mais
hospant	hospitalização anterior
s	sim
n	não
tempintern	tempo em dias da internação atual
1	até 5 dias
2	6 a 15
3	16 a 25
4	26 a 30

Fonte: Os autores (2015).

De posse do material gerado pelo software, os pesquisadores analisaram e interpretaram o contexto semântico das classes, as aproximações e distanciamentos entre elas e os conteúdos das UCE, bem como o material redigido no diário de campo a partir da observação sistemática. A fim de cumprir tal tarefa, foram analisados os dendogramas de classificação hierárquica descendente e ascendente, o resultado da análise fatorial de correspondências e das presenças e ausências significativas de cada Classe, tanto das formas reduzidas quanto das UCE. Para a discussão foi adotada uma abordagem indutiva, dessa forma as categorias oriundas da interpretação dos dados foram discutidas por meio de elementos que compõem as bases teórico-conceituais adotadas.

Pode-se observar, portanto, que foi realizada uma triangulação de técnicas de produção de dados, uma estratégia discutida por Minayo (2006) como um importante **critério de confiabilidade** para pesquisa qualitativa, tendo em vista que ainda há certas discussões sobre a cientificidade, ou não, das pesquisas que têm como objeto as significações de um determinado fenômeno.

Para a **delimitação dos participantes** foram estabelecidos como critérios de inclusão: a) usuários com mais de 18 anos de idade do subsistema público do Sistema Único de Saúde, dada a relevância de oferecer contribuições a este subsistema; b) internados em uma unidade de clínica médica, pois se configura num ambiente propício para o potencial de generalização na produção dos dados; c) de ambos os sexos, pois se pretende analisar uma possível divergência de gênero nos discursos; d) orientados temporoespacialmente e com capacidade de expressão verbal preservada, para que garanta a realização das entrevistas e maior confiabilidade ao conteúdo que será produzido.

Os critérios de exclusão foram: a) pessoas que estivessem em período gestacional, por questões éticas, já que, segundo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, deve ser evitada, sempre que possível, a realização de pesquisas com mulheres no período gestacional e com populações consideradas incapazes (BRASIL, 2013); e b) que estivessem em situação de isolamento ou precaução de contato, pelo fato de tratar-se de uma condição específica do cuidado.

Cuidados éticos foram realizados, como: apresentação do projeto e pedido de assinatura da Carta de Anuência aos representantes da Divisão de Enfermagem, da Chefia de Enfermagem do setor de clínica médica e da Direção Geral da instituição onde foi realizada a pesquisa; submissão do projeto e outros documentos necessários ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN/UFRJ) e Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA) por meio da Plataforma Brasil, tendo o parecer de número 916.859 concedido em 14 de dezembro de 2014; submissão do projeto e outros documentos necessários ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição em que foi realizada a pesquisa, também com parecer favorável.

Todos os potenciais participantes foram consultados sobre a participação voluntária nesta pesquisa, sendo-lhes dadas informações sobre os objetivos da mesma, seus desdobramentos científicos, riscos e benefícios. O anonimato dos participantes foi preservado por meio do uso de códigos de identificação do material produzido nas entrevistas e nas observações, bem como o anonimato da instituição em que foi realizada a pesquisa.

Somente aqueles que leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) foram integrados ao grupo de participantes eleitos para a realização das entrevistas, com a exceção de um caso de analfabetismo, em que a leitura foi realizada pela acompanhante de outra usuária, apesar de não ter havido necessidade de substituir a assinatura da própria participante pela sua impressão digital do dedo polegar direito.

CAPÍTULO 6 Resultados e discussões

6.1 Caracterização dos participantes

Os participantes da pesquisa (n=31) tinham idade média de aproximadamente 50 anos (desvio padrão [DP] de $\pm 16,35$), variando entre 18 e 76, tendo havido uma porção significativa de idosos (45,16%), conforme descrito na Tabela 1. 51,61% eram do sexo feminino e 48,39% do sexo masculino, sendo que todos declararam ser cisgênero e heterossexuais. Mais da metade dos participantes declararam ter pele da cor parda (51,61%), seguida de branca (29,03%), preta (16,13%) e amarela (3,23%). Nesta pesquisa utilizamos a terminologia negra(o) para a população de cor parda e preta.

Tabela 1 - Caracterização socioeconômica dos participantes - Rio de Janeiro - 11 FEV 2015-14 JUL 2015

(Continua)

Características	n	Porcent.	Moda	Valor Mín.	Valor Máx.	Média	DP
Idade			63	18	76	49,87	$\pm 16,35$
25 a 59 anos	14	45,16%					
60 anos ou mais	14	45,16%					
18 a 24 anos	3	9,68%					
Sexo							
Feminino	16	51,61%					
Masculino	15	48,39%					
Cor							
Parda	16	51,61%					
Branca	9	29,03%					
Preta	5	16,13%					
Amarela	1	3,23%					
Situação conjugal							
Casada(o)/vive maritalmente	16	51,61%					
Solteira(o)	11	35,49%					
Separada(o)/divorciada(o)	4	12,90%					
Renda familiar em salários mínimos¹							
1 a 3	18	58,06%					
3 a 5	11	35,49%					
7 ou mais	2	6,45%					
Situação ocupacional							
Empregada(o)	19	61,29%					
Desempregada(o)/Aposentada(o)	11	35,49%					
Estudante e empregada(o)	1	3,22%					

¹ Salário mínimo federal do Brasil em 2015 = R\$ 788,00 ou US\$ 262,18, segundo a cotação média do dólar comercial no período.

Tabela 1 - Caracterização socioeconômica dos participantes - Rio de Janeiro - 11 FEV 2015-14 JUL 2015

(Conclusão)

Características	n	Porcent.	Moda	Valor Mín.	Valor Máx.	Média	DP
Declaração de religiosidade							
Cristianismo	22						
Catolicismo	13						
Protestantismo	7						
Paraprotestantismo	2						
Testemunhas de Jeová	2						
Espiritualismo	3						
Espiritismo/Kardecismo ²	2						
Santo Daime	1						
Agnosticismo	3						
Sem religião	3						
Maçonaria ³	1						
Características dos domicílios							
Iluminação elétrica							
Sim	31	100%					
Não	0	0%					
Coleta de lixo							
Sim	30	96,77%					
Não	1	3,23%					
Rede geral de abastecimento de água							
Sim	30	96,77%					
Não	1	3,23%					
Esgotamento sanitário adequado							
Sim	30	96,77%					
Não	1	3,23%					
Limpeza urbana							
Sim	27	87,10%					
Não	4	12,90%					
Número de cômodos							
5			5	4	12	6,13	±1,96
4 a 6	22	70,97%					
7 ou mais	9	29,03%					
Condições de ocupação							
Próprio	23	74%					
Cedido	5	16,13%					
Alugado	3	9,68%					

² Foi declarado apesar de não haver consenso entre os pares sobre ser ou não uma religião.

³ Foi declarado apesar de não ser uma religião.

Fonte: Os autores (2015).

Mais da metade dos participantes declararam-se casados ou vivendo maritalmente (51,61%), seguidos por solteiros (35,49%) e divorciados (12,9%). A faixa de renda familiar mensal declarada de um a três salários mínimos foi a mais prevalente (58,06%), seguida de três a cinco (35,49%) e de sete ou mais salários mínimos (6,45%). A maioria declarou estar empregado (61,29%), sendo que 35,49% declararam não estar trabalhando ou estudando e apenas um participante declarou estar estudando e trabalhando (3,22%). Dentre os 31 participantes, 22 declararam-se adeptos a religiões cristãs, dos quais 13 declararam ser católicos.

Tabela 2 - Características do processo de internação dos participantes - Rio de Janeiro
- 11 FEV 2015-14 JUL 2015

Características	n	Porcent.	Moda	Valor Mín.	Valor Máx.	Média	DP
Motivo da internação							
Distúrbios pneumológicos	9						
Distúrbios gastrointestinais	7						
Outros distúrbios	7						
Distúrbios hematológicos	6						
Distúrbios oncológicos	4						
Distúrbios cardiológicos	2						
Tempo de internação em dias			3	1	29	9,45	±7,173
≤ 5	11	35,48%					
6 a 15	12	38,71%					
16 a 25	7	22,58%					
26 a 30	1	3,23%					
Mobilidade							
Deambula sem auxílio	23	74,19%					
Deambula com auxílio	5	16,13%					
Restrita(o) ao leito	3	9,68%					
Presença de acompanhante							
Não	18	58,06%					
Sim	13	41,94%					
Hospitalização anterior							
Sim	23	74,20%					
Subsistema público	16	69,57%					
Subsistema privado	4	17,39%					
Ambos	3	13,04%					
Não	8	25,80%					

Fonte: Os autores (2015).

Quanto às condições de domicílio, todos tinham acesso a iluminação elétrica e o maior problema de saneamento básico encontrado foi a limpeza urbana, em que 12,9% não tinham acesso ao serviço no local em que vivem. O único participante que afirmou não utilizar a rede

geral de abastecimento de água afirmou ter poço artesiano no domicílio por vontade própria. Além disso, 74% dos participantes declararam morar em domicílio próprio, 16,13% em imóveis cedidos pelos filhos ou netos e 9,68% em imóveis alugados.

Na Tabela 2 encontram-se os dados referentes às características do processo de internação, bem como de internações anteriores. Os motivos de internação mais frequentemente referidos pelos participantes foram os relacionados a distúrbios pneumológicos e gastrointestinais. O tempo médio de internação foi de 9,45 dias ($DP=\pm 7,173$), variando de um a 29 dias. Apesar de 45,16% dos participantes serem idosos e, portanto, terem direito a acompanhante, 58,06% não possuem. A principal explicação dos participantes foi que não viam necessidade de manter um familiar ao seu lado já que conseguiam ir ao banheiro sozinhos, o que se reflete no fato de que 74,19% dos participantes deambulavam sem auxílio, implicando em grau maior de potencial independência.

Outro dado importante foi a experiência pregressa de hospitalização. 74,2% dos entrevistados afirmaram ter experiência de hospitalização, dos quais 69,57% relataram terem sido internados somente no subsistema público do Sistema Único de Saúde (SUS), 17,39% somente no subsistema privado do SUS e 13,04% em ambos os subsistemas.

6.2 Análise, interpretação e discussão dos dados qualitativos

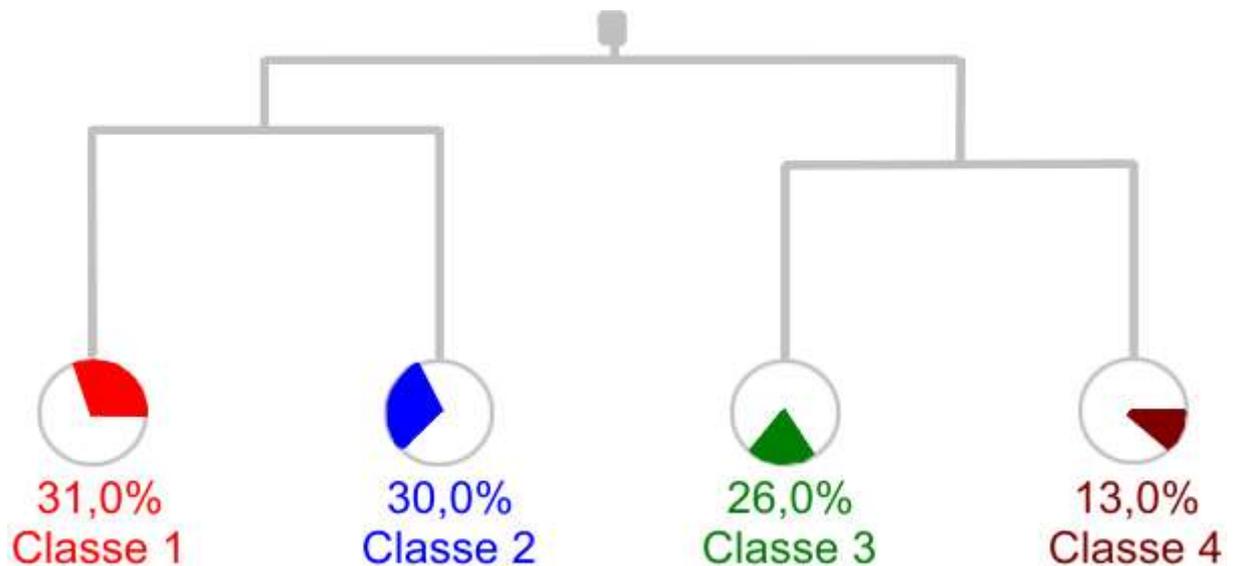
O ALCESTE® reconheceu a separação do *corpus* em 31 Unidades de Contexto Iniciais (UCIs), que correspondem às entrevistas realizadas na pesquisa em questão. Foi identificado um total de 74.309 palavras, sendo 5.024 palavras distintas, frequência média de 15 vezes por palavra, frequência máxima de uma única palavra de 3.742 vezes e 2.300 palavras que aparecerem apenas uma vez no *corpus*. A partir desse total de palavras, o ALCESTE® construiu um dicionário com 980 formas reduzidas, levando em conta que o programa utilizou como parâmetro de seleção para análise apenas as palavras com frequência maior ou igual a quatro.

Foram construídas 1.754 Unidades de Contexto Elementar (UCEs), cujo tamanho médio foi de 15,63 palavras por UCE. Em seguida, após duas classificações com UCEs de tamanho mínimo diferentes, encontrou-se estabilidade utilizando 1.378 UCEs, que corresponde a uma taxa de aproveitamento de 78,56%. Neste sentido, apenas 21,44% das UCEs tinham fraca relação com os mundos lexicais identificados pelos testes estatísticos levados a cabo pelo ALCESTE®. Ademais, cabe salientar que o pesquisador principal realizou todas as entrevistas, bem como as suas transcrições, e, tendo em vista o seu profundo contato com os dados

produzidos nesta pesquisa, concorda com a consistência dos resultados da análise do programa ALCESTE®.

O ALCESTE® identificou estabilidade com quatro classes lexicais após o procedimento de cálculo das matrizes de dados para Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e a CHD em si, onde num primeiro momento o *corpus* sofreu uma divisão em dois *subcorpus*; um que se dividiu resultando nas Classes 1 e 2 e, posteriormente, outro que se dividiu resultando nas Classes 3 e 4, conforme a Figura 2.

Figura 2 – Árvore de classificação descendente – Rio de Janeiro – 11 FEV 2015-14 JUL 2015.



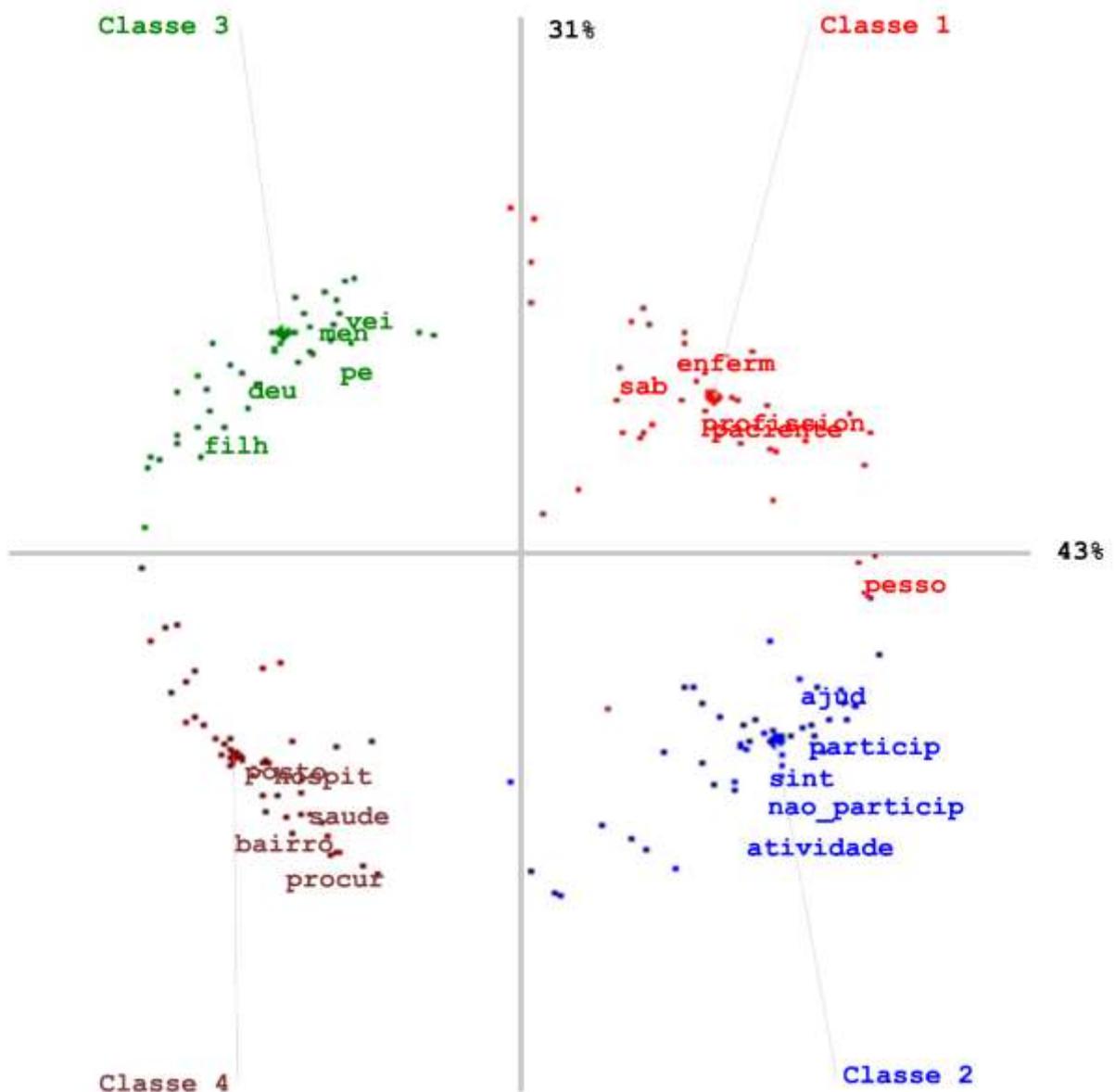
Fonte: Os autores (2015).

Por meio da Análise Fatorial de Correspondência (AFC), Figura 3, é possível identificar melhor as relações entre as classes, pois as formas reduzidas que possuem maior grau de associação às classes (maior Phi) são postas em um plano fatorial onde quanto mais próxima uma classe está de outra, mais similares são os conteúdos semânticos desses mundos lexicais. Cabe ressaltar que o fato de classes estarem em polos opostos do plano fatorial não indicam necessariamente que se distinguem por contraste, pois o distanciamento também pode indicar uma relação de complementaridade entre elas (AZEVEDO; COSTA; MIRANDA, 2013).

Em relação ao eixo horizontal, que corresponde a 43% da variância total das UCE, no lado negativo, à esquerda, estão presentes as Classes 3 e 4, cujas palavras mais frequentes que correspondem às formas reduzidas apresentadas no plano fatorial estão relacionadas aos

contextos de vida e de interação dos participantes; já no lado positivo do eixo horizontal, à direita, estão presentes as Classes 1 e 2, cujas palavras mais frequentes que correspondem às formas reduzidas apresentadas no plano fatorial estão relacionadas às percepções dos usuários acerca da sua participação em atividades com outros seres humanos, inclusive com profissionais de enfermagem.

Figura 3 – Análise fatorial de correspondências em correlações – Rio de Janeiro – 11 FEV 2015-14 JUL 2015.



Fonte: Os autores (2015).

Em relação ao eixo vertical, que corresponde a 31% da variância total das UCEs, no lado negativo, abaixo, estão presentes as Classes 2 e 4, cujas palavras mais frequentes que correspondem às formas reduzidas apresentadas no plano fatorial estão relacionadas aos

aspectos externos ao ambiente de internação; já no lado positivo do eixo vertical, acima, estão presentes as Classes 1 e 3, cujas palavras mais frequentes que correspondem às formas reduzidas apresentadas no plano fatorial estão relacionadas aos aspectos do ambiente de internação e nas relações estabelecidas com os profissionais nesse contexto.

A interpretação dos dados apresentados na AFC também pode ser observada pela descrição das classes, obtida por meio de cálculos complementares realizados com os resultados da CHD. Nessa descrição são apresentadas as formas reduzidas que caracterizam as Classes e o grau de associação de cada forma reduzida à sua respectiva Classe, representado pelo Phi (Φ), seja pela presença ou pela ausência na Classe. Segue abaixo, na Figura 4, uma lista com as formas reduzidas cujas presenças e ausências são as mais significativas em cada classe e seus respectivos coeficientes de associação.

Figura 4 – Descrição das classes pelas formas reduzidas – Rio de Janeiro – 11 FEV 2015-14 JUL 2015.

Classe 1		Classe 2		Classe 3		Classe 4	
Presenças	Φ (Phi)	Presenças	Φ (Phi)	Presenças	Φ (Phi)	Presenças	Φ (Phi)
sab+	0,25	particip+	0,29	men+	0,21	hospit+	0,33
enferm+	0,21	sint+	0,26	deu+	0,19	saúde	0,32
paciente+	0,21	não_particip+	0,23	pé	0,18	posto+	0,31
pesso+	0,19	atividade+	0,23	filh+	0,16	bairro+	0,31
profission+	0,17	ajud+	0,21	vei+	0,16	procur+	0,31
ach+	0,16	coisa+	0,19	fiz+	0,16	UPA	0,25
vem+	0,15	form+	0,16	enfermaria+	0,15	atendid+	0,22
pergunt+	0,15	estiver+	0,15	limp+	0,15	marc+	0,22
carinh+	0,14	feliz+	0,14	apont+	0,14	demor+	0,21
lid+	0,14	colabor+	0,14	vi	0,14	consult+	0,21
escut+	0,13	pud+	0,14	leito+	0,14	clinic+	0,20
dev+	0,12	for+	0,13	mãe	0,13	mes+	0,20
idoso+	0,12	poder+	0,13	diss+	0,13	mor+	0,19
respeit+	0,12	gost+	0,12	doutor+	0,13	tratamento	0,18
humano+	0,11	poss+	0,12	bot+	0,12	cas+	0,18
atenção	0,11	seja+	0,12	CTI	0,12	acompanhamento	0,17
educação	0,11	util+	0,12	curativo+	0,12	doente	0,17
medica+	0,11	amigos	0,12	da	0,12	asma	0,16
sei	0,11	faz+	0,12	par+	0,12	encaminh+	0,16
assist+	0,11	aceit+	0,11	hora+	0,12	particular	0,15

Ausências	Φ (Phi)	Ausências	Φ (Phi)	Ausências	Φ (Phi)	Ausências	Φ (Phi)
cas+	-0,13	sab+	-0,15	ach+	-0,20	ajud+	-0,10
ness+	-0,11	figu+	-0,12	pesso+	-0,20	pesso+	-0,10
sint+	-0,10	tom+	-0,12	particip+	-0,15	particip+	-0,10
atividade+	-0,10	medic+	-0,11	coisa+	-0,13	ach+	-0,09
ano+	-0,09	fal+	-0,10	saúde	-0,11	paciente+	-0,09

Fonte: Os autores (2015).

Para o aprofundamento da análise das relações internas de cada mundo lexical o programa apresenta um dendograma de Classificação Hierárquica Ascendente, um gráfico em forma de árvore que apresenta as formas reduzidas com maior coeficiente de associação às suas respectivas classes e a relação entre elas oferecendo uma noção mais clara de como o mundo lexical se estrutura do que as que se pode alcançar analisando a CHD e mais ainda do que pela AFC.

A análise das relações intraclasse, feita majoritariamente por meio do dendograma de CHA, se completa com o exame das palavras que correspondem às formas reduzidas com maior coeficiente de associação em relação ao mundo lexical cuja presença ou ausência é significativa e como essas palavras se articulam nas UCEs características de suas respectivas Classes.

Foram realizadas análises de cada Classe e discutidas as relações entre as Classes 1 e 2 e 3 e 4.

6.2.1 Classe 1 – As condições de produção de um ambiente favorável à participação no cuidado

A Classe 1 originou-se na segunda divisão do *corpus* de análise, tal qual a Classe 2, pelo ALCESTE® e é a Classe de maior tamanho e especificidade, contendo 31% (419) das UCEs geradas pelo programa e 103 palavras analisadas – número de palavras somente maior que o da Classe 4, com 99.

São presenças significativas nesta Classe os discursos produzidos pelas participantes de número 7³ ($\Phi=0,19$) e 10⁴ ($\Phi=0,17$), de pessoas entre 25 e 59 anos de idade ($\Phi=0,11$) e de participantes do sexo feminino ($\Phi=0,10$). Cabe destacar a presença das formas reduzidas lid ($\Phi=0,14$), idoso ($\Phi=0,12$), mex ($\Phi=0,10$), alerg ($\Phi=0,10$), stress ($\Phi=0,10$) e palestr ($\Phi=0,10$), pois todas as vezes que estas palavras foram analisadas estavam inseridas em UCE que compõem a Classe 1. As formas reduzidas cujas presenças e ausências foram as mais significativas nesta Classe estão dispostas na Figura 5.

A CHA desta Classe aponta para três ideias-chave dentro deste mundo lexical, destacadas na Figura 6. Numa se apresentam as expectativas de papel das enfermeiras desenvolvidas pelos participantes (grifado em amarelo), noutra como os participantes percebem

³ Mulher negra de 43 anos, cuja renda familiar encontrava-se na faixa de 1 a 3 salários mínimos, católica, moradora do município de Nova Iguaçu, internada há 5 dias na data de realização da entrevista e com experiência anterior de internação no mesmo hospital em que foi realizada a pesquisa.

⁴ Mulher negra de 26 anos, cuja renda familiar encontrava-se na faixa de 3 a 5 salários mínimos, agnóstica, moradora do município do Rio de Janeiro, internada há 8 dias na data de realização da entrevista e sem experiência anterior de internação.

os processos de interação entre os usuários e os profissionais de saúde (grifado em roxo) e, por fim, o cuidado à pessoa idosa à luz da esfera normativa (grifado em cinza).

Figura 5 – Formas reduzidas mais significativas em função do coeficiente de associação, da sua frequência e da porcentagem de aparições na Classe 1 – Rio de Janeiro – 11 FEV 2015-14 JUL 2015.

Presenças	Φ(Phi)	Frequência	Porcentagem
sab+	0,25	131	64%
enferm+	0,21	127	58%
paciente+	0,21	73	71%
pesso+	0,19	177	49%
profission+	0,17	29	83%
ach+	0,16	146	47%
vem+	0,15	47	62%
pergunt+	0,15	66	56%
carinh+	0,14	30	78%
lid+	0,14	16	100%
escut+	0,13	16	93%
dev+	0,12	25	69%
idoso+	0,12	12	100%
respeit+	0,12	22	76%
humano+	0,11	16	78%
atenção	0,11	24	69%
educação	0,11	16	91%
medica+	0,11	32	59%
sei	0,11	65	47%
assist+	0,11	11	90%

Ausências	Φ(Phi)	Frequência	Porcentagem
cas+	-0,13	7	7%
ness+	-0,11	4	7%
sint+	-0,10	13	13%
atividade+	-0,10	2	4%
ano+	-0,09	3	6%

Fonte: Os autores (2015).

No que tange às expectativas de papel das enfermeiras, os usuários produziram discursos em que abordam a necessidade de serem verdadeiramente cuidados pelos profissionais da saúde, em especial os de enfermagem, e que essas ações de cuidado implicam em uma atitude respeitosa e afetuosa⁵, como é possível observar em algumas das UCEs com maior coeficiente de associação à Classe 1:

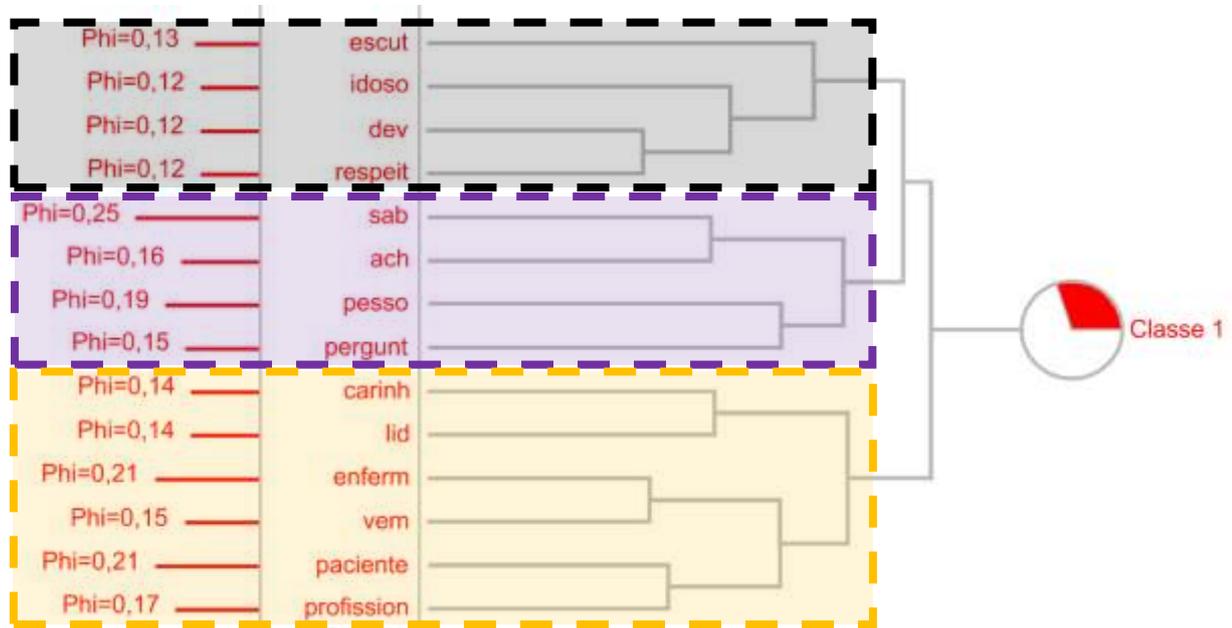
⁵ Com efeito de desambiguação, destaco que o emprego deste adjetivo foi motivado pela noção de Afeto a seguir: “Essa palavra designa o conjunto de atos ou de atitudes como a bondade, a benevolência, a inclinação, a devoção, a proteção, o apego, a gratidão, a ternura etc., que, no seu todo, podem ser caracterizados como a situação em que uma pessoa ‘preocupa-se com’ ou ‘cuida de’ outra pessoa ou em que esta responde, positivamente, aos cuidados ou a preocupação de que foi objeto” (ABBAGNANO, 1998, p. 21).

[...] Ser profissional, ele não pode achar que porque ele está ali para cuidar do paciente que ele pode cuidar de qualquer jeito, tem que saber que está cuidando de um ser humano e que um ser humano não merece desrespeito e tem que ser cuidado e tratado com carinho (UCI n.º 13, UCE n.º 809, $\Phi=0,03$).

[...] Chegar, dar um bom dia, perguntar como vai, por exemplo, se está se sentindo bem, essas coisas do tipo. Muitos já têm e a grande maioria já age assim. Perguntar se está tudo bem e, por mais que esteja lá, vale a pena perguntar sim, que talvez o seu bom dia seja a única coisa que ele possa receber naquele dia (UCI n.º 23, UCE n.º 1373, $\Phi=0,02$).

não, ele tem que saber que o que ele vai... está planejando na vida dele, e uma coisa que ele tem que ter capacidade: de não maltratar o doente, de saber tratar ele com todo amor, com todo carinho, com respeito (UCI n.º 16, UCE n.º 972, $\Phi=0,02$).

Figura 6 – Árvore de classificação ascendente da Classe 1 – Rio de Janeiro – 11 FEV 2015-14 JUL 2015.



Fonte: Os autores (2015).

Essa atitude respeitosa e afetuosa que os usuários atribuem um valor positivo nas relações de cuidado abarcam também um espaço de diálogo em que os usuários possam transmitir, por meio de atos de fala, as suas necessidades percebidas e os seus projetos de felicidade, como se apresenta nas UCEs a seguir:

O que aconteceu com a senhora nesta noite? Comeu direito? Trocou a fralda? Como foi? Entendeu? E deixar a pessoa falar, porque assim ela vai saber o que ocorreu. Aí talvez os enfermeiros tivessem mais cuidado ao lidar com aquele enfermo, porque sabem que se ele for aquele responsável pode se prejudicar (UCI n.º 7, UCE n.º 300, $\Phi=0,03$).

também tem isso, tem uns que têm a cara fechada e nem dá bom dia, mas tem outros que não. [...] É que é assim, o técnico chega aqui ele às vezes não sabe nem o que você tem, ele está te tratando. A enfermeira de manhã vem, para do seu lado, te pergunta (UCI n.º 10, UCE n.º 540, $\Phi=0,02$).

Ademais, as situações de enfermagem observadas no setor revelaram que o conteúdo dos diálogos entre técnicos de enfermagem e usuários, mormente se limitavam a conversas sobre assuntos que não tinham relação direta com a situação de saúde dos usuários, como a sua adaptação no setor ou pelo menos o conforto que o ambiente proporciona, pois geralmente os conteúdos dos atos de fala remetiam a fatos de novelas ou notícias sobre crimes e esportes. Apenas com as enfermeiras os discursos sobre a situação clínica dos usuários, bem como a sua experiência no setor, também eram levados em conta. Conforme alguns registros no diário de campo:

Os usuários fazem das interações com os profissionais de enfermagem uma oportunidade de se informar sobre o que está acontecendo fora do hospital, perguntando também sobre os planos para as festividades de carnaval dos profissionais (relatório de observação, 11/02/2015).

Os profissionais de enfermagem têm uma postura de sempre manter o diálogo com os usuários na enfermaria, mas os assuntos dificilmente são sobre aspectos clínicos, quase sempre são sobre situações que acontecem fora do hospital. Os usuários gostam, mas não recebem as informações sobre a sua situação de saúde que lhes seriam úteis (relatório de observação, 16/04/2015).

Nas situações de enfermagem, os usuários sempre que podem conversam muito com os profissionais, geralmente sobre assuntos que não dizem respeito diretamente à sua condição de saúde, e os acompanhantes de uma forma geral demonstram muita curiosidade e vigilância. Na maioria das vezes são os acompanhantes que tomam uma posição mais crítica frente aos cuidados de enfermagem, não apenas durante as situações de enfermagem, mas também quando os profissionais não estão presentes nas enfermarias, quando os acompanhantes procuram os profissionais para tirar dúvidas ou oferecer informações que o acompanhante julgo ser mais adequado falar na ausência do usuário (relatório de observação, 22/04/2015).

As participantes entendem que esse espaço de diálogo é um importante instrumento de avaliação do cuidado, tanto da realização de intervenções quanto dos resultados alcançados por meio delas, e da experiência de internação como um todo, dando possibilidade para o estabelecimento de metas em conjunto, dos meios para alcança-las.

Outra expressão dessa expectativa de papel que os usuários atribuem aos profissionais de saúde, sobretudo os de enfermagem, se apresenta nas UCEs a seguir, cuja figura-tipo de uma profissional “passiva e tranquila” produz relações de cuidado que se opõem qualitativamente ao cuidado prestado por uma pessoa “extremamente nervosa”:

[...] Eu visualizei uma situação de cuidado com uma pessoa na qual a outra era extremamente nervosa, que tratou a pessoa de tal maneira. Quando a outra chegou de manhã, uma pessoa passiva e tranquila, já tratou essa senhora de uma outra maneira (UCI n.º 7, UCE n.º 285, $\Phi=0,02$).

mas devido ao comportamento da enfermeira que não foi legal com ela. Já chegou de manhã, essa da manhã não sabia o que tinha acontecido, já com o lado profissional, com certeza com muito amor à profissão, se comportou de uma outra forma e essa pessoa se transformou (UCI n.º 7, UCE n.º 287, $\Phi=0,02$).

Em suma, é possível inferir que os usuários hospitalizados esperam que os profissionais de enfermagem interajam de forma respeitosa e comunicativa, pois estas são condições necessárias para que os usuários se sintam confortáveis para participar do cuidado de enfermagem.

Em situações de enfermagem em que as pessoas no papel de profissionais de enfermagem não oferecem essas condições de abertura para o diálogo, as pessoas no papel de usuários do sistema de saúde internados em um hospital se sentem levadas a simplesmente responder as perguntas realizadas de forma pontual e observar as intervenções realizadas, assumindo assim uma atitude meramente contemplativa sobre o cuidado, não se sentindo livres para participar da forma que desejam.

Também são presenças significativas nesta Classe os discursos que apresentam as percepções dos participantes sobre os processos de interação entre os usuários e os profissionais de saúde nas situações de cuidado que levam à participação dos usuários.

Essas percepções mostram como os usuários se sentem pouco participativos nas situações em que suas funções no cuidado são limitadas ao papel de meros detentores de problemas a serem amenizados ou solucionados pelos profissionais de saúde, como se vê na UCE a seguir, em que uma participante foi questionada sobre a sua participação no cuidado de enfermagem: “[...] eu dou o braço, dou a barriga, enfia de um lado e de outro, não tem integração, eu acho que você fez uma pergunta assim que não tem muita resposta” (UCI n.º 7, UCE n.º 273, $\Phi=0,02$).

Outra participante, cujas experiências no cuidado de enfermagem possibilitaram percepções diferentes, explica como os usuários devem agir para se tornarem mais participativos, entendendo, inclusive, que a sua participação pode assumir uma função educativa:

exatamente. Ela tem que pesquisar, ela tem que se inteirar, ela tem que perguntar, às vezes estar ali quieto e ouvir o assunto. Entendeu? Ver o que acontece, conversar com as outras pessoas, ler sobre o assunto. Às vezes é

empírico, não é? Com a participação mesmo você aprende (UCI n.º 10, UCE n.º 508, $\Phi=0,03$)

a não ser que você esteja gritando e desmaiando, ele não vai saber. Então depende muito mais do paciente em si do que às vezes dos outros, mas é claro que também quem está cuidando tem que ter, acho que, conhecimento suficiente para chegar e questionar, e perguntar (UCI n.º 10, UCE n.º 556, $\Phi=0,02$).

Uma participante mostrou o seu interesse em participar das ações que envolvem os cuidados à sua saúde, motivado pela percepção de que por meio de sua participação no cuidado pode assumir uma função de vigilância sobre possíveis eventos adversos, conforme a UCE que segue:

eu vou perguntar de novo, até ela responder. Porque é do meu interesse, é sobre a minha saúde, eu acho que é necessário. Porque errar é humano, podem trocar alguma prescrição, um medicamento pode ser dado para um paciente errado ou então... uma pessoa, no caso, eu tenho alergia a certos medicamentos, então, para mim, saber o que está sendo aplicado para mim é importante (UCI n.º 3, UCE n.º 91, $\Phi=0,03$)

Neste sentido, infere-se que os usuários percebem a sua participação no cuidado como necessária, pois por meio dela podem aprender mais sobre a sua condição de saúde e prevenir eventos adversos a medicamentos, embora por vezes percebam que a sua participação no cuidado seja limitada à mera colaboração frente às exigências dos profissionais de enfermagem.

Outra presença significativa na Classe 1 foram os discursos sobre as implicações valorativas e normativas no cuidado com as pessoas idosas. Os participantes da pesquisa percebiam que a pessoa idosa se encontra numa situação de vulnerabilidade e que, portanto, é necessário que os profissionais de saúde estejam atentos às especificidades dessa população, conforme a UCE a seguir:

deve ser tratada com respeito. Acho que essa pessoa deveria ter, assim, deveria ter uma pessoa aqui que respondesse pelos idosos, talvez. Entendeu? Assim como tem assistente social, que abrange tudo (UCI n.º 7, UCE n.º 298, $\Phi=0,03$).

Outra UCE que expressa a percepção dos participantes da pesquisa sobre a vulnerabilidade da pessoa idosa mostra que o fato de uma senhora ter sofrido um Acidente Vascular Cerebral não é suficiente para justificar uma atenção especial por parte da equipe de enfermagem, sentindo a necessidade de adicionar à justificativa o fato de essa usuária estar passando pelo processo de envelhecimento: “[...] por exemplo, a Dona X não colabora, é uma senhora de idade, teve um AVC.” (UCI n.º 4, UCE n.º 125, $\Phi=0,02$).

A observância da necessidade de atenção às especificidades do processo de envelhecimento também aparece nos discursos dos participantes como uma questão de respeito às leis, conforme a UCE abaixo. A existência de leis que protegem especificamente as pessoas idosas, enquanto população vulnerável, é percebida como um meio para coibir de forma mais clara ações que venham a infringir a conduta considerada correta ao lidar com as especificidades entendidas como inerentes a esses indivíduos.

porque a gente sabe que tem a defesa dos idosos que deve ser respeitado, tem uma lei. Então, essa pessoa temeria mais em ter determinadas atitudes com o idoso e aquele idoso se sentiria mais seguro em abrir a boca para falar sobre o que estava ocorrendo naquele hospital, naquele momento (UCI n.º 7, UCE n.º 307, $\Phi=0,03$).

Durante uma observação foi presenciada uma situação, relatada abaixo, em que uma usuária idosa pediu à sua acompanhante que fosse tirar uma dúvida com uma profissional de medicina acerca da alteração feita na dose de um dos medicamentos que a usuária utilizava:

Uma senhora que acompanhava a mãe dirigiu-se a uma médica para perguntar sobre a dose de um medicamento que estava sendo administrado. A médica respondeu com tom agressivo no meio do corredor que havia alterado a dose de acordo com a necessidade, que ela já havia feito a prescrição e que, devido ao rebaixamento do nível de consciência da usuária, a dose do medicamento deveria ser alterada paulatinamente. A acompanhante recuou durante a fala da médica e pediu que ela fosse examinada novamente para rever a necessidade de sua mãe e avaliar novamente a dose do medicamento prescrito. Poucos minutos depois a médica saiu da sala dos médicos, foi até a enfermaria e entrou com o tom de voz já mais elevado perguntando se a usuária estava se sentindo mal. A usuária disse que não tinha acontecido nada e a médica saiu com pressa dizendo que achava que ela estava se sentindo mal e por isso tinham-na chamado. Após a saída da médica a acompanhante disse aos berros que tinha o Estatuto do Idoso ao seu favor e que uma situação dessas não passaria em branco (relatório de observação, 12/05/2015).

A situação descrita no relatório é um exemplo em que o recurso à legitimidade da esfera jurídica, imanente ao Estado democrático de direito, é invocado por usuários do setor para proteger a pessoa idosa. É importante notar que nenhuma pessoa idosa se posicionou dessa forma durante o período de realização da pesquisa, apenas outros usuários e acompanhantes se mostraram sensíveis a essa situação.

Em suma, a Classe 1 se constitui num mundo lexical marcado pelos discursos acerca das esferas axiológica e normativa no cuidado em saúde, tanto nas relações entre usuários e profissionais de saúde em geral quanto no contexto específico do cuidado com as pessoas idosas. Nesta Classe estão dispostos os discursos dos participantes que verbalizaram as suas percepções sobre o que se deve saber e ser feito, tanto pelo profissional de saúde quanto pelos

próprios usuários, para que a participação dos usuários no cuidado ocorra e que o cuidado seja realizado tal como ele deve ser.

6.2.2 Classe 2 – Participação no cuidado como uma expressão de atos de abnegação

A Classe 2 originou-se na segunda divisão do *corpus* de análise, tal qual a Classe 1, pelo ALCESTE® e é a segunda maior Classe em tamanho e especificidade, contendo 30% (413) das UCEs geradas pelo programa e 105 palavras analisadas.

São presenças significativas nesta Classe os discursos produzidos pelos participantes de número 17⁶ ($\Phi=0,20$) e 9⁷ ($\Phi=0,09$), de pessoas sem experiências anteriores de internação ($\Phi=0,11$) e cujo tempo de internação até o momento das entrevistas era de 16 a 25 dias ($\Phi=0,07$). Cabe destacar a presença das formas reduzidas *util* ($\Phi=0,12$), *podendo* ($\Phi=0,11$), *cliente* ($\Phi=0,10$) e *dispost* ($\Phi=0,10$), pois todas as vezes que estas palavras foram analisadas estavam inseridas em UCEs que compõem a Classe 2. As formas reduzidas cujas presenças e ausências foram as mais significativas nesta Classe estão dispostas na Figura 7.

A CHA desta Classe, representada na Figura 8, aponta para os significados da participação e da não participação em atividades do cotidiano com outras pessoas, como no trabalho ou no convívio com a família.

Os participantes da pesquisa afirmam que não participar significa colocar-se alheio à atividade que está ocorrendo e às pessoas à sua volta, enquanto que participar é trabalhar junto, realizar atividades em conjunto, como ilustram as UCEs abaixo:

Não participar de uma atividade é ficar fora de uma certa situação, seja em trabalho, esporte, no coletivo, junto com os amigos etc. Você não está disposta a estar dentro da situação onde está acontecendo alguma coisa. Eu me sinto bem, eu gosto, sempre gostei de estar junto, de poder ajudar, de estar no coletivo, de participar (UCI n.º 17, UCE n.º 1001, $\Phi=0,03$).

Participação é trabalho junto, conviver com o empregado trabalhando. A gente se sente quase como uma família, no final das contas. A minha participação é com acordos no trabalho. [Não participar] é isolar um pouco os seus parceiros de trabalho, é não falar com eles, é não colaborar um com o outro (UCI n.º 17, UCE n.º 65, $\Phi=0,03$).

⁶ Mulher branca de 31 anos, cuja renda familiar encontrava-se na faixa de 3 a 5 salários mínimos, agnóstica, moradora do município do Rio de Janeiro, no bairro do Zumbi, internada há 17 dias na data de realização da entrevista, sendo esta a sua primeira experiência de internação.

⁷ Homem negro de 53 anos, cuja renda familiar encontrava-se na faixa de 1 a 3 salários mínimos, agnóstico, morador do município do Rio de Janeiro, no bairro de Campo Grande, internado há três dias e com experiência anterior de internação.

Figura 7 – Formas reduzidas mais significativas em função do coeficiente de associação, da sua frequência e da porcentagem de aparições na Classe 2 – Rio de Janeiro – 11 FEV 2015-14 JUL 2015.

Presenças	Φ(Phi)	Frequência	Porcentagem
particip+	0,29	151	69%
sint+	0,26	104	74%
não_particip+	0,23	39	95%
atividade+	0,23	56	87%
ajud+	0,21	128	58%
coisa+	0,19	140	49%
form+	0,16	51	64%
estiver+	0,15	20	86%
feliz+	0,14	23	83%
colabor+	0,14	24	80%
pud+	0,14	24	73%
for+	0,13	34	64%
poder+	0,13	53	53%
gost+	0,12	70	53%
poss+	0,12	65	51%
seja+	0,12	20	69%
util+	0,12	9	100%
amigos	0,12	14	86%
faz+	0,12	168	40%
aceit+	0,11	16	75%

Ausências	Φ(Phi)	Frequência	Porcentagem
sab+	-0,15	16	10%
fiqu+	-0,12	3	5%
tom+	-0,12	7	8%
medic+	-0,11	11	11%
fal+	-0,10	72	21%

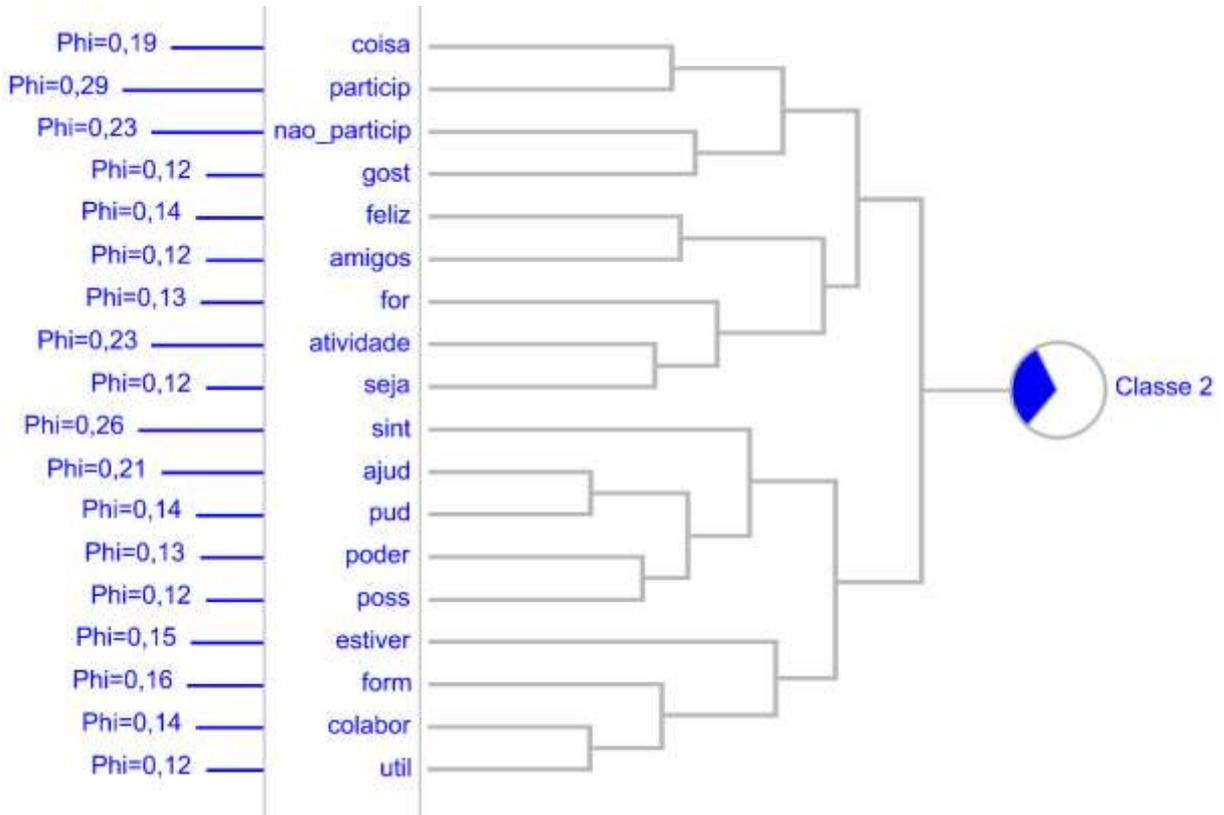
Fonte: Os autores (2015).

[...] Participar é estar ativo, junto, servindo, participando, se doando, recebendo, enfim, todas essas coisas misturadas (UCI n.º 8, UCE n.º 377, $\Phi=0,02$).

Os participantes da pesquisa entendem que participar implica em uma atitude colaborativa, em que um estabelece uma relação de ajuda com o outro para que ambos alcancem uma meta estabelecida em conjunto, como descrevem as UCEs a seguir:

[...] Indignada, não é? A gente fica muito triste por poder pensar que o resultado poderia ser bom e não poder fazer nada para poder ajudar (UCI n.º 13, UCE n.º 792, $\Phi=0,03$).

Figura 8 – Árvore de classificação ascendente da Classe 2 – Rio de Janeiro – 11 FEV 2015-14 JUL 2015.



Fonte: Os autores (2015).

Estou sempre disposta a ajudar, a colaborar, a fazer para mim e para eles. Então, ajudar, para mim, é muito legal. Se eu tiver que fazer eu faço, tranquilo (UCI n.º 8, UCE n.º 376, $\Phi=0,03$).

Se elas estão precisando de alguma informação eu estou sempre disposta a dar, se eu estiver dormindo eu acordo, eu tento ajudar da melhor forma possível, então eu me sinto realmente participativa (UCI n.º 17, UCE n.º 1010, $\Phi=0,03$).

ali já é uma forma de atividade que a gente está fazendo, não é? Mal ou bem já é uma forma de atividade onde um está ajudando o outro (UCI n.º 17, UCE n.º 998, $\Phi=0,02$).

querer e fazer, não é? Ter força de vontade, porque sem força de vontade como você vai conseguir as coisas? Nada. É isso. Eu participo assim, de ajudar um hospital assim com criança que está com câncer, eu levo leite em pó (UCI n.º 16, UCE n.º 956, $\Phi=0,02$).

Os discursos mostram as condições necessárias para a participação, como a disposição para ajudar o outro, a capacidade física de realizar determinadas atividades e a aceitação dos outros indivíduos envolvidos na atividade em questão. Tais condições estão expressas nas UCEs a seguir:

Não, quando eu quero eu meto a cara e faço. Por livre e espontânea vontade, com gosto. Se exigir, mandar, eu já não gosto. Mas nessa preguiça que eu ando sentindo e me sentiria maravilhosa. Nossa, nem fala nisso. “Deixa que eu faço, deixa que eu faço”, eu largo a vassoura e sento (UCI n.º 19, UCE n.º 1165, $\Phi=0,03$).

Na verdade eu só não participo quando eu realmente não posso participar, não sei de informações para poder dar e etc. Então é chato, a gente fica se sentindo... não me sinto mal porque eu não tenho culpa, mas poder e querer ajudar é muito importante, faz a gente se sentir melhor (UCI n.º 17, UCE n.º 1033, $\Phi=0,03$).

[...] Sim, gostaria muito de ajudar se eu tivesse condições. Eu tenho ele aqui no meu lado, ele sempre procura ajudar. Quer dizer, já é uma visão de avô, que sou eu. Então eu fico muito feliz de ele participar (UCI n.º 21, UCE n.º 1281, $\Phi=0,02$).

então eu acho que precisa ser realmente, estar atento, nem todo mundo está disposto a isso. Disposto e nem todo mundo está podendo, conseguindo, de forma adequada, por estar doente, acamada etc. (UCI n.º 17, UCE n.º 1016, $\Phi=0,02$).

Em suma, os discursos nos levam a inferir que os participantes desejam ajudar os outros por meio de sua participação nas atividades que se apresentam, pois dessa forma se sentem úteis, e que certas condições são necessárias para que participem, como estarem dispostos emocionalmente e fisicamente a ajudar.

Entendem também que não participar é como isolar-se do mundo e que participar, pelo contrário, cria uma esfera colaborativa que se assemelha ao ambiente familiar, em que há uma rede de apoio entre os integrantes do grupo.

No entanto, uma marca importante dos discursos inscritos nesta Classe foi o protagonismo do outro frente a si, uma espécie de negação de si para pôr-se em serviço de outrem que pode indicar tanto uma atitude solidária frente aos outros seres humanos, quanto uma submissão deliberada dos próprios indivíduos em certas relações interpessoais, circunscritas em uma determinada organização, nas quais eles entendem que os outros exercem autoridade sobre eles.

Os discursos inseridos neste mundo lexical ainda comportam alguns conteúdos de fala que apontam para a necessidade de os profissionais oferecerem uma espécie de condição de

abertura para os usuários participarem, assim como a Classe 1, embora de maneira mais tímida. Os conteúdos são os seguintes:

Então, a gente participa do jeito que te dão condições, aí quando não dão condições eu não participo. Porque não adianta. Eu vou participar como, se não dão condições? Se não tem condições de participar eu não vou participar, aí me deixa chateado (UCI n.º 11, UCE n.º 637, $\Phi=0,02$).

Frustrado, frustrado como qualquer um. Eu penso que não há frustração maior do que você querer participar e estar impedido por alguma razão. Quer dizer, na maneira como eu penso. Ouvir mais, não é? Ter cuidado se for falar alguma coisa, ter muito cuidado (UCI n.º 21, UCE n.º 1303, $\Phi=0,02$).

Por mais que, por vezes, os participantes da pesquisa tenham tido a percepção de que estão participando do cuidado, esse conceito de participação construído pelos usuários, apesar de ter o mesmo significante, possui um significado diferente do que se defende na literatura científica. Durante as observações, e mesmo durante ou entre as entrevistas, o pesquisador principal também percebeu que os usuários do setor não participavam da mesma forma como o discurso científico significa a participação dos usuários no cuidado de enfermagem.

Foi observado em geral um fluxo de atendimento que consistia em: chegada no setor com apresentação das demandas e/ou das necessidades reais identificadas por profissionais do setor de origem; definição do plano de atendimento feito exclusivamente pelos profissionais, com pouco ou nenhum envolvimento dos usuários; realização das intervenções com breve explicação do que viria a ser realizado, porém com pouca ou nenhuma explicação dos motivos para a realização da conduta; avaliação dos resultados, que quando envolvia os usuários apenas era perguntado como eles se sentiam, não sendo questionados se os usuários sugeririam algo; e alteração da conduta, caso necessária, com explicação da medida apenas quando os usuários percebiam a alteração e perguntavam aos profissionais de saúde, ou alta hospitalar.

6.2.3 Discussão das relações entre as Classes 1 e 2

As Classes 1 e 2 guardam fortes nexos entre si pelo fato de que esses mundos lexicais destacados pelo ALCESTE® são os que tratam mais especificamente do objeto desta pesquisa, conforme visto anteriormente na AFC. Não apenas pelo fato de os léxicos particip ($\Phi=0,29$ à Classe 2), nao_particip ($\Phi=0,23$ à Classe 2), enferm ($\Phi=0,21$ à Classe 1) e paciente ($\Phi=0,21$ à Classe 1) serem presenças significativas, mas também pelos sentidos que essas formas reduzidas atribuem às e são atribuídos nas UCEs mais significativas de ambas as Classes.

Em ambas são discutidas as condições de produção de um ambiente favorável à participação dos usuários no cuidado em saúde, principalmente no de enfermagem. Embora mais claramente na Classe 1, com os léxicos *sab* ($\Phi=0,25$), *carinh* ($\Phi=0,14$), *lid* ($\Phi=0,14$), *escut* ($\Phi=0,13$), *respeit* ($\Phi=0,12$) e *educacao* ($\Phi=0,11$) e suas inserções nas UCEs mais significativas, esse aspecto também pode ser observado na Classe 2, com os léxicos *pod* ($\Phi=0,14$), *poder* ($\Phi=0,13$) e *poss* ($\Phi=0,12$) e suas inserções nas UCEs com maior grau de associação à Classe 2.

As formas como esse aspecto foi abordado pelos participantes nessas duas Classes são convergentes com as pesquisas realizadas por Eldh, Ekman e Ehnfors (2010, p. 28), na qual os participantes afirmaram que sua participação implicava em “ser respeitado, por exemplo, ter seus conhecimentos reconhecidos e ser ouvido enquanto paciente e ser considerado enquanto indivíduo”; por Tobiano *et al.* (2015), que afirmam que os usuários se sentem mais estimulados a participar quando enfermeiras desempenham um comportamento respeitoso nos espaços de diálogo, mesmo quando não se trata de um assunto clínico; e por Larsson *et al.* (2011, p. 580), que afirmam que enfermeiras, por meio da interação recíproca com os usuários, podem impor barreiras à participação dos usuários no cuidado de enfermagem a depender da sua abordagem e comportamento nas situações de enfermagem e que, portanto, “somente quando o poder é compartilhado via boa comunicação e metas comuns que a confiança é desenvolvida e a participação dos pacientes pode ser atingida”. Esta questão será discutida aplicando-se os conceitos de comunicação, transação, papel e estresse que King (1981) construiu em sua Teoria do Alcance de Metas.

Para King (1981), a comunicação consiste no meio em que informações são transmitidas entre os participantes de uma situação específica num determinado ambiente e que o comportamento dos indivíduos na relação com outras pessoas e com o ambiente implica em comunicação. Boa comunicação, como aponta Larsson *et al.* (2011), seria equivalente ao que King (1981) define como transação, um tipo de comunicação em que valores são compartilhados numa interação, por exemplo entre um profissional de enfermagem e um usuário, no sentido de identificar aspectos em comum por meio dos quais ambos possam mutuamente definir metas.

Nesse processo de intercâmbio de valores, o papel atribuído a cada indivíduo é crucial para determinar os seus comportamentos. Assim, os seres humanos no papel de profissionais de enfermagem são percebidos pelos usuários nessas interações a partir das expectativas que esse papel implica e vice-versa. King (1981, p. 147) define papel como “um conjunto de comportamentos esperados por seres humanos que ocupam uma determinada posição em um sistema social”.

O sistema social a que se refere essa pesquisa é o que se insere no ambiente hospitalar, ambiente esse cuja lógica ainda é muito marcada pelo paradigma biomédico e que, portanto, implica em excessiva preocupação sobre os aspectos biológicos e supervalorização do saber sobre a doença, em detrimento da provisão de ambiente acolhedor, incluindo trocas afetivas entre profissionais e usuários. Nesse sistema social, as relações de poder habitualmente implicam no exercício de autoridade dos profissionais sobre os usuários do serviço de saúde, que por sua vez produzem barreiras ao papel ativo dos usuários e estresse.

A noção de estresse desenvolvida por King (1981) se refere a um estado dinâmico em que seres humanos interagem com os elementos do ambiente, inclusive outros seres humanos, para manter o balanço de crescimento, desenvolvimento e performance. Estressores, como relações de poder excessivamente assimétricas ou expectativas de papel não atendidas, podem gerar prejuízos nas percepções e, portanto, na capacidade de tomar decisões.

Neste sentido, as expectativas de papel dos profissionais de saúde produzidas pelos participantes desta pesquisa gestam a necessidade de os profissionais de enfermagem, enquanto membros perenes deste sistema social, oferecerem certas condições – como espaço de diálogo onde os usuários também sejam ouvidos e outros aspectos que compõem uma atitude afetuosa – para que os usuários possam se sentir seguros para decidir como e quando querem participar do cuidado de enfermagem, eliminando assim as tradicionais barreiras impostas pelo sistema hospitalar à participação.

De acordo com os dados desta pesquisa, tanto das entrevistas quanto das observações, os usuários, de modo geral, demandavam atividades para atender aos seus desejos e expectativas aos profissionais de enfermagem apenas nos casos de extremo desconforto e seguiam as orientações dos profissionais de enfermagem sem questionar, embora esses profissionais oferecessem algumas informações acerca do cuidado.

Esse tipo de atitude que os seres humanos no papel de usuários do serviço de saúde assumiam frente aos seres humanos no papel de profissionais de enfermagem do setor reflete o fenômeno que DaMatta (1997) descreve, o da necessidade de exercer influência ou estabelecer/manter vínculos relacionais com pessoas que ocupam papéis socialmente influentes como meio para usufruir de seus direitos.

Nas situações que cabem a esta pesquisa, os seres humanos no papel de profissionais de enfermagem são os agentes do Estado responsáveis legalmente por ofertar as ações e serviços de saúde previstos no texto constitucional, e de acordo com a lei do seu exercício profissional e seu código de ética profissional, portanto, estes ocupam um papel institucionalmente influente. Sendo assim, os seres humanos no papel de usuários do serviço veem-se na

necessidade de tentar ao máximo não incomodar os profissionais e manter uma boa relação para que o seu direito seja garantido.

Soleimani, Rafii e Seyedfatemi (2010) desenvolveram uma classificação com quatro níveis de participação: adesão, envolvimento, compartilhamento e verdadeira participação. Nessa classificação, o comportamento dos usuários esteve relacionado com o nível em que os usuários desempenham o papel mais passivo, o de adesão. Tal classificação guarda semelhanças com as realizadas por Cahill (1996), que distingue o conceito de participação do paciente em relação aos conceitos de envolvimento do paciente – em que há menos autonomia –, e da parceria com o paciente – em que há mais autonomia. O papel desempenhado pelos usuários no cuidado seria enquadrado na noção de envolvimento do paciente.

Hegglund e Hausken (2013) criaram uma classificação composta por quatro modelos de participação dos usuários nos processos de tomada de decisão clínica: modelo paternalista, em que os usuários são entendidos como meros recipientes do cuidado e provedores de informações; modelo compartilhado, em que há um intercâmbio de informações e valores que implica em respeito mútuo e comunicação colaborativa entre usuários e profissionais; modelo informado, em que os usuários obtêm informações sobre o cuidado e toma decisões, cabendo aos profissionais auxiliar os usuários apresentando informações baseadas em evidências; e o modelo não-paternalista, em que os usuários são entendidos como os seres humanos que deliberadamente delegam autoridade aos profissionais de saúde para realizar as ações que os usuários decidiram. Nessa pesquisa, o papel desempenhado pelos usuários se enquadra no modelo paternalista, embora tenham expressado desejo por um modelo de assistência análogo ao compartilhado. Sendo assim, é necessário encontrar meios para que o cuidado de enfermagem seja desempenhado de forma mais inclusiva.

McMurray *et al.* (2011) apontam que modelos de passagem de plantão ou de transferência dos usuários para outros setores com abordagens mais inclusivas, realizados à beira leito e com o encorajamento à participação dos usuários, são importantes para que os usuários tomem mais conhecimento sobre a sua situação de saúde e possam sentir-se mais seguros, pois dessa forma também é possível que os usuários chequem a veracidade das informações.

Tobiano *et al.* (2015) afirmam ainda que, além da passagem de plantão à beira leito, a anamnese e o exame físico, quando realizadas de forma a avaliar a capacidade e o desejo dos usuários em participar do cuidado, são momentos do cuidado de enfermagem que oferecem subsídios às enfermeiras para saberem se e de que forma devem estimular os usuários a participarem do cuidado. Além disso, afirmam a importância de discutir o planejamento do

cuidado de enfermagem com os usuários para que eles possam participar da definição das metas e dos meios para alcançá-las, diminuindo assim os riscos de estresse relacionado a expectativas de papel não cumpridas.

Bolster e Manias (2010) demonstram como os usuários e profissionais de enfermagem interagem durante os eventos de administração de medicamentos durante a internação hospitalar. Os usuários se sentiram mais envolvidos no cuidado e satisfeitos quando profissionais de enfermagem ofereciam explicações sobre os medicamentos e os motivos que sustentaram a prescrição dos medicamentos e tinham abertura para questionar quando identificavam algum evento adverso a medicamentos. As autoras afirmam ainda que profissionais de enfermagem devem ter a iniciativa de fazer perguntas abertas aos usuários para que estes possam expressar suas necessidades e preferências e realizar perguntas sobre o seu tratamento.

Entender o cuidado de enfermagem enquanto serviço, um resultado da aplicação da força de trabalho vendida por profissionais de enfermagem, oferecido e/ou regulado por meio do Estado, é crucial para compreender os usuários desse serviço enquanto exercentes de um direito, que no Brasil é dever do Estado, e, portanto, enquanto cidadãos.

A expressão clara das demandas dos usuários é condição sem a qual não é possível os profissionais de saúde, inclusive os de enfermagem, determinarem com a acurácia exigida as necessidades reais dos usuários e muito menos os seus projetos de felicidade. Sendo assim, uma parcela importante das ações que os usuários podem realizar para participar do cuidado é preenchida pela comunicação.

Barreiras à participação, como aquelas promovidas por problemas de comunicação, podem refletir diretamente na redução da qualidade do serviço prestado. Assim, o produto da força de trabalho vendida por profissionais de enfermagem pode deixar de ser o cuidado de enfermagem, tornando-se descuido, a negação do serviço buscado pelo cidadão por meio do Estado nas instituições que prestam serviços de saúde, mudando assim o seu valor de uso.

Num sentido contrário, a Política Nacional de Humanização busca aumentar os laços entre os usuários da saúde e as instituições prestadoras de serviços de saúde no SUS, bem como entre os usuários e profissionais de saúde. Dar voz aos usuários é um problema sensível a essa política pública de saúde, pois, no que tange aos processos ligados ao cuidado de saúde em ato, esta pauta é defendida em sua expressão mais clara pela diretriz da Clínica Ampliada e realizada por meio do dispositivo Projeto Terapêutico Singular, como dito anteriormente na seção 3 do capítulo 4, porém este debate também se faz presente por meio da diretriz Defesa dos Direitos do Usuário (BRASIL, 2008, 2009).

A diretriz da PNH Defesa dos Direitos do Usuário ofereceu subsídios para a criação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde por meio da Portaria nº 1.820 em 13 de agosto de 2009. Esta Carta é uma conquista para a população usuária do SUS, tanto do subsistema público quanto do subsistema privado, e um avanço no sentido do progressivo processo de democratização institucional.

Quanto aos aspectos divergentes, cabe destacar algumas das ausências mais significativas nos discursos que compõem as Classes 1 e 2. As formas reduzidas sint e atividade, que na Classe 1 tiveram baixo grau de associação ($\Phi=-0,10$) e são presenças significativas na Classes 2 ($\Phi=0,26$ e $\Phi=0,23$, respectivamente), indicam uma relação de complementaridade entre as Classes, pois, embora tratem das condições de produção de um ambiente favorável à participação, na Classe 1 os participantes da pesquisa abordam as expectativas de papel dos profissionais de saúde que permitem a participação enquanto que na Classe 2 versam sobre as próprias possibilidades de participação.

Essa complementaridade se confirma pelo fato de a forma reduzida sab estar elencada nas ausências mais significativas da Classe 2 ($\Phi=-0,15$) e ser a presença mais significativa da Classe 1 ($\Phi=0,21$), pois quando este léxico era inserido nas UCEs mais significativas da Classe 1 estava relacionado ao que os profissionais deveriam saber para cuidar dos usuários, dando assim condições para que estes participassem, um discurso que não é típico da Classe 2.

Além disso, na Classe 1 o comportamento considerado afetuoso pelos participantes é condição para a participação dos usuários, enquanto que na Classe 2 esse comportamento também é ora meio, ora desfecho do próprio ato de participar do cuidado, pois neste mundo lexical a participação é percebida como um gesto de solidariedade com o próximo, seja com o profissional que o cuida, seja com um companheiro de enfermaria a quem ele oferece ajuda.

Há grandes desafios a enfrentar, pois as demandas que os usuários apresentam nesta pesquisa são também reflexo de problemas estruturais, inerentes ao sistema capitalista, que, após a crise do padrão de acumulação taylorista/fordista, engendra processos de acumulação flexível em que os vínculos empregatícios são cada vez mais fragilizados (ANTUNES; DRUCK, 2013).

É nesse cenário em que os processos de mercantilização do trabalho se tornam mais evidentes, seja pela precarização das condições de trabalho, pelos vínculos empregatícios cada vez mais frágeis ou pelas condições de reprodução da força de trabalho – via aumento de carga tributária indireta e mal funcionamento de serviços públicos essenciais, como saúde, moradia, transporte e lazer.

Ainda há determinações nefastas oriundas dos processos de mercantilização do dinheiro, em que o endividamento do Estado impulsiona a criação de conjuntos de medidas de ajuste fiscal que recaem sobremaneira na classe trabalhadora, principalmente por meio de corte nos gastos com políticas sociais, e o endividamento das famílias, por meio de medidas que facilitam o acesso ao crédito com elevação das taxas de juros, fazendo com que as famílias trabalhadoras tenham que se submeter ao acúmulo de vínculos empregatícios frágeis e com baixos salários.

Esses processos são destrutivos para a classe trabalhadora e culminam em um retraimento do valor de uso do resultado da aplicação de sua força de trabalho. Assim, as situações de enfermagem tendem a acontecer de forma em que o trabalhador espoliado que, no papel de usuário, carece de cuidados encontra outro trabalhador espoliado que, no papel de profissional de enfermagem, oferece um serviço cujo valor de uso está aquém de suas possibilidades de ser.

6.2.4 Classe 3 – A experiência de internação e o papel de apoio das redes sociais

A Classe 3 originou-se na terceira divisão do *corpus* de análise, assim como a Classe 4, pelo ALCESTE® e é a segunda Classe de menor tamanho e especificidade, contendo 26% (359) das UCE geradas pelo programa e 136 palavras analisadas.

São presenças significativas nesta Classe os discursos produzidos pelas participantes de número 19⁸ ($\Phi=0,21$), 14⁹ ($\Phi=0,17$) e 28¹⁰ ($\Phi=0,13$), de participantes do sexo feminino ($\Phi=0,18$) e pelos participantes que tinham o maior tempo de internação no setor, entre 26 e 30 dias ($\Phi=0,17$). Cabe destacar a presença das formas reduzidas enfermagem ($\Phi=0,15$), onze ($\Phi=0,13$), cti ($\Phi=0,12$), saiu ($\Phi=0,12$), laser ($\Phi=0,12$) e ferida ($\Phi=0,12$), pois todas as vezes que estas palavras foram analisadas estavam inseridas em UCEs que compõem a Classe 3. As formas reduzidas cujas presenças e ausências foram as mais significativas nesta Classe estão dispostas na Figura 9.

⁸Mulher negra de 62 anos, cuja renda familiar encontrava-se na faixa de 1 a 3 salários mínimos, protestante, moradora do município do Rio de Janeiro, no bairro da Mangueira, internada há 10 dias na data de realização da entrevista e possui experiência anterior de internação em um hospital filantrópico.

⁹Mulher negra de 63 anos, cuja renda familiar encontrava-se na faixa de 1 a 3 salários mínimos, protestante, moradora do município do Rio de Janeiro, no bairro de Jacarepaguá, internada há 29 dias na data de realização da entrevista e possui experiência anterior de internação no próprio setor.

¹⁰Homem negro de 58 anos, cuja renda familiar encontrava-se na faixa de 3 a 5 salários mínimos, sem religião, morador do município de São João de Meriti, no bairro Coelho da Rocha, internado há 1 dia na data de realização da entrevista e possui experiência anterior de internação no próprio setor.

A CHA desta Classe, Figura 10, bem como as suas UCEs, apontam para três situações: problemas de saúde pregressos que levaram à internação atual; o cotidiano da internação atual; e como os participantes recorrem à sua rede social na busca de apoio em ambas as situações.

Quanto aos problemas de saúde pregressos que levaram à internação atual, os participantes expressaram um pouco da sua trajetória até a sua chegada no leito da enfermaria em que se encontravam, como pode ser observado nas UCEs a seguir:

Figura 9 – Formas reduzidas mais significativas em função do coeficiente de associação, da sua frequência e da porcentagem de aparições na Classe 3 – Rio de Janeiro – 11 FEV 2015-14 JUL 2015.

Presenças	Φ(Phi)	Frequência	Porcentagem
men+	0,21	28	88%
deu+	0,19	68	59%
pé	0,18	45	74%
filh+	0,16	41	63%
vei+	0,16	29	70%
fiz+	0,16	45	62%
enfermaria+	0,15	13	100%
limp+	0,15	24	78%
apont+	0,14	14	92%
vi	0,14	24	72%
leito+	0,14	20	76%
mãe	0,13	17	75%
diss+	0,13	45	50%
doutor+	0,13	23	65%
bot+	0,12	30	63%
CTI	0,12	11	100%
curativo+	0,12	19	76%
da	0,12	131	37%
par+	0,12	24	59%
hora+	0,12	48	49%

Ausências	Φ(Phi)	Frequência	Porcentagem
ach+	-0,20	19	7%
peço+	-0,20	19	8%
particip+	-0,15	10	7%
coisa+	-0,13	36	14%
saúde	-0,11	1	2%

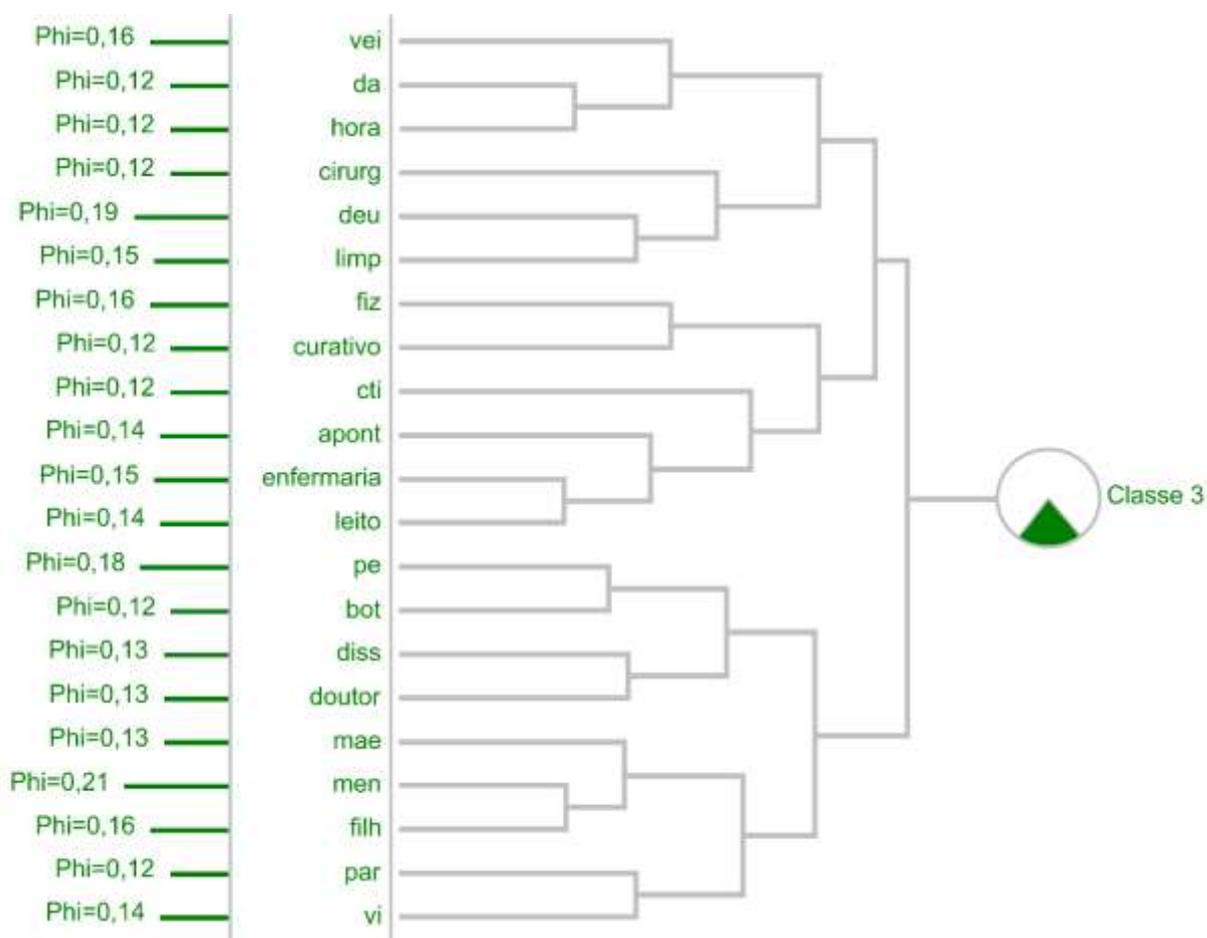
Fonte: Os autores (2015).

áí eu vim para cá, porque eu estava muito ruim, estava doendo muito, não estava conseguindo andar, andar só escorada. Fui lá no bairro x. O primeiro curativo eu andei fazendo lá, mas o primeiro curativo que fizeram quando ainda era pequeno, no tornozelo, elas fizeram o curativo, eu pensei que estava boa. Vim para casa e começou a latejar, dentro da perna começou a latejar (UCI n.º 19, UCE n.º 1098, $\Phi=0,03$).

depois furou, fez outro buracão, áí trouxe ferida para esse pé mais. Áí ficou tudo ruim, o pé, por causa disso. Acabou eu piorando, por isso que eu parei aqui (UCI n.º 19, UCE n.º 1099, $\Phi=0,03$).

cheguei lá em casa e eu caí, comecei a tremer e caí. Minha filha viu aquilo e disse: “Não, eu vou te levar no médico agora”. Áí eu fui para a casa do meu vizinho e vim, vim parar aqui. Toda viagem eu venho parar aqui, teve uma vez que eu fui para o hospital a (UCI n.º 14, UCE n.º 871, $\Phi=0,03$).

Figura 10 – Árvore de classificação ascendente da Classe 3 – Rio de Janeiro – 11 FEV 2015-14 JUL 2015.



Fonte: Os autores (2015).

Por meio das UCEs supracitadas percebem-se indícios de como a família aparece nos discursos inscritos nesta Classe, como fonte de apoio nos momentos em que a gravidade dos problemas de saúde impossibilita os usuários de buscarem um serviço de saúde por conta

própria. Além disso, também é possível perceber que a instituição em que foi realizada a pesquisa era considerada pelos participantes como altamente resolutiva, sendo referência para os usuários com demandas relacionadas a várias clínicas e oriundos de diversos municípios do estado do Rio de Janeiro, inclusive uma usuária que participou da pesquisa (n.º 16) saiu de um município em Minas Gerais para ser atendida naquela instituição.

Numa perspectiva crítica sobre o ambiente de internação, alguns usuários proferiram algumas experiências vividas no setor em que avaliam a qualidade do serviço prestado, ora positivamente, ora negativamente. As UCEs a seguir apresentam os resultados de alguns dos julgamentos feitos pelos participantes:

O que eu vi de médico aqui não estava no gíbi, pode perguntar a ela aí que eu gritei, aqui só morre se tiver que morrer mesmo, os médicos avançam em cima da pessoa e dá remédio, bota os aparelhos, só morre se tiver que morrer mesmo (UCI n.º 14, UCE n.º 898, $\Phi=0,03$).

mas aí quando eu cheguei aqui, vi tudo bonito e tal, eu nunca tinha entrado aqui também, aqui para cima, só até lá embaixo mesmo. Aí ele, quando eu cheguei aqui, vim de cadeira de rodas olhando assim, porque eu sou muito observador, e vi que, em vista os outros, aqui era outra parada, era outra coisa (UCI n.º 11, UCE n.º 657, $\Phi=0,03$).

Aqui dentro! Isso não existe! Você tem um tempo para descansar. O teu tempo já é totalmente tomado aqui dentro, e na hora que você pretende dormir um pouco para descansar, para avaliar a sua dor, entra um rapaz com uma máquina aqui onze horas da noite para lavar o quarto (UCI n.º 21, UCE n.º 1316, $\Phi=0,03$).

Outro dia, por exemplo. Teve um dia que eu fiquei sem soro e eu tenho que tomar seis bolsas de soro. Ontem eu tomei uma e meia e as outras eu vi ela jogando fora (UCI n.º 10, UCE n.º 544, $\Phi=0,03$).

Esta última UCE ilustra a importância de os profissionais de enfermagem explicarem sobre os problemas que incidem sobre o cuidado aos usuários que usufruem de seus serviços, pois a participante relata a situação ocorrida com tom de indignação apesar de haver a possibilidade de a profissional de enfermagem ter descartado o material por estar vencido ou com o lacre violado.

Três elementos do cotidiano de internação foram muito marcantes para a experiência negativa dos usuários no ambiente hospitalar: a quase inexistente climatização, ventilação inadequada e a falta de biombos. Tais elementos foram registrados no relatório de observação:

É verão e a temperatura oscila em torno dos 35°C, porém os usuários não contam com aparelhos condicionadores de ar, a maioria das janelas é fechada por material metálico e os ventiladores de teto são de pouca ajuda.

(...) Há muita queixa sobre a ventilação precária no setor. Os usuários se sentem muito desconfortáveis, muitas vezes não suportam se manter em seus leitos e andam pelo corredor, desviando dos materiais no corredor principal que atrapalham a circulação. Muitos andam quase totalmente despidos como estratégia para aliviar a sensação de calor intenso (relatório de observação, 11/02/2015).

Há escassez de biombos, portanto, os banhos e outros procedimentos que necessitam expor o corpo dos usuários são realizados sem que sua privacidade seja assegurada. Os banheiros são bastante precários, sendo necessário, por vezes, que o banho na cadeira higiênica seja realizado na frente da porta de entrada, expondo os usuários a todos que passam pelo corredor (relatório de observação, 11/02/2015).

Os participantes também descreveram alguns aspectos do seu cotidiano de internação, como alguns procedimentos que são realizados e como se desenvolve a dinâmica social nesse ambiente:

vai tomar um banho. Se não tiver, aí tu pede um plástico, bota um plástico aqui com um esparadrapo do lado para não molhar o curativo, por causa da gaze, para não ficar molhado (UCI n.º 28, UCE n.º 1588, $\Phi=0,03$).

Tudo que está ali está prescrito pelo médico, não está? “Troca o soro tal hora”, “bota o antibiótico de oito em oito horas”, está prescrito, entendeu? “Hoje a Dona Y vai tomar sopa na hora do almoço”, “amanhã ela começa a engrossar a sopa”. Aí, se eu falo “traz a sopa grossa hoje” eles vão dizer: “não, está prescrito aqui, a doutora disse que é para tomar essa daqui” (UCI n.º 8, UCE n.º 397, $\Phi=0,03$).

Eu estou internada aqui para receber uma bolsa de sangue tipo A e aproveitei, o médico aproveitou para fazer uns outros exames. O médico descobriu que eu estava com pneumonia, fez chapa de raio-x e descobriu que estou com pneumonia, estou tomando antibiótico (UCI n.º 13, UCE n.º 779, $\Phi=0,02$).

Nas UCEs supracitadas é possível perceber algum grau de envolvimento dos participantes, como o preparo para o banho com a proteção do curativo e o conhecimento da participante de número 13 sobre o seu diagnóstico e sobre os meios pelos quais o diagnóstico foi definido.

É relevante nesta Classe a presença de discursos acerca de como a rede social dos participantes, sobretudo familiares e vizinhos com veículo automóvel, oferecem apoio quando necessário, seja na busca do atendimento, seja durante o processo de internação. Alguns exemplos estão listados a seguir:

e ela trouxe o menino no colo, ele, meu vizinho, e veio me internar aqui. Aí eu cheguei aqui e eu fiquei, aí ele chegou e fez logo o exame de sangue para mim e o de urina e disse [...] (UCI n.º 14, UCE n.º 838, $\Phi=0,03$).

Eu estou aqui há dois dias e já tenho amigos, tanto é que a minha mulher veio aqui para me visitar, para ficar comigo até oito horas da noite (UCI n.º 12, UCE n.º 766, $\Phi=0,03$).

O filho dela só foi embora quando amanheceu o dia, porque ele chegou com o irmão de onze anos e não podia ficar aqui no hospital, mas até onze horas da noite ele ficou segurando a mão da mãe ali cheio de médico, ela cheia de aparelho (UCI n.º 14, UCE n.º 892, $\Phi=0,03$).

vi que ele não estava fazendo efeito e aí meu filho viu que estava inchado o problema e me trouxe para cá. Chegando aqui eu fui bem recebido, me deram explicações ótimas, boas (UCI n.º 1, UCE n.º 2, $\Phi=0,02$).

A interação dos usuários com seus familiares e outros membros de suas redes de apoio no setor é bastante facilitada pelos profissionais, o que possibilita um conforto maior para os usuários. Além de, por vezes, o período de internação ser bastante extenso, a rotina do setor é bastante extenuante para os usuários, como já visto no trecho de discurso captado na UCE 1316, proferido pelo participante 21, o que torna o período de visitas e a permanência de acompanhantes uma experiência aguardada com ansiedade. A título de exemplo, segue um trecho do relatório de observação sistemática em que a dinâmica de visitação é brevemente descrita:

Alguns usuários recebem até quatro visitantes ao mesmo tempo, situação que não causa prejuízos imediatos ao bom funcionamento do setor. O número maior que o definido pelo setor, que são dois visitantes por usuário por vez, se dá devido à localização da moradia da clientela, pois muitos usuários moram nos bairros circunvizinhos e por vezes são vizinhos e amigos de longa data entre si.

Os visitantes em geral sentem-se muito confortáveis com o ambiente hospitalar. Uma visitante estava, inclusive, posando para uma fotografia de autorretrato com um sorriso aberto sentada na cadeira ao lado de sua familiar numa enfermaria (relatório de observação, 10/03/2015).

A partir dos dados apresentados e das interpretações infere-se que os participantes enxergaram o ambiente hospitalar de uma perspectiva crítica, produzindo juízos favoráveis e desfavoráveis às suas experiências de internação; que a instituição é referida como uma referência de resolutividade no cuidado em saúde, tanto no aspecto da solução de problemas de saúde, quanto na limpeza e organização do ambiente; e que a rede de apoio dos usuários é um elemento crucial na busca de um serviço de saúde, bem como na sua permanência na instituição.

6.2.5 Classe 4 – O encantamento com o SUS público e “gratuito”

A Classe 4 originou-se na terceira divisão do *corpus* de análise, assim como a Classe 3, pelo ALCESTE® e é a Classe de menor tamanho e especificidade, contendo 13% (187) das UCE geradas pelo programa e 99 palavras analisadas.

São presenças significativas nesta Classe, apesar de o grau de associação ser relativamente baixo, os discursos produzidos pelas participantes de número 12¹¹ ($\Phi=0,09$), 13¹² ($\Phi=0,09$) e 15¹³ ($\Phi=0,08$), de participantes do sexo masculino ($\Phi=0,07$), pelos participantes que tinham o menor tempo de internação no setor, até 5 dias ($\Phi=0,07$), e pelos participantes idosos ($\Phi=0,10$). Cabe destacar a presença das formas reduzidas demor ($\Phi=0,21$), asma ($\Phi=0,16$), diabet ($\Phi=0,13$), janeiro ($\Phi=0,13$) e ambulatori ($\Phi=0,13$), pois todas as vezes que estas palavras foram analisadas estavam inseridas em UCE que compõem a Classe 4. As formas reduzidas cujas presenças e ausências foram as mais significativas nesta Classe estão dispostas na Figura 11.

A CHA desta Classe, Figura 12, bem como as suas UCEs, apontam para três temas: a relação entre os serviços público e privado de atenção à saúde no SUS (grifado em vermelho); a regionalização da rede de atendimento no SUS (grifado em verde); e o acesso aos serviços de saúde (grifado em amarelo).

Apesar dos problemas amplamente noticiados sobre os serviços públicos de saúde, alguns participantes alegam que têm preferido serem atendidos pelo subsistema público do SUS a serem atendidos pelo subsistema privado devido à qualidade de atendimento e pela rapidez no acesso, conforme as UCEs a seguir:

Eu tenho um UPA próximo de casa e tenho um hospital também. Na verdade, eu estava sem plano de saúde, acabei fazendo um para não precisar passar por certas situações, mas até o serviço particular tem deixado muito a desejar em questão de atendimento, assim, qualidade de atendimento e rapidez (UCI n.º 17, UCE n.º 989, $\Phi=0,05$).

Eu procuro pelo SUS, porque eu já tenho fichado aqui, já tenho fichado lá no hospital A, então onde eu chegar eles já me atendem logo, porque eu já tenho uma ficha, que é onde eu estou fazendo tratamento (UCI n.º 28, UCE n.º 1553, $\Phi=0,04$).

Fui bem atendido lá também [numa UPA]. [...] Pois é, eu já tive um acompanhamento assim no hospital Z [público]. Fiz lá um... tive até fisioterapia no hospital Z [público], fizeram lá uma endoscopia no estômago (UCI n.º 29, UCE n.º 1624, $\Phi=0,03$).

Pela misericórdia de Deus eu fui atendida, bem atendida lá, a UPA me internou no hospital Y [público] para eu tomar sangue, porque eu estava

¹¹ Homem negro de 63 anos, cuja renda familiar encontrava-se na faixa de 7 ou mais salários mínimos, católico, morador do município do Rio de Janeiro, no bairro Bangu, internado há 2 dias na data de realização da entrevista e possui experiência anterior de internação em hospitais privados.

¹² Mulher branca de 64 anos, cuja renda familiar encontrava-se na faixa de 1 a 3 salários mínimos, protestante, moradora do município de Seropédica, internada há 3 dias na data de realização da entrevista e possui experiência anterior de internação em hospitais públicos e privados.

¹³ Homem branco de 65 anos, cuja renda familiar encontrava-se na faixa de 3 a 5 salários mínimos, católico e maçom, morador do município do Rio de Janeiro, no bairro de Jacarepaguá, internado há 10 dias na data de realização da entrevista e possui experiência anterior de internação em um hospital público.

sem forças nenhuma, sem sangue nenhum, com uma anemia muito profunda (UCI n.º 13, UCE n.º 784, $\Phi=0,03$).

Figura 11 – Formas reduzidas mais significativas em função do coeficiente de associação, da sua frequência e da percentagem de aparições na Classe 4 – Rio de Janeiro – 11 FEV 2015-14 JUL 2015.

Presenças	Φ(Phi)	Frequência	Porcentagem
hospit+	0,33	90	49%
saúde	0,32	46	65%
posto+	0,31	34	82%
bairro+	0,31	32	89%
procur+	0,31	74	50%
UPA	0,25	29	77%
atendid+	0,22	21	69%
marc+	0,22	19	87%
demor+	0,21	11	100%
consult+	0,21	15	86%
clinic+	0,20	18	74%
mes+	0,20	25	63%
mor+	0,19	13	75%
tratamento	0,18	21	51%
cas+	0,18	40	36%
acompanhamento	0,17	8	89%
doente	0,17	15	56%
asma	0,16	6	100%
encaminh+	0,16	10	88%
particular	0,15	12	73%

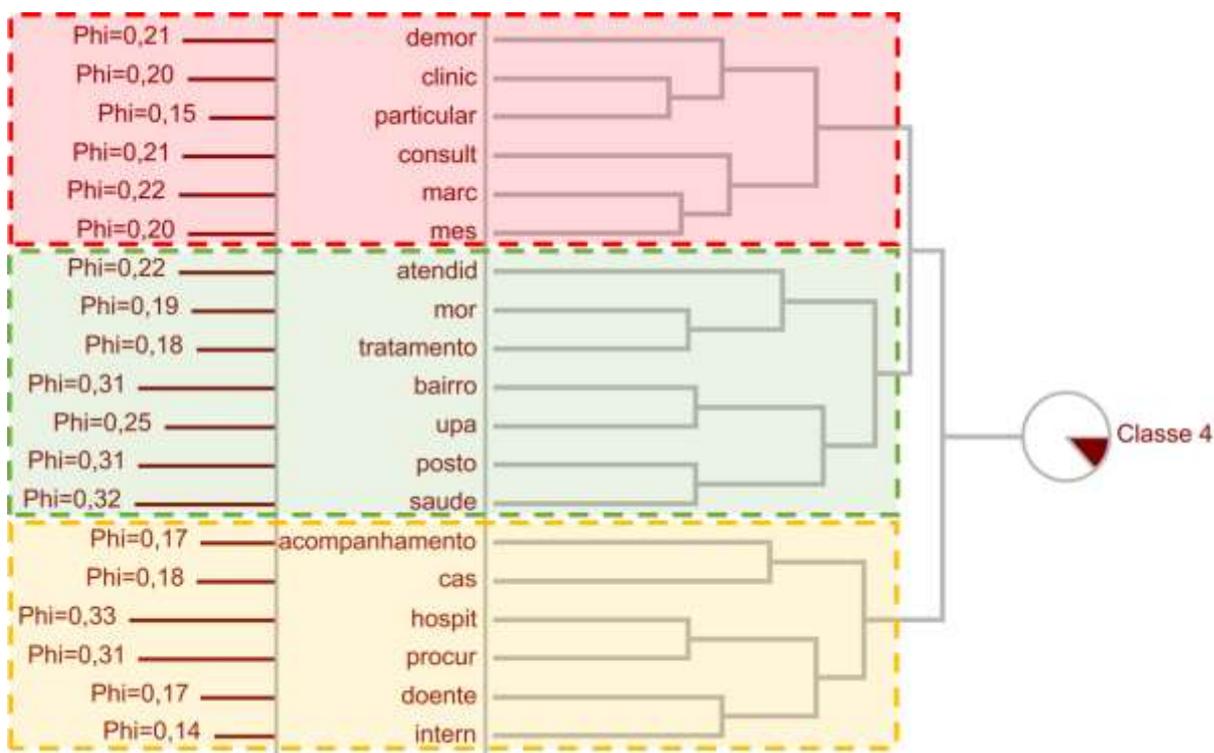
Ausências	Φ(Phi)	Frequência	Porcentagem
ajud+	-0,10	5	3%
peço+	-0,10	15	6%
particip+	-0,10	5	3%
ach+	-0,09	17	7%
paciente+	-0,09	0	0%

Fonte: Os autores (2015).

Outros usuários, em contrapartida, evitam utilizar os serviços públicos sempre que possível, conforme as UCEs a seguir:

Fui num posto de saúde, mas não para ficar internado e nem nada não, só coisa simples mesmo. Tem que ser o público, não é? A gente procura o serviço público. Já que não tem como pagar tem que procurar o serviço público (UCI n.º 26, UCE n.º 1511, $\Phi=0,04$).

Figura 12 – Árvore de classificação ascendente da Classe 4 – Rio de Janeiro – 11 FEV 2015-14 JUL 2015.



Fonte: Os autores (2015).

[Quando se é idoso] tudo para você fica mais difícil. Essa, na minha opinião, é uma situação, porque enquanto você [puder] evitar você vai evitar procurar [um serviço de saúde]. [...] Eu faço acompanhamento do cardiologista, pelo particular. Vou todo mês, duas vezes no mês ou de dois em dois meses, eu vou num cardiologista particular, que é o que mais afeta a minha saúde, que eu tenho problema de pressão (UCI n.º 21, UCE n.º 1249, $\Phi=0,04$).

Nesta última UCE identifica-se um traço importante dos discursos dos usuários desta Classe no que se refere ao acesso aos serviços de saúde, a busca por serviços de saúde como última alternativa. Isto se reflete nas presenças significativas dos léxicos upa ($\Phi=0,25$), hospit ($\Phi=0,33$) e intern ($\Phi=0,14$), por exemplo. Outras UCEs desta Classe refletem a mesma ideia:

[...] a gente procura se cuidar em casa. [...] Foi assim que começou o meu problema de saúde, eu procurei um hospital público (UCI n.º 22, UCE n.º 1323, $\Phi=0,03$).

Aí, quando não [tenho consulta marcada], eu vejo que estou passando mal e não tem jeito, eu tenho que ser internada a qualquer hora. Até dessa vez eu estava marcada aqui, na hora que eu me internei eu estava marcada, mas eu não pude ir porque eu já estava aqui internada passando mal e fiquei (UCI n.º 14, UCE n.º 828, $\Phi=0,03$).

Outro aspecto importante é a descentralização com regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde que ora é vista como ponto positivo, ora como negativo. Ambas as percepções, com destaque para a regionalização dos serviços, são abordadas nas UCEs a seguir:

Mas eu tenho um posto de saúde numa Clínica da Família bem próximo e eles me atendem mesmo sem estar agendado. Assim, sempre que eu procuro um serviço de emergência eu sempre sou atendida muito rápido, porque está sempre com quadro de asma, então sempre é muito rápido (UCI n.º 25, UCE n.º 1428, $\Phi=0,05$).

Eu tenho um tratamento num posto lá na minha área, lá onde eu moro, que é muito bom. Eu sempre quando fui descoberto a minha diabetes eu fui lá bem cuidado também, eu que não me cuido, mas sempre fui bem cuidado (UCI n.º 2, UCE n.º 58, $\Phi=0,04$).

O responsável pela minha área é do bairro B, dentro do bairro C. Qualquer problema eu primeiro passo por eles para depois ir para outro, é por meio do [posto de saúde do] bairro B que eu cheguei aqui (UCI n.º 12, UCE n.º 711, $\Phi=0,03$).

[...] Não, porque não tem. Só tem UPA no bairro X e a Clínica da Família no bairro Y, que não aceita ninguém que não seja do bairro Y, e o posto de saúde do bairro Z, que vive atolado de gente (UCI n.º 24, UCE n.º 1380, $\Phi=0,03$).

Em suma, os discursos inseridos nesta Classe apontam para a relação dos usuários com o contexto mais amplo das redes de atendimento do SUS, tanto com o subsistema público como com o privado. O subsistema público do SUS tem deixado de ser a última alternativa para alguns participantes, frente ao subsistema privado, embora ainda haja discursos que apontam as mazelas do subsistema público. Nessa busca pelo atendimento, muitos participantes tendem a procurar serviços de urgência e emergência devido à gravidade que os problemas de saúde alcançam por terem evitado o atendimento mais precoce. Além disso, a proximidade dos serviços de saúde aos seus domicílios ou a ausência de serviços de saúde nas redondezas são outras marcas importantes dos discursos inseridos na Classe 4.

6.2.6 Discussão das relações entre as Classes 3 e 4

As Classes 3 e 4 possuem um vínculo pelo fato de que esses mundos lexicais destacados pelo ALCESTE® são os que tratam dos contextos em que a participação dos usuários ocorre, conforme já destacado na AFC. Evidencia-se pelo fato de os léxicos enfermaria ($\Phi=0,15$ à Classe 3), leito ($\Phi=0,14$ à Classe 3), cti ($\Phi=0,12$ à Classe 3), hospit ($\Phi=0,33$ à Classe 4), posto ($\Phi=0,31$ à Classe 4) e upa ($\Phi=0,25$ à Classe 4) serem presenças significativas e pelos

sentidos que essas formas reduzidas atribuem às e são atribuídos nas UCEs mais significativas de suas respectivas Classes.

Em ambas são discutidas as relações entre os participantes da pesquisa e os serviços de saúde, tanto no âmbito mais particular do ambiente de internação atual, quanto no âmbito mais geral do sistema de saúde como um todo. Na Classe 3, os aspectos mais particulares da relação dos participantes com os serviços de saúde podem ser observados pelos léxicos enfermaria ($\Phi=0,15$), limp ($\Phi=0,15$), leito ($\Phi=0,14$), doutor ($\Phi=0,13$), bot ($\Phi=0,12$) e curativo ($\Phi=0,11$) e suas inserções nas UCEs mais significativas. Já na Classe 4, os aspectos mais gerais da relação entre os participantes e os serviços de saúde são destacados pela presença significativa dos léxicos hospital ($\Phi=0,33$), posto ($\Phi=0,31$), upa ($\Phi=0,14$), clinic ($\Phi=0,20$) e particular ($\Phi=0,15$) e suas inserções nas UCEs com maior grau de associação à Classe 4.

A forma como os brasileiros se relacionam com os serviços de saúde tem mudado nas últimas décadas, principalmente em relação ao subsistema privado do SUS. Em meio ao fenômeno da forte ascensão econômica de trabalhadores das classes de renda E e D, os gastos com planos de saúde aumentaram em 23% do período de 2002-2003 ao de 2008-2009, sendo o maior aumento, 110% em relação ao total de famílias, observado nos 25% mais pobres da população brasileira (GARCIA *et al.*, 2015).

Além disso, entre 2003 e 2011 o mercado de plano de saúde teve um crescimento expressivo de vínculos, de 36,4 milhões para 63,9 milhões (+75,5%), e de lucro líquido, de R\$1,17 bilhões para R\$ 4,92 bilhões (+320,5%). No entanto, o exorbitante aumento nos lucros não foi acompanhado por qualidade de atendimento. Pesquisa realizada em São Paulo aponta que, em 2013, 79% dos usuários de planos de saúde que recorreram aos serviços oferecidos pelas seguradoras nos últimos dois anos relataram problemas, sendo algumas das principais queixas a demora na marcação dos atendimentos (52%), falta de médicos (28%) e demora na autorização de consultas (25%) (BRASIL, 2011; USUÁRIOS..., 2013).

Mesmo com a alta lucratividade e baixa qualidade de atendimento, as operadoras de planos de saúde no Brasil ainda se beneficiam com uma bilionária renúncia fiscal, que em 2012 alcançou a marca de R\$ 18,3 bilhões – 23% do total investido pelo Ministério da Saúde na época –, montante que, por não ter sido arrecadado, deixou de ser investido diretamente por meio do Ministério da Saúde e subsequentes repasses às secretarias estaduais e municipais de saúde para financiar o subsistema público do SUS (OCKÉ-REIS, 2014).

A renúncia fiscal é um método de incentivo fiscal em que o Estado assume parte das despesas dos contribuintes que recorreram à iniciativa privada para ter acesso a um determinado serviço essencial que é dever do Estado (saúde, educação etc.), porém cuja qualidade é

“reconhecidamente inadequada”. Há serviços, como os de educação, em que há um teto para a dedução de gastos, porém os gastos com saúde são ilimitados.

Tendo em vista que as famílias que compõem o quarto mais rico da população são as que mais gastam com planos de saúde em relação à renda familiar total (GARCIA *et al.*, 2015) e que parte do quarto mais pobre é isento de cobrança do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física, portanto também isento de dedução, logo, a renúncia fiscal de gastos com saúde no subsistema privado toma o caráter de incentivo regressivo, pois quanto mais pobre a família é, menor é o valor absoluto da dedução que a ela é concedida – podendo inclusive ter que assumir totalmente os gastos sem dedução alguma –, enquanto que os mais ricos recebem as maiores quantias absolutas de dedução fiscal.

Dentre outros problemas, como o fortalecimento das corporações farmacêuticas que operam no SUS por meio de incentivos fiscais na fabricação de medicamentos considerados como insumos estratégicos via Agência Nacional de Vigilância Sanitária, o financiamento de campanhas eleitorais pelas operadoras de planos de saúde merece destaque.

Levantamento de doações de campanha a candidatos e partidos políticos realizado por Scheffer e Bahia (2013) mostra que o número de empresas doadoras subiu de 15 em 2002 para 62 em 2006 (+313,33%), já de recursos a variação foi de R\$ 1.398.040,40 de investimento em candidatos nas eleições de 2002 para R\$ 8.626.256,69 em 2006 (+517,02%). Em 2010 o número de empresas baixou para 48 (-22,58%), porém os investimentos alcançaram a marca dos 11.834.436,69 (+37,19%). PMDB, PSDB, PT e PV foram os partidos que mais receberam investimentos de operadoras de planos e seguros de saúde em 2010.

Tais investimentos implicam na expectativa de retorno que se concretizam, por exemplo, no PLS n.º 475, de 2011, do Senador Humberto Costa (PT-PE); na Lei Complementar n.º 1.131, de 27 de dezembro de 2010, do ex-governador do estado de São Paulo, Alberto Goldman (PSDB-SP); na recente Agenda Brasil, proposta pelo Presidente do Senado Federal do Brasil, o Senador Renan Calheiros (PMDB-AL); e em tantas outras ocasiões.

Em setembro de 2015 foi dado provimento pelo Supremo Tribunal Federal à Ação Direta de Inconstitucionalidade 4650, ajuizada pelo Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil, tornando proibido o financiamento de campanha eleitoral no Brasil por pessoa jurídica. Contudo, a doação por pessoas físicas se mantém inalterada, cujo teto é de 10% dos rendimentos brutos do ano anterior à eleição, permitindo assim que os eleitores mais ricos façam investimentos de maior grandeza (BRASIL, 1997; SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2015).

Todos esses problemas conjunturais mais aparentes determinam os investimentos que são direcionados ao SUS e as garantias que são oferecidas às operadoras de planos de saúde. Nesse sentido, os planos de saúde crescem, abarcando novos segmentos da população, e ultrapassam as próprias condições de funcionamento adequado para os mais pobres. Assim esses usuários reencontram no SUS a sua melhor alternativa, fato que se apresenta nas UCE mais significativas da Classe 4.

As parcelas mais pobres dos usuários de planos de saúde por vezes não têm acesso a determinados serviços, como atendimento em situações de urgência e emergência, internação, transplantes e outros serviços de alto custo e complexidade tecnológica. Essa demanda passa a ser atendida via custeio direto (usuários pagando do próprio bolso) ou pelo subsistema público do SUS, assim como os outros usuários do SUS que não possuem planos privados (OCKÉ-REIS, 2014).

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 mostram que 65,7% das pessoas que ficaram internadas em hospitais por um período maior que 24 horas foram atendidas pelo subsistema público do SUS (BRASIL, 2015).

Os participantes desta pesquisa afirmaram, em sua maioria, que buscam os serviços de saúde apenas quando precisam de atendimento de urgência ou emergência, porta de entrada no sistema de saúde que os levam à internação hospitalar. Isso ajuda a explicar o fato de o léxico emergencia estar inserido em UCE das Classes 3 e 4 em 89% das vezes que foi analisado pelo ALCESTE®. Paim *et al.* (2011) afirma que pessoas de grupos de mais baixa renda tendem a adiar a decisão de busca por atendimento, o que os leva a ter seu problema agravado a ponto de necessitarem de um serviço de emergência.

Além disso, os participantes que afirmaram ter acompanhamento regular eram, em geral, portadores de condições crônicas de saúde que implicavam em demandas por serviços e/ou insumos de alto custo e complexidade tecnológica. Na Classe 3, os léxicos *cti* ($\Phi=0,12$), *cirurg* ($\Phi=0,12$), *antibiotico* ($\Phi=0,08$) e *corticoide* ($\Phi=0,08$) são presenças significativas que reforçam este argumento. Na Classe 4 os léxicos que reforçam o argumento são, por exemplo, *asma* ($\Phi=0,16$), *intern* ($\Phi=0,14$), *hematolog* ($\Phi=0,12$), *quimioterapia* ($\Phi=0,12$) e *cancer* ($\Phi=0,09$). Esse tipo de atendimento é o segundo mais prevalente (19%), segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, atrás apenas de atendimento por doença (33,8%) (BRASIL, 2015).

É necessário dar destaque à perspectiva crítica dos participantes frente às condições do espaço físico da instituição. Algumas UCE que compõem a Classe 3 mostram como um espaço físico limpo e confortável é capaz de melhorar a experiência dos usuários, bem como suas percepções em relação à instituição. Este foi um aspecto relevante para a Política Nacional

de Humanização, onde a Ambiência era uma diretriz que prezava pela confortabilidade dos espaços físicos e pela desconstrução da ideia de ambiente de cuidado em saúde como frio e hostil (BRASIL, 2010).

Quanto aos aspectos divergentes entre as Classes 3 e 4, é necessário destacar o léxico saúde, pois na Classe 3 é uma ausência significativa ($\Phi=-0,10$) e na Classe 4 é o léxico com o segundo maior grau de associação à Classe ($\Phi=0,32$).

Observada isoladamente, a ausência dessa forma reduzida num mundo lexical que trata fundamentalmente das experiências cotidianas de ambientes de internação levaria à interpretação de que o hospital é compreendido não como um espaço para construção conjunta de saúde e subjetividade, mas como um ambiente de resolução de problemas e de fim da vida, o que se confirmaria com a presença significativa dos léxicos curativo ($\Phi=0,12$), cirurg ($\Phi=0,12$), ferida ($\Phi=0,12$) e morrer ($\Phi=0,12$) na Classe 3.

Entretanto, ao observar como o léxico saúde se insere nas UCE da Classe 4, onde sua presença é significativa ($\Phi=0,32$) e relativamente típica (65%), observa-se que o sentido que a ele é atribuído não confirmaria o argumento supracitado, pois as suas presenças estavam ligadas aos conteúdos de fala sobre planos de saúde ou postos de saúde, discursos típicos da Classe 4. Esse exemplo é característico da distinção entre as Classes 3 e 4, onde a primeira possui discursos que tratam dos aspectos mais específicos do ambiente de internação e a última trata dos aspectos mais gerais da relação dos participantes com o Sistema Único de Saúde.

CAPÍTULO 7 Considerações Finais

Com base nas observações e nos conteúdos dos atos de fala dos participantes da pesquisa é possível afirmar que os usuários acreditam que participam do cuidado de enfermagem, embora suas ações e discursos indiquem um grau de envolvimento inferior ao que é defendido como participação no cuidado de enfermagem por meio das produções científicas acerca do tema. Tal afirmação se assenta no quase inexistente envolvimento dos usuários nos processos de tomada de decisão clínica e na realização de determinadas intervenções em que a sua participação seria possível e vantajosa.

Para os participantes da pesquisa, participar implica em oferecer apoio, colaborar, trabalhar em conjunto para o alcance de uma meta em comum, e atribuem a isso um valor positivo, pois participando se sentem úteis. Frente à participação no cuidado de enfermagem, os participantes identificaram que há uma barreira, pois eles sentem a necessidade de os profissionais de enfermagem oferecerem as condições necessárias à participação no cuidado. Tais condições se expressam numa atitude respeitosa e afetuosa em que profissionais lidam com os usuários com carinho.

As estratégias empreendidas pelos participantes para participar do cuidado de enfermagem se resumiram às tentativas de estabelecer vínculos positivos com os profissionais de enfermagem para que estes lhes dessem abertura para discutir sobre suas necessidades percebidas, desejos, vontades e preferências. Uma atitude cautelosa sobre o que, como e quando falar com os profissionais de enfermagem foi identificada e se sustenta pela necessidade percebida pelos usuários de que seria necessário esse tipo de comportamento para que os agentes do Estado, no caso os profissionais de enfermagem, garantissem a fruição dos direitos dos usuários do sistema, cumprindo assim o seu dever.

Sendo assim, os participantes demonstraram vontade de envolver-se mais nas ações de cuidado e perceberam a necessidade de serem estimulados pelos profissionais de enfermagem a participar do cuidado, já que eles entendiam que, caso contrário, poderiam sofrer com o estigma de serem julgados como queixosos, exigentes, chatos, entre outros valores negativos.

Apesar da evidente boa intenção da maioria dos profissionais de enfermagem identificada durante as observações, há algumas limitações ambientais e organizacionais que dificultam a participação dos usuários no cuidado de enfermagem.

Quanto aos limites ambientais, destacamos a quase inexistente climatização e a ineficaz ventilação do setor. Apenas algumas poucas salas restritas aos profissionais eram climatizadas e havia poucas janelas para a ventilação do ambiente. Esses elementos, associados

às altas temperaturas, geravam um desconforto muito grande entre os profissionais e principalmente entre os usuários, tornando os encontros entre profissionais de enfermagem e usuários muito menos proveitosos do que poderiam vir a ser.

No que tange aos limites organizacionais, destacamos a não sistematização da assistência de enfermagem – tal qual sua previsão normativa no Brasil –, e a não consolidação dos princípios, diretrizes e dispositivos da PNH na instituição.

Dentre os vários aspectos compreendidos pelo modelo de sistematização da assistência de enfermagem previsto pela legislação brasileira destacamos aqui como importantes elementos para a participação dos usuários no cuidado de enfermagem o dimensionamento de pessoal e a utilização de uma teoria de enfermagem para orientar o processo de enfermagem, que inclui a diagnose, a definição de resultados esperados e as intervenções.

Havia no setor um problema evidente de dimensionamento de pessoal, inclusive foi realizada uma necessária reorganização das enfermarias durante o período de realização da pesquisa devido à sobrecarga de trabalho. Com a alta demanda, os profissionais acabam sendo forçados a acelerar suas atividades para dar conta apenas do que é considerado essencial a todos os usuários e, portanto, a quase tão somente reproduzir técnicas de modo protocolar.

A orientação das ações de enfermagem por meio de uma teoria é fundamental para a realização racional dessas ações, pois uma teoria pode ser composta por proposições que descrevam, explorem ou até predigam fenômenos específicos das situações de enfermagem. Destacamos aqui o potencial transformador da Teoria do Alcance de Metas, uma teoria preditiva de enfermagem, no sentido de tornar os usuários efetivamente participativos nos processos de definição das metas e dos meios para alcançá-las.

A PNH, como já discutiremos longamente, é uma política que busca oferecer um aparato metodológico capaz de efetivar os princípios do SUS de maneira que os usuários sejam mais participativos no cuidado e na gestão em saúde. Portanto, entendemos que a implementação dos princípios, diretrizes e dispositivos da PNH na instituição seriam de grande valor para o estímulo à participação dos usuários no cuidado, inclusive no cuidado de enfermagem, caso profissionais da ponta e aqueles em situação de governo demonstrassem o mesmo interesse que os usuários.

Um elemento que pode ser ressaltado como um germe para a democratização das relações de cuidado que está implantado no setor é a reunião com os acompanhantes, em que acompanhantes dos usuários do setor se reúnem em roda com uma enfermeira, um assistente social, uma psicóloga e, eventualmente, com um médico para discutir as experiências vividas no setor, sanar dúvidas que eventualmente os acompanhantes carregam sobre a dinâmica do

setor, apresentar sugestões e realizar reclamações. Essas reuniões elevam a importância que os acompanhantes têm no cuidado aos usuários e reafirmam as conquistas alcançadas pelo dispositivo da PNH Visita Aberta e Direito a Acompanhante.

Cabe ressaltar que a disposição dos profissionais de enfermagem do subsistema público do SUS para o estímulo à participação dos usuários hospitalizados no cuidado de enfermagem deve ser investigada, pois, como foi evidenciada nessa e em outras pesquisas, são os profissionais que devem oferecer as condições e estimular os usuários a participarem do cuidado.

Avaliamos que, superando as limitações citadas aqui, seria possível construir um ambiente institucional, relacional e físico capaz de possibilitar as condições necessárias ao estímulo à participação dos usuários no cuidado de enfermagem.

Referências

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1998. 1014 p.
- AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION. **Strategies for Leadership: Patient- and Family-Centered Care**. [2014]. Disponível em: <<http://www.aha.org/advocacy-issues/quality/strategies-patientcentered.shtml>>. Acesso em: 14 fev. 2016.
- ANTUNES, R.; DRUCK, G. A terceirização como regra? **Rev. TST**, São Paulo, v. 79, n. 4, p. 214-231, out./dez. 2013.
- AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE. Partnering with Consumers. [2012]. Disponível em: <<http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/NSQHS-Standards-Fact-Sheet-Standard-2.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2016.
- _____. **Patient centred care: Improving quality and safety through partnerships with patients and consumers**. [2011]. Disponível em: <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/03/PCC_Paper_August.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2016.
- AYRES, J. R. C. M.; PAIVA, V.; BUCHALLA, C. M. Direitos Humanos e Vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: _____. **Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção da saúde**. Livro I. Curitiba: Juruá, 2012, p. 9-22.
- AZEVEDO, D. M.; COSTA, R. K. S; MIRANDA, F. A. N. Uso do ALCESTE na análise de dados qualitativos: contribuições na pesquisa em enfermagem. **Rev enferm UFPE**, v. 7 (esp), p. 5015-22, 2013.
- BARROS, M. E. B.; GUEDES, C. R.; ROZA, M. M. R. O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, n.12, p. 4803-14, 2011.
- BASSO, J. F.; MONTICELLI, M. Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 97-105, 2010.
- BELLO, E. **Teoria dialética da cidadania: política e direito na atuação dos movimentos sociais de ocupação na cidade do Rio de Janeiro**. 2011. 455f. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.
- BENCH, S. D.; DAY, T.; GRIFFITHS, P. Involving users in the development of effective critical care discharge information: a focus group study. **Am J Crit Care**, v. 20, n. 6, p. 443-52, 2011.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 17, ago. 2005.
- BOLSTER, D.; MANIAS, E. Person-centered interections between nurses and patients during medication activities in an acute hospital setting: Qualitative observation and interview study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 47, p. 154-65, 2010.
- BONDAS, T.; HALL, E. O. C.; Challenges in approaching metasynthesis research. **Qual Heath Res**, v. 17, p. 113-21, 2007.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras, planos de saúde**. Rio de Janeiro: ANS, 2011.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 2, s. 1, p. 59, jun. 2013.
- _____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa nacional de saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências** : Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 100 p.

_____. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055.

_____. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 25694, 31 dez. 1990a.

_____. Lei n.º 9.504, de 30 de setembro de 1997. Estabelece normas para as eleições. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, s. 1, p. 21801, 1 out. 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 26 p. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/4214>>. Acesso em: 14 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde. 2001. 60p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 32 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **HumanizaSUS: A Política Nacional de Humanização: A Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. 199 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteadoras práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.20 p.

_____. **Portaria SNAS N.º 224, de 29 de janeiro de 1992**. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm>. Acesso em: 01 Abr. 2015.

_____. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. **Projeto Terapêutico Singular**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. 60 p.

CAHILL, J. Patient participation: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 24, p. 561-71, 1996.

CAMPOS, D. C. F.; GRAVETO, J. M. G. N. Papel da enfermeira e envolvimento do cliente no processo de tomada de decisão clínica. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, Dez. 2009.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 398-403, 2005.

- CAMPOS, G. W. S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12 (Sup), p. 1865-74, 2007.
- CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6.ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. 293 p.
- CARPER, B. A. Fundamental patterns of knowing in nursing. **ANS**, v. 1, n. 1, p. 13-24, 1978.
- CARVALHO, J. M. (2001) **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 18. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014. 254 p.
- CASP. **Critical Appraisal Skills Programme**. Disponível em: <<http://www.casp-uk.net/>>. Acesso em: 9 Set. 2014.
- CHAVES, A. G. C. R. *et al.* Na composição de um mosaico: investigações entre a experiência e o sintoma nos processos de formação em humanização. **Saúde Transform. Soc.**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 69-78, 2014.
- CHO, M.-K. Effect of health contract intervention on renal dialysis patients in Korea. **Nursing and Health Sciences**, v. 15, n. 1, p. 86-93, 2013.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Relatório final**. Brasília, 1986. 29 p.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2000, Brasília. **O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 198 p.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados... **Resolução COFEN n. 358, de 15 de outubro de 2009**. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 27 Out. 2013.
- DAMATTA, R. **A casa & a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997. 163 p.
- DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 416p.
- DRAAISTRA, H.; SINGH, M. D. IRELAND, S.; HARPER, T. Patient's perceptions of their roles in goal setting in a spinal cord injury regional rehabilitation program. **Can J Neurosci Nurs.**, v. 34, n. 3, p. 22-30, 2012.
- ELDH, A. C.; EKMAN, I.; EHNFORSS, M. A comparison of the concept of patient participation and patient's descriptions as related to health care definitions. **Int J Nurs Terminol Classif.**, v. 21, n. 1, jan./mar. 2010.
- ELDH, A. C. **Patient participation: what it is and what it is not**. 2006. 96 f. Tese (Doutorado em Ciências do Cuidado) – Örebro Studies in Caring Sciences II, Örebro University, Örebro, Suécia. 2006.
- ELO, S.; KÄÄRIÄINEN, M.; ISOLA, A.; KYNGÄS, H. Developing and Testing a Middle-Range Theory of the Well-Being Supportive Physical Environment of Home-Dwelling Elderly. **The Scientific World Journal**, v. 2013, Article ID 945635, 7 pages, 2013.
- ESPIRIDÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1267-76, jun. 2006.
- FAUSTO, B. **História do Brasil** – São Paulo: Universidade de São Paulo, 2012.
- FAWCETT, J. **Contemporary Nursing Knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories**. 2 ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2005. 623 p.
- FAWCETT, J.; DESANTO-MADEYA, S. **Contemporary Nursing Knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories**. 3 ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2012. 544 p.

FERREIRA JUNIOR, A. R. *et al.* Vivência de adolescentes em atividade de promoção da saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 4, Ago. 2013.

FLEURY, S.; OUVENERY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. *et al.*(org.) (2008). **Políticas de Saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

FURLAN, P. G.; AMARAL, M. A. Método de Apoio Institucional Paidéia aplicado à formação de profissionais da atenção básica em saúde: metodologia e resultados do curso de especialização em gestão de sistemas e serviços de saúde com ênfase na atenção básica. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. 411 p.

GARCIA, L. P. *et al.* Gastos com planos de saúde das famílias brasileiras: estudo descritivo com dados das Pesquisas de Orçamentos Familiares 2002-2003 e 2008-2009. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1425-34, 2015.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

HEGLAND, L.; ØGAARD, T.; MIKKELSEN, A. HAUSKEN, K. Patient participation in surgical treatment decision making from the patient's perspective: validation of an instrument. **Nursing Research and Practice**, v. 2012, article ID 939675, 8 p., 2012.

HEGLAND, L.; HAUSKEN, K. A qualitative identification of categories of patient participation in decision-making by health care professional and patients during surgical treatment. **Clin Nurs Res.**, v. 22, n. 2, p. 206-27, 2012.

_____. Patient participation, decision-makers and information flow in surgical treatment. **J Clin Nurs.**, v. 23, n. 9-10, p. 1430-44, 2013.

HELD, David. Citizenship and autonomy. In: HELD, David. **Political theory and the modern state: essays on state, power and democracy**. Stanford: Stanford Univ. Press, 1989a, p. 189-213.

HELD, David. **Political theory and the modern state: essays on state, power and democracy**. Stanford: Stanford Univ. Press, 1989b, p. 189-213.

IM, E. Situation-Specific Theories from Middle-Range Transitions Theory. **Advances in Nursing Science**, v. 37, n. 1, p. 19-31, 2014.

JONES, R. A.; STEEVES, R.; ROPKA, M. E.; HOLLEN, P. Capturing treatment decision making among patients with solid tumors and their caregivers. **Oncol Nurs Forum**, n. 40, v. 1, p. 24-31, Jan. 2013.

JUNGES, J. R. *et al.* O discurso dos profissionais sobre a demanda e a humanização. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 686-97, 2012.

KING, I. M. **A theory for nursing: systems, concepts, process**. New York: Wiley Medical Publications, 1981. 191 p.

KING, I. M. Philosophy of Nursing Education: A National Survey. **Western Journal of Nursing Research**, v. 6, n. 4, p. 387-406, 1984.

KITSON, A.; MARSHALL, A.; BASSETT, K.; ZEITZ, K. What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. **Journal Advanced Nursing**, v. 69, n. 1, p. 4-15, 2013.

LACERDA, M. R.; LABRONICI, L. M. Papel social e paradigmas da pesquisa qualitativa de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, abr. 2011.

LARSSON, I. E.; SAHLSTEN, M. J. M.; SEGESTEN, K.; PLOS, K. A. E. Patient's perceptions of barriers for participation in nursing care. **Scand J Caring Sci**, v. 25, p. 575-582, 2011.

- LAVIN, M. A.; KILLEN, M. B. Tribute to Imogene King. **Int J Nurs Terminol Classif.**, v. 19, n. 2, p. 44-7, Abr.-Jun. 2008.
- LIPKIN, M. Shared Decision Making. **JAMA Internal Medicine**, Chicago, v. 173, n. 13, p. 1204-5, jul. 2013.
- LOISELLE, M.; O'CONNOR, A. M.; MICHAUD, C. Developing a decision support intervention regarding choice of dialysis modality. **The CANNT Journal**, v. 21, n. 3, p. 13-8, 2011.
- MACHADO, M. F. A. S.; VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, Abr. 2009.
- MACHADO, M. F. A. S.; VIEIRA, N. F. C. Estrutura teórico-metodológica de participação habilitadora de usuários na Estratégia Saúde da Família. **Enfermagem em Foco**, v. 1, n. 2, p. 59-62, 2010.
- MACHADO, M. F. A. S.; VIEIRA, N. F. C. Participação na perspectiva de mães de crianças desnutridas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, Fev. 2004.
- MARTINS, P. A. F.; ALVIM, N. A. T. Plano de Cuidados Compartilhado: convergência da proposta educativa problematizadora com a teoria do cuidado cultural de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 2, Abr. 2012.
- MARX, K. **Sobre a questão judaica**. [1884] Traduzido por Nélio Schneider e Wanda Caldeira Brant. São Paulo: Boitempo Editorial, 2010. 139 p.
- McMURRAY, A.; CHABOYER, W.; WALLIS, M.; FETHERSTON, C. Implementing bedside handover: strategies for change management. **J Clin Nurs.**, v. 19, p. 2580-9, 2010.
- McMURRAY, A.; CHABOYER, W.; WALLIS, M.; JOHNSON, J.; GEHRKE, T. Patients' perspectives of bedside nursing handover. **Collegian**, v. 18, p. 19-26, 2011.
- MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, 2014
- MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. (Saúde em debate; 145)
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 9.ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2006. 406 p.
- MONTEIRO, R. L.; LOYOLA, C. M. D. Qualidade de oficinas terapêuticas segundo pacientes. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 3, Set. 2009.
- MORI, M. E.; OLIVEIRA, O. V. M. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface (Botucatu)**, vol.13, suppl.1, p. 627-640, 2009.
- MORSE, J. M.; PENROD, J.; HUPCEY, J. E. Qualitative Outcome Analysis: Evaluating Nursing Interventions for Complex Clinical Phenomena, **J Nurs Scholarsh.**, v. 32, n. 2, p. 125-130, 2000.
- MOURA, E. R. F.; PAGLIUCA, L. M. F.. A Teoria de King e sua interface com o programa "Saúde da Família". **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 3, Set. 2004.
- NASCIMENTO, A. R. A.; MENANDRO, P. R. M. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 6, n.2, p. 72-88, 2006.
- NAVES, M. B. **Marxismo e direito: um estudo sobre Pachukanis**. São Paulo: Boitempo, 2008. 183 p.
- NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al.(org.) (2008). **Políticas de Saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

OCKÉ-REIS, C. O. **Mensuração dos Gastos Tributários: O Caso dos Planos de Saúde – 2003-2011**. Brasília: IPEA, Mai. 2013 (Nota Técnica, n.º 5).

_____. Renúncia de arrecadação fiscal em saúde no Brasil: eliminar, reduzir ou focalizar? In: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Brasil em desenvolvimento 2014: estado, planejamento e políticas públicas**. Brasília: IPEA, 2014. 340 p.

OEYE, C.; BJELLAND, A. K.; SKORPEN, A.; ANDERSSSEN, N. User participation when using milieu therapy in a psychiatric hospital in Norway: a mission impossible? **Nursing Inquiry**, v. 16, n. 4, p. 287-96, 2009.

OLIVEIRA, G. N. O Projeto Terapêutico Singular. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. 411 p.

OLIVEIRA, J. A. Reformas e Reformismo: “Democracia Progressiva” e Políticas Sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 360-87, 1987.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-53, 2013.

PAIM, J. S.; TRAVASSOS, C. M. R.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet (North American edition)**, v. 377, p. 9-28, 2011.

PARK, K.I., OH, S. Effects of Active Parenting Today based on Goal Attainment Theory on parenting stress, parenting behavior, and parenting satisfaction in mothers of school-age children. **Journal of Korean Academy of Nursing**, v. 42, n. 5, p. 659-70, 2012.

PENA, S. B.; DIOGO, M. J. D. E. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 663-9, set./out. 2005.

PINTO, D. M. *et al.* Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.20, n.3, p. 493-502, 2011.

PIRES, D. E. P. Transformações necessárias para o avanço da Enfermagem como ciência do cuidar. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. esp., p. 39-44, Set. 2013.

POGGI, Gianfranco. Citizens and the State: retrospects and prospects. In: SKINNER, Quentin; STRÁTH, Bo. (Eds.) **State and Citizens: History, Theory, Prospects**. Cambridge: Cambridge University Press, 2003, p. 42.

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS. Política Nacional de Humanização compõe novo arranjo de apoio do Ministério da Saúde às Regiões de Saúde. [2015]. Disponível em: <<http://www.redehumanizausus.net/91684-politica-nacional-de-humanizacao-compoe-novo-arranjo-de-apoio-do-ministerio-da-saude-as-regioes-de-saude>>. Acesso em: 25 dez. 2015.

PORTER, S.; O'HALLORAN, P.; MORROW, E. Bringing values back into Evidence-Based Nursing: the role of patients in resisting Empiricism. **ANS Adv Nurs Sci.**, v. 34, n. 2, p. 106-18, 2011.

REINERT, M. **ALCESTE®**. Version 4.0 – Windows (Manual). Toulouse: Societé IMAGE, 1998.

RODRIGUES, P. H. A. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 37-59, 2014.

SANTOS, C. C. S.; BASTOS, R. L. Participação Social: a construção da democracia na saúde brasileira. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 24, n. 3, p. 266-73, jul.-set., 2011.

SCHIEFFER, M.; BAHIA, L. O financiamento de campanhas pelos planos e seguros de saúde nas eleições de 2010. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 96-103, 2013.

SCHIMITH, M. D. *et al.* Colonialismo nas relações entre trabalhadores e usuários durante as práticas de cuidado: implicações para a integralidade da atenção. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, Dez. 2013.

SCOBBI, L.; DIXON, D.; WYKE, S. Goal setting and action planning in the rehabilitation setting: development of a theoretically informed practice framework. **Clin Rehabil**, v. 25, n. 5, p. 468-82, 2011.

SCOBBI, L.; McLEAN, D.; DIXON, D.; DUNCAN, E.; WYKE, S. Implementing a framework for goal setting in community based stroke rehabilitation: a process evaluation. **BMC Health Services Research**, v. 13, Article no.190, 13 p., 2013.

SILVA, I. J.; OLIVEIRA, M. F. V.; SILVA, S. E. D.; POLARO, S. H. I.; RADÚNZ, V.; SANTOS, E. K. A.; SANTANA, M. E. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, Set. 2009.

SILVA, L. M. S.; OLIVEIRA, N. R. N.; FROTA, M. A.; FIALHO, A. V. M. Pesquisa internacional em enfermagem: tendências temáticas e metodológicas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 5, out. 2008.

SILVA JUNIOR, F. J. G. *et al.* Processo de morte e morrer: evidências da literatura científica de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 6, Dez. 2011.

SKINNER, Quentin; STRÁTH, Bo. (Ed.). **States and Citizens: History, Theory, Prospects**. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.

SOLEIMANI, M.; RAFII, F.; SEYEDFATEMI, N. Participation of patients with chronic illness in nursing care: An Iranian perspective. **Nurs Health Sci.**, v. 12, p. 345-51, 2010.

SOUZA, E. F.; MARTINO, M. M. F.; LOPES, M. H. B.M. Nursing diagnoses in chronic renal patients using Imogene King's conceptual system as reference. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 41, n. 4, p. 629-35, 2007.

SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. L. F. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 681-8, 2009.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **STF conclui julgamento sobre financiamento de campanhas eleitorais**. [2015]. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=300015>>. Acesso em: 20 Set. 2015.

TEIXEIRA, M. G.; SILVA, G. A. A representação do portador do vírus da imunodeficiência humana sobre o tratamento com os anti-retrovirais. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, Dez. 2008.

TEIXEIRA, M. L. O.; FERREIRA, M. A. Cuidado compartilhado: uma perspectiva de cuidar do idoso fundamentada na educação em saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 750-8, Dez. 2009.

TEIXEIRA, M. L. O.; FERREIRA, M. A. Uma tecnologia de processo aplicada junto ao acompanhante do idoso hospitalizado para sua inclusão participativa nos cuidados diários. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 409-17, Jul.-Set. 2009a.

TINETTI, M. E.; BASCH, E. Patients' Responsibility to Participate in Decision Making and Research. **JAMA**, Chicago, v. 309, n. 22, p. 2331-2, jun. 2013.

TOBIANO, G.; MARSHALL, A.; BUCKNALL, T.; CHABOYER, W. Patient participation in nursing care on medical wards: An integrative review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 52, n. 6, p. 1107-20, 2015.

TURK, M. KALARCHIAN, M. What Makes a Good Qualitative Research Article? **Bariatric Surgical Practice and Patient Care**, v. 9, n. 1, p. 26-28, 2014.

USUÁRIOS de planos de saúde recorrem ao SUS para receber atendimento, diz pesquisa. São Paulo: Folha de São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/10/1358002-usuarios-de-planos-de-saude-recorrem-ao-sus-para-receber-atendimento.shtml>>. Acesso em: 31 out. 2015.

VIANA, A. L. A.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.*(org.) (2008). **Políticas de Saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

VIEIRA, R. P.; GOMES, S. H. P.; MACHADO, M. F. A. S.; BEZERRA, I. M. P.; MACHADO, C. A. Participação de adolescentes na Estratégia de Saúde da Família a partir da Estrutura Teórico-Metodológica de uma Participação Habilitadora. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, p. 309-16, mar.-abr. 2014.

WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategies for Theory Construction in Nursing**. Connecticut: Appleton and Lange, 1988.

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. **Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century**. Copenhagen: World Health Organization, 2013. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf>. Acesso em: 20 Fev. 2015.

WOMEN, Law & Development International. **Direitos Humanos das Mulheres Passo a Passo: Guia prático para o uso do Direito Internacional dos Direitos Humanos e dos mecanismos para defender os Direitos Humanos das Mulheres**. Rio de Janeiro: Cepia - Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação, 1997.

YIN, R. K. **Qualitative Research from Start to Finish**. New York: The Guilford Press, 2011. 348 p.

APÊNDICE A– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEAN/HESFA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **intitulada**: Humanização e participação do usuário no cuidado de enfermagem, que tem como **objetivo**: avaliar os limites e as possibilidades de os usuários hospitalizados exercerem sua participação no cuidado de enfermagem. Este é um estudo baseado em uma pesquisa que utiliza métodos mistos, envolvendo entrevistas e observações.

A pesquisa terá duração de até 2 anos, com o término previsto para dezembro de 2015. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você poderá **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a presente instituição que lhe presta os cuidados em saúde.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista com duração média de uma hora e, além disso, será feita uma observação durante o seu processo de internação neste setor. A entrevista será gravada em um gravador digital para posterior transcrição – que será guardada por **cinco (05) anos** e incinerada após esse período. Sr(a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**.

Esclareço que a realização desta pesquisa pode oferecer **risco de constrangimento** durante uma entrevista ou uma observação. Caso esta situação ocorra, o pesquisador se compromete a descartar o material coletado que gerou o constrangimento. Os **benefícios** serão subsidiar a ampliação do conhecimento científico na área de Enfermagem Fundamental e a transformação de práticas e conceitos nos âmbitos da assistência direta aos usuários, da gestão dos serviços de saúde e da construção de políticas públicas de saúde.

Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradeço.

Rodrigo Nogueira da Silva
Pesquisador Principal (EEAN/UFRJ)
Telefone: (21) 9-8232-1236
e-mail: rodrigonogueira.eean@gmail.com

Márcia de Assunção Ferreira
Orientadora (EEAN/UFRJ)
Telefone: (21) 9-9712-7698
e-mail: marcia.eean@gmail.com

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY – UFRJ
Comitê de Ética e Pesquisa – Rua Afonso Cavalcanti – Praça Onze
Tel: (21) 2293 8148 – Ramal: 228 - www.eean.ufrj.br

“O Comitê de Ética é o setor responsável pela permissão da pesquisa e avaliação dos seus aspectos éticos. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique-se com o Comitê de Ética da Escola pelo telefone supracitado.”

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2015.

Participante da Pesquisa: _____

(Assinatura)

APÊNDICE B – Formulário Estruturado de Entrevista aos Usuários

FORMULÁRIO ESTRUTURADO DE ENTREVISTA AOS USUÁRIOS		
IDENTIFICAÇÃO		
Código de identificação:	Idade: _____ anos	Sexo: () F () M
Raça/Cor/Etnia: () Amarela () Branca () Indígena () Parda () Preta		
DADOS SOCIO-ECONÔMICOS		
Cidade Atual/UF:	Bairro Atual:	
País de Origem:	Estado de Origem:	
Cidade de Origem/UF:	Bairro de Origem:	
Habitação com a família: () própria () alugada () favor () posse () outra : _____		
Renda Familiar (SM = R\$ 788,00): () 1 a 3 SM () 3 a 5 SM () 5 a 7 SM () 7 ou mais SM		
Possui animais em casa? () Sim () Não	Se positivo, qual(ais)? () Cão () Gato Outros: _____	
Religião:		
Saneamento Básico: () Coleta de lixo regular () Esgotamento sanitário () Abastecimento por água tratada () Limpeza urbana () Nenhum	Quantos cômodos há na casa:	
Construção de: () Alvenaria () Madeira () Pau-a-pique	Luz elétrica: () Sim () Não	
Situação Conjugal: () Casado(a) ou vive maritalmente () Solteiro(a) () Separado(a)/ divorciado (a) () Viúvo(a)		
N.º de Filhos:	Acesso à internet: () Sim () Não	- Se sim, onde:
Situação Ocupacional: () Apenas trabalha () Estuda e trabalha () Apenas estuda () Não trabalha e não estuda		
DADOS DA INTERNAÇÃO		
Motivo da internação: _____	Tempo de internação: _____	
Mobilidade: _____		
Hospitalização anterior: () Sim () Não	- Se sim, onde? _____	
- Se sim, qual o motivo? _____		
Como foi a experiência anterior? () Ótima () Boa () Regular () Ruim () Péssima		
Motivo: _____		
Há acompanhante durante a internação? () Sim () Não	Recebe visitas? () Sim () Não	
- Se não, por quê? _____	- Se não, por quê? _____	
- Se sim, como é a relação da equipe com o(a) acompanhante? () Ótima () Boa () Regular () Ruim () Péssima	- Se sim, como é a relação da equipe com os(as) visitantes? () Ótima () Boa () Regular () Ruim () Péssima	
Como é o acesso aos visitantes aqui?		

APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Em que situações você procura um serviço de saúde? Como procura? Qual unidade você tem como referência de atendimento?
2. Para você, o que é participar de uma atividade? (citar uma atividade do trabalho ou de lazer do participante)
3. Para você, o que é não participar de uma atividade? (citar a mesma atividade, se possível)
4. Como você se sente quando participa dessa atividade? E quando não participa?
5. Você se sente participativo nos cuidados prestados pela equipe de enfermagem no hospital? O que faz você pensar assim?
6. O que você acha que é necessário o paciente saber e/ou fazer para participar ativamente dos cuidados prestados pela equipe de enfermagem em um hospital?
7. Como você acredita que o profissional de enfermagem deve agir para estimular a participação ativa dos pacientes internados?
8. Como você se sente quando participa dos cuidados prestados pela equipe de enfermagem? E quando não participa?
9. Como você acredita que a sua participação pode influenciar positivamente e/ou negativamente nos cuidados que a equipe de enfermagem prestam a você?

Explorar nas perguntas e respostas:

Como está sendo atendido pela equipe (especialmente pela de enfermagem) segundo os seus direitos e participação durante o cuidado;

A forma como os profissionais falam com eles, se os(as) cumprimentam, se os profissionais se apresentam, se os chamam pelo nome, se sorriem;

Se solicitam que participem no cuidado e em que situação (se é só para ajudá-las(os) ou se é para que eles(as) sintam-se autônomos, respeitados, entre outros aspectos).

APÊNDICE D – Roteiro de Observação Sistemática

Roteiro de observação sistemática

Data:/..../....

Hora de Início:

Hora de término:

O que será observado:

- a) O ambiente geral da enfermaria: localização, arquitetura, mobiliário, equipamentos, acessibilidade dos usuários e outros;
- b) A perspectiva crítica dos usuários sobre o ambiente de internação hospitalar; e como se comportam e que atitudes assumem frente a este ambiente;
- c) As cenas de cuidado ao usuário: atendimento com presteza, as tecnologias implicadas no atendimento, especialmente no cuidado de enfermagem, as informações sobre todas as questões referentes à saúde (e sua extensão aos familiares e acompanhantes), principalmente pela equipe de enfermagem, cuidados que aliviem a dor e sofrimento, estímulo a autonomia do usuário nos cuidados a serem realizados;
- d) Relação de respeito e confiança entre profissional e usuário, principalmente equipe de enfermagem e usuário, manutenção da privacidade, conforto e individualidade do usuário pela equipe de saúde e de enfermagem, respeito aos valores e bem-estar psicoemocional dos usuários;
- e) Como ocorre a relação entre enfermeiras e sua equipe com os usuários. Os usuários participam com opiniões, reclamações e sugestões diante do planejamento, implementação e avaliação dos cuidados de enfermagem. E ainda se esta participação é aceita ou não pelos profissionais de saúde, principalmente pela equipe de enfermagem;
- f) E como os usuários se comportam/posicionam-se frente o aceite ou não pelos profissionais, de suas opiniões, reclamações e sugestões;
- g) Como as enfermeiras e os usuários se comportam (agem) durante a realização dos cuidados de enfermagem, em relação ao próprio usuário que está sendo cuidado (no caso da enfermeira), à enfermeira que está cuidando (no caso do usuário) e a outros presentes no ambiente da enfermaria;
- h) As expressões corporais, principalmente faciais, das enfermeiras e usuários antes, durante e depois dos cuidados de enfermagem;
- i) A forma de abordagem ao usuário pela enfermeira e à enfermeira pelo usuário (identificação do usuário pelos profissionais e identificação dos profissionais aos usuários), os assuntos das conversas e diálogo entre todos os presentes durante os cuidados de enfermagem e as abordagens que precedem e finalizam os cuidados realizados;
- j) As formas de tratamento pessoais entre todos os presentes na enfermaria: profissionais de enfermagem, outros usuários e acompanhantes;

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO (Ano 2016)												
Atividade	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Elaboração de manuscritos para publicação												
Redação do Relatório Final												
Defesa da Dissertação												
Preparo da versão final para entrega na secretaria do PPG												
Encaminhamento de artigos para publicação												

Prazo máximo regulamentar da Capes: 24 meses

Prazo regulamentar do PPGEnf da EEAN: quatro períodos letivos

APÊNDICE F – Orçamento da Pesquisa

Orçamento da pesquisa					
Item	Material	Descrição	Quant.	Valor Unit. (R\$)	Valor Total (R\$)
1	66º Congresso Brasileiro de Enfermagem	Inscrição em evento científico	1	110	110
2	67º Congresso Brasileiro de Enfermagem	Inscrição em evento científico	1	110	110
3	18º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem	Inscrição em evento científico	1	137	137
4	XIII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería	Inscrição em evento científico	1	450	450
5	22º Pesquisando em Enfermagem / 18ª Jornada Nacional de História da Enfermagem / 15º Encontro Nacional de Fundamentos do Cuidado em Enfermagem	Inscrição em evento científico	1	100	100
6	Curso: Síntese da evidência científica: dos níveis de evidência aos graus de recomendação para a prática clínica	Inscrição em evento científico	1	53	53
7	Livro: A Era dos Direitos, Ed. Campus, 13ª tiragem	Item de consumo	1	78,2	78,2
8	Livro: A Ideologia Alemã: Teses sobre Feuerbach, Ed. Centauro, 9ª ed., 1ª reimp.	Item de consumo	1	20	20
9	Livro: A Theory for Nursing: Systems, Concepts, Process, Ed. John Wiley & Sons, 1ª ed.	Item de consumo	1	74,72	74,72
10	Livro: Compreender Kant, Ed. Vozes, 7ª ed.	Item de consumo	1	38,3	38,3

11	Livro: Crítica da Razão Pura, Ed. Vozes, 3ª ed	Item de consumo	1	83,92	83,92
12	Livro: História do Brasil, Ed. USP, 14ª ed, 1ª reimp.	Item de consumo	1	84	84
13	Livro: O Capital: Crítica da Economia Política - Livro I: O Processo de Produção do Capital, Ed. Boitempo, 1ª ed., 1ª reimp.	Item de consumo	1	78,4	78,4
14	Livro: O Capital: Crítica da Economia Política - Livro II: O Processo de Circulação do Capital, Ed. Boitempo, 1ª ed.	Item de consumo	1	80	80
15	Livro: Cidadania no Brasil: o longo caminho, Ed. Civilização Brasileira, 18ª ed.	Item de consumo	1	26,6	26,6
16	Livro: Violência: seis reflexões laterais, Ed. Boitempo, 1ª ed.	Item de consumo	1	36	36
17	Livro: A Ideologia Alemã: crítica da mais recente filosofia alemã em seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner, e do socialismo alemão em seus diferentes profetas, Ed. Boitempo, 1ª ed., 2ª reimp.	Item de consumo	1	56	56
18	Livro: Political Theory and The Modern State, Ed. Stanford University Press, 1ª ed.	Item de consumo	1	145,55	145,55
19	Livro: Teoria do Agir Comunicativo, Ed. WMF Martins Fontes, 1ª ed.	Item de consumo	1	128,79	128,79
20	Livro: Para uma epistemologia da Enfermagem, Editora EEAN/UFRJ.	Item de consumo	1	70	70
21	Livro: Marxismo e o direito: um estudo sobre Pachikanis, Boitempo Editorial, 1ª ed. 1ª reimp.	Item de consumo	1	45,16	45,16

22	Livro: Políticas e sistema de saúde no Brasil, Editora FIOCRUZ, 2ª ed.	Item de consumo	1	69,19	69,19
23	Livro: Nursing Knowledge: Science, practice, and philosophy, Editora Wiley-Blackwell.	Item de consumo	1	87	87
24	Livro: A ética protestante e o espírito do capitalismo, Editora Martin Claret.	Item de consumo	1	12,9	12,9
25	Livro: Metafísica dos Costumes, Editora Vozes.	Item de consumo	1	46,9	46,9
26	Livro: Para uma ontologia do ser social – Volume 1, Boitempo Editorial.	Item de consumo	1	40	40
27	Livro: Para uma ontologia do ser social – Volume 2, Boitempo Editorial.	Item de consumo	1	72,5	72,5
28	Gravador de áudio Panasonic RR-XS410	Item de consumo	1	288,43	288,43
29	Memória DDR3 4Gb PC3L 12800S 11 11 F3 Smart OEM	Item de consumo	1	150	150
30	Pen Drive 16gb preto	Item de consumo	1	39	39
31	Refil p/ tanque de tintas amarelo T664420AL Epson	Item de consumo	1	39,99	39,99
32	Refil p/ tanque de tintas ciano T664220AL Epson	Item de consumo	1	39,99	39,99
33	Refil p/ tanque de tintas magenta T664320AL Epson	Item de consumo	1	39,99	39,99

34	Refil p/ tanque de tintas preto T664120AL Epson PT 1 UN	Item de consumo	1	36	36
35	Refil p/ tanque de tintas preto T664120AL Epson PT 1 UN	Item de Consumo	1	40	40
36	Resma de papel sulfite 75g alcalino 210x297 A4 (500 folhas)	Item de consumo	3	13,7	41,1
37	Resma de papel sulfite 75g alcalino 210x297 A4 (500 folhas)	Item de consumo	2	11,9	23,8
38	Resma de papel sulfite 75g alcalino 210x297 A4 (500 folhas)	Item de consumo	1	14,42	14,42
39	Grampo com mola 41mm preto – caixa com 12 unidades	Item de consumo	1	10,66	10,66
40	Grampo com mola 32mm preto – caixa com 12 unidades	Item de consumo	1	6,50	6,50
41	Marca texto gel amarelo Faber Castell – caixa com 6 unidades	Item de consumo	2	22,47	44,94
42	Capa Dura	Serviço	4	80	320
43	Correção Gramatical	Serviço	100	12	1200
44	Edição de artigos aceitos	Serviço	6	900	5400
45	Encadernação	Serviço	15	5	75

46	Hospedagem: Hangar Hotel, Apartamento Solteiro	Serviço	4	139	556
47	Passagem Aérea: Belém x Galeão, 31/10/2014, Gol Linhas Aéreas	Serviço	1	429,00	429,00
48	Passagem Aérea: Galeão x Belém, 26/10/2014, Gol Linhas Aéreas	Serviço	1	236,47	236,47
49	Hospedagem: Hangar Hotel, Quarto Duplo	Serviço	5	135	675
50	Passagem Aérea: Galeão x Fortaleza 30/05/2014, TAM Linhas Aéreas	Serviço	1	339,01	339,01
51	Passagem Aérea: Fortaleza x Galeão 04/06/2014, TAM Linhas Aéreas	Serviço	1	339,00	339
52	Passagem de ônibus	Serviço	334	3	1.002
53	Submissão de manuscritos	Serviço	6	200	1200
54	Tradução do resumo para o espanhol	Serviço	1	70	70
55	Tradução do resumo para o inglês	Serviço	1	70	70
56	Fotocópias	Serviço	1000	0,1	100
57	Aluguel de apartamento	Serviço	14 (meses)	650	9100

58	Energia elétrica	Serviço	14 (meses)	100/mês	1400
TOTAL:					25.660,43

O pesquisador foi financiado pelo Programa de Demanda Social da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) no período de março de 2014 a fevereiro de 2015 e pelo Programa Bolsa Nota 10 (MSC-10) – FAPERJ desde março de 2015, sob o processo E-26/200.437/2015.