



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Luzia da Conceição de Araujo Marques

**Percepções e Experiências da Equipe de Enfermagem de
um Hospital Universitário Acerca do Uso de Equipamento de
Proteção Respiratória no Cuidado ao Paciente Portador de
Tuberculose Pulmonar**

RIO DE JANEIRO

2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Luzia da Conceição de Araujo Marques

**Percepções e Experiências da Equipe de Enfermagem de
um Hospital Universitário Acerca do Uso de Equipamento de
Proteção Respiratória no Cuidado ao Paciente Portador de
Tuberculose Pulmonar**

Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica, Setor de Pneumologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientadores:

Prof. Dr. Afrânio Lineu Kritski
Prof^a. Dr^a. Maria Lucia Magalhães Bosi

Rio de Janeiro

Agosto, 2008

Marques, Luzia da Conceição de Araujo

Percepções e Experiências da Equipe de Enfermagem de um Hospital Universitário Acerca do Uso de Equipamento de Proteção Respiratória no Cuidado ao Paciente Portador de Tuberculose Pulmonar./ Luzia da Conceição de Araujo Marques. – Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, 2008.

xiv, 278 f. : il. ; 31 cm.

Orientadores: Afrânio Lineu Kritski e Maria Lucia Magalhães Bosi

Tese (Doutorado) – UFRJ / Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Medicina, Clínica Médica, 2008.

Referências: f. 246-273

1. Tuberculose pulmonar – prevenção e controle. 2. Exposição ocupacional – ética. 3. Dispositivos de proteção respiratória. 4. Equipe de enfermagem - normas. 5. Pesquisa qualitativa. 6. Pneumologia – Tese. I. Kritski, Afrânio Lineu. II. Bosi, Maria Lucia Magalhães. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação, Pneumologia. IV. Título.

CDD 610.73

**Percepções e Experiências da Equipe de Enfermagem de
um Hospital Universitário Acerca do Uso de Equipamento de
Proteção Respiratória no Cuidado ao Paciente Portador de
Tuberculose Pulmonar**

Luzia da Conceição de Araujo Marques

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica,
Setor de Ciências Pneumológicas, da Faculdade de Medicina da Universidade
Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor
em Ciências.

Aprovada em 29 de Agosto de 2008.

.....
Presidente - Afrânio Lineu Kritski
Professor Adjunto - FM – UFRJ

.....
1º Examinador - Anete Trajman
PhD- Universidade Gama Filho / RJ

.....
2º Examinador - Cristina Maria Loyola de Miranda
Professora Titular - EEAN / UFRJ

.....
3º Examinador - Antonio Ruffino Netto
Professor Titular – FM / USP

.....
4º Examinador - Antonio José Ledo Alves da Cunha
Professor Titular – FM / UFRJ

.....
1º Suplente - José Roberto Lapa e Silva
Professor Titular – FM / UFRJ

.....
2º Suplente - Maria Lucia Magalhães Bosi
Professora Associada - UFCE

Rio de Janeiro
Agosto, 2008

DEDICATÓRIA

A *Deus*, que está em todas as coisas. Glorificarei o Teu nome, porque Te fizeste o meu auxílio e protetor.

À minha mãe *Rozinete* e pai *Paulo*, que investiram em minha formação e ainda hoje acompanham cada etapa percorrida. Tesouros que Deus me emprestou, os quais estarão sempre em meu coração.

À minha filha *Laila*, “filhinha”, amiga e companheira de salas de aula e quarto de estudos. Pessoa especial que veio para me fazer entender que o amor é o que faz a diferença na vida.

Aos *familiares* que acompanharam o desenvolvimento deste estudo.

À *queles* que, mesmo sem expressar, acreditaram e ‘torceram’ para o meu sucesso nesta caminhada.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Orientador, Prof. Dr. Afrânio Lineu Kritski, por ter acreditado ser possível e necessária a interligação de saberes que permitissem o desvelamento de situações que angustiam a prática da equipe de enfermagem.

À minha Orientadora, Prof^a Dr^a Maria Lucia Magalhães Bosi, por me acolher desde o início desta caminhada, ajudando-me a aprofundar meus conhecimentos acerca da abordagem qualitativa, e também apontando sempre o caminho da compreensão como proposta metodológica.

Ao “Innovative Approaches for Tuberculosis Control in Brazil”, número 1 U2R TW006883-01, do Programa ICOHRTA AIDS/TB (International Clinical, Operational and Health Services Research Training in AIDS/TB), patrocinado pelo Fogarty International Center/National Institute of Health dos Estados Unidos, pelo suporte financeiro que nos foi concedido para a realização deste estudo.

À Prof^a Dr^a *Nébia Maria Almeida de Figueiredo*, Enfermeira, que me acompanha desde o Mestrado, e mais uma vez presente nesta fase de estudos, com seus apontamentos sempre enriquecedores.

À Prof^a Dr^a *Creuza Capalbo*, Filósofa, cujo discurso facilitou o meu acesso ao pensamento de Maurice Merleau-Ponty.

Ao Prof. Dr. *Antonio Augusto Madureira de Pinho*, Filósofo, pelo auxílio na aproximação da análise hermenêutica.

À Prof^a Dr^a *Ivis Emília de Oliveira Souza*, Enfermeira, por tornar mais acessível a apreensão da Fenomenologia.

À *Ângela Maria Bittencourt Fernandes da Silva*, pelo apoio e leituras incansáveis ao longo da construção final do texto, proporcionando-me coragem e alento nos momentos em que mais precisava. Suas palavras de ânimo e incentivo motivaram-me a persistir no caminho traçado.

Às alunas da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Enfermeiras que compartilharam deste sonho como alunas pesquisadoras voluntárias, desde o início do projeto: *Ana Cláudia Garcia Cerqueira, Fernanda de Assis, Gisele Ferreira do Nascimento, Mariana Ferreira Caldas, Mariana Freire Craveiro e Patrícia Rodrigues da Rocha*, assim como àquelas que se inseriram no momento da pesquisa de campo: *Aline dos Santos, Ana Beatriz C. B. Santos, Luciana R. Assumpção e Rachel G. D. Cesso*.

Aos Professores Doutores *Antonio José Costa Leal, Roberto Medronho e Nébia Maria Almeida de Figueiredo*, pelas valiosas contribuições na defesa do projeto.

Às Professoras Doutoradas *Maria Lucia Magalhães Bosi, Anete Trajman e Cristina Maria Loyola de Miranda*, pelas valiosas contribuições oferecidas na pré-defesa desta Tese.

À Divisão de Enfermagem do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, representada pelos diretores *Jorge Sérgio Olimpio Ferreira e Álvaro Roberto Dias da Costa*, pelo apoio incondicional que tornou possível, em todos os momentos, a busca pela capacitação profissional.

Um agradecimento especial a *cada profissional de enfermagem* que, gentilmente, se deslocou de seu setor a fim de participar dos grupos focais. Os relatos que nos foram confiados viabilizaram o desenvolvimento desta pesquisa.

*Não há palavra que explique,
É só dizer: viver valeu! (...)*

*(...) Ah, Eu me ofereço a este momento
que não tem paga e não tem preço
essa magia eu reconheço
aqui está a minha sorte,
me descobrir tão fraco e forte,
me descobrir tão sal e doce
e o que era amargo acabou-se,
é bom dizer viver valeu.
É bem dizer: amar valeu! Amar valeu!*

*Gonzaguinha
(Trecho da música "Viver, Amar, Valeu")*

MARQUES, Luzia da Conceição de Araujo. Percepções e Experiências da Equipe de Enfermagem de um Hospital Universitário Acerca do Uso de Equipamento de Proteção Respiratória no Cuidado ao Paciente Portador de Tuberculose Pulmonar. Rio de Janeiro. 2008. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. 278 f.: il.

RESUMO

Objetivamos compreender percepções e experiências dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem acerca do uso de equipamento de proteção respiratória no cuidado ao paciente portador de tuberculose pulmonar (TBP); descrever as experiências relacionadas ao respirador por eles vivenciadas; identificar aspectos relacionados ao uso (ou não) do respirador; e analisar implicações destas experiências no cuidado a este paciente. Pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, tendo como referencial fenomenológico o pensamento de Maurice Merleau-Ponty. O cenário foi o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Brasil). A busca por informações ocorreu em 2005. Participaram 19 profissionais em quatro grupos focais. A análise abrangeu descrição, redução fenomenológica e compreensão reflexiva. A rede compreensiva contemplou 23 significados em três dimensões e subdimensões. *O respirador e o significado da TB para o profissional*: portador de TBP, preconceito, discriminação, medo e risco de adoecimento, desconhecimento do diagnóstico, interação entre profissional e familiares e situações de emergência relacionadas ao cuidado. *Experiências na interface corpo e respirador*: proteção, insegurança, desconforto, estética e auto-estima, obstáculo e/ou barreira que distancia e isola profissional e paciente, humanização, dificuldade de identificação do profissional e comunicação. *O respirador e o espaço institucional no cuidado ao paciente portador de TBP*: enfermarias e quartos de precaução aérea, organização do trabalho de enfermagem, dúvidas em relação ao uso, conservação, armazenamento, falta do equipamento, responsabilidade institucional e profissional ante estas situações. O respirador conflita nos planos objetivo e subjetivo do cuidar, constituindo-se em achado importante no âmbito de um estudo voltado para a prevenção da TB.

Palavras-chave: Tuberculose pulmonar. Exposição ocupacional. Dispositivos de Proteção Respiratória. Equipe de Enfermagem. Pesquisa qualitativa.

MARQUES, Luzia da Conceição de Araujo. Perceptions and Experiences of the Nursing Team of an University Hospital about using Equipment of Respiratory Protection on the care of the patient suffering Lung Tuberculosis. Rio de Janeiro.. Rio de Janeiro. 2008. Thesis (Sc Doctorate) – Medicine College, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. 278 f.: il.

ABSTRACT

We aimed at the understanding of the perceptions and experiences of nurses' assistants and technicians about using of equipment of respiratory protection during the care procedure of a lung tuberculosis patient (LTB); describing the experiences they have passed by related to the respirator; identifying aspects related to the use (or not) of the respirator ; and analyzing the implications of these experiences on the patient care; exploratory research, having qualitative approach and as phenomenological referential the thought of Maurice Merleau-Ponty. The scenario was the University Hospital Clementino Fraga Filho of the Federal University of Rio de Janeiro (Brazil). The search for information happened on 2005. 19 professionals participated on four focal groups. The analysis included the description, phenomenological reduction and reflexive understanding. The understanding net contemplated 23 meanings on three dimensions and sub-dimensions. *The respirator and the meaning of TB for the professional*: LTB carrier, prejudice, discrimination, fear and risk of sickening, unknown diagnosis, interaction between professional and families and emergency situations related to the care. *Experiences on the interface body and respirator*: protection, insecurity, discomfort, esthetics and self-esteem, obstacle and/or blocking that takes apart and isolates professional and patient, humanization, difficulty for the identification of the professional and for communication. *The respirator and the institutional space on the care of the LTB patient*: nursing and air precaution rooms, nursing work organization, doubts related to the use, conservation, storing, lack of equipment, institutional and professional responsibility facing these situations. The respirator differs on the objective and subjective plans of the care, it constitutes an important find on the domain of the study directed to the TB prevention.

Key words: Lung Tuberculosis. Occupational Exposal. Devices for Respiratory Protection. Nursing Team. Qualitative Research

MARQUES, Luzia da Conceição de Araujo. Perceptions et Expériences de l'Équipe d'Infirmier d'un Hôpital Universitaire quant à l'utilisation d'Équipement de Protection respiratoire pendant le soin au Patient Porteur de Tuberculose Pulmonaire. Rio de Janeiro. 2008. Thèse (Doctorat en Sciences) – Faculté de Médecine, Université Fédérale de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. 278 f.: il.

RÉSUMÉ

Notre objectif a été de comprendre les perceptions et les expériences des auxiliaires et techniciens infirmiers sur l'utilisation d'équipement de protection respiratoire pendant le soin au patient porteur de tuberculose pulmonaire (TBP); décrire les expériences qu'ils ont eues concernant le respirateur; identifier les aspects concernant l'utilisation (ou pas) du respirateur et analyser les implications de ces expériences sur le soin de ce patient. Recherche exploratoire, ayant un abordage qualitatif et comme référentiel phénoménologique la pensée de Maurice Merleau-Ponty. Le local d'études est l'Hôpital Universitaire Clementino Fraga Filho de l'Université Fédérale de Rio de Janeiro (Brésil). La recherche d'informations a eu lieu en 2005. 19 professionnels ont participé en quatre groupes focaux. *L'analyse* a compris la description, la réduction phénoménologique et la compréhension réflexive. Le réseau compréhensif a contemplé 23 significations en trois dimensions et sous-dimensions. *Le respirateur et la signification de la TB pour le professionnel*: porteur de TBP, préjudice, discrimination, peur et risque de se rendre malade, méconnaissance du diagnostique, interaction entre professionnel et familiaux et situations d'urgence concernant le soin. *Expériences à l'interface corps et respirateur*: protection, insécurité, gêne, esthétique et autoestime, obstacle et/ou barrière qui éloigne et isole le professionnel et le patient, humanisation, difficulté d'identification du professionnel et communication. *Le respirateur et l'espace institutionnel au soin du patient porteur de TBP*: infirmeries et chambres de précaution aérienne, organisation du travail d'infirmier, doutes par rapport à l'utilisation, conservation, stockage, manque d'équipements, responsabilité institutionnelle et professionnelle devant ces situations. Le respirateur entre en conflit dans les plans objectif et subjectif du soin, et il constitue une importante trouvaille dans le domaine d'une étude vers la prévention de la TB.

Mots clé: Tuberculose Pulmonaire. Exposition Occupationale. Dispositifs de Protection Respiratoire. Équipe d'Infirmier. Recherche qualitative

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1 Contextualizando a Situação em Estudo	24
1.2 Justificativa e Contribuições do Estudo	36
1.3 Objetivos	39
2. ALICERCE TEÓRICO	40
2.1 A Tuberculose no Hospital	43
2.1.1. A Tuberculose no Decorrer do Tempo	43
2.1.2. A Prevenção da Tuberculose no Hospital	52
2.1.2.1. Medidas de Controle Administrativo	58
2.1.2.2. Medidas de Controle Ambiental	60
2.1.2.3. Medidas de Proteção Respiratória: o Respirador como Equipamento de Proteção	61
2.2 O Cuidado de Enfermagem e a Tuberculose no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho	68
3. ALICERCE METODOLÓGICO	85
3.1 O Método em Merleau-Ponty	88
3.2 Corpo, Percepção e Experiência no Cuidado ao Paciente Portador de TBP	92
3.3 As Estratégias para o Trabalho de Campo	98
3.3.1 Questões Éticas do Estudo	101
3.3.2 Campo de Estudo	102
3.3.3 Participantes do Estudo	105
3.3.4 A Construção das Informações	107
3.3.4.1 Os Grupos Focais	108
3.3.5 As Especificidades dos Grupos	114
3.3.5.1 Grupo Focal I	114
3.3.5.2 Grupo Focal II	115
3.3.5.3 Grupo Focal III	116
3.3.5.4 Grupo Focal IV	117
3.4 A Construção dos Procedimentos de Análise em Merleau-Ponty	117

(continua)

(continuação)

4. RESULTADOS E ANÁLISE: CAMINHANDO PARA O SIGNIFICADO DA EXPERIÊNCIA VIVIDA	124
4.1 Descrição das Informações	125
4.2 Reflexão Sistemática	128
4.3 Compreensão Reflexiva da Experiência Vivida	133
4.3.1 O Respirador e o Significado da TB para o Profissional	134
➤ O Paciente Portador de TB	134
➤ Preconceito e Discriminação	138
➤ Medo de Adoecer	144
➤ Risco de Adoecer	148
➤ O Desconhecimento do Diagnóstico	157
➤ Interação Profissional-Família	164
➤ Deus como Proteção	167
4.3.2 Experiência na Interface Corpo e Respirador	170
➤ Proteção	171
➤ Insegurança	173
➤ Desconforto	176
✓ Falta de ar	177
✓ Visão e olfato	179
➤ Estética e Auto-estima	181
➤ Humanização	182
✓ Identificação do Profissional	182
✓ Comunicação	183
✓ Obstáculo, Barreira, Distância e Isolamento	187
✓ Sentido da Humanização	188
➤ Situações de Emergência	194
4.3.3 O Respirador e o Espaço Institucional no Cuidado ao Paciente Portador da TBP	199
➤ O Cuidar no Isolamento ou na Enfermaria	199
➤ Escala de Trabalho	207
➤ Tempo para o Cuidado	214
➤ Dúvidas do Profissional	217
➤ Conservação e Armazenamento	222
➤ Falta do Respirador	226
➤ Responsabilidade Profissional e Institucional	229
5. CONCLUSÕES	236
5.1 Conclusões	237
5.2 Recomendações	244
REFERÊNCIAS	246
APÊNDICE	274
A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	275
ANEXOS	276
A – Parecer 114/04-CEP	277
B – Planta Física do HUCFF	278

LISTA DE FIGURAS

1	Primeira representação visual das informações obtidas com os grupos focais acerca do uso do respirador	126
2	Representação gráfica do mundo-horizonte de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem	129
3	Representação gráfica resultante das falas dos grupos, em relação ao respirador	131

LISTA DE QUADROS

1	Os significados do respirador para o profissional	128
2	O respirador e a experiência da enfermagem no cuidado ao paciente portador de TBP	132

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
BAAR	Bacilos Álcool-Ácido Resistentes
BCG	Bacilo de Calmette-Guérin
BDENF	Banco de Dados de Enfermagem
BK	Bacilo de Koch
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior
CCE	<i>Commission of the European Communities</i>
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DEN	Divisão de Enfermagem
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FENF	Faculdade de Enfermagem
HEPA	<i>High Efficiency Particulate Air Filter</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Vírus</i> (Vírus da Imunodeficiência Humana)
HUCFF	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IDT	Instituto de Doenças do Tórax
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
LEP	Lei do Exercício Profissional
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde

(continua)

(continuação)

MS	Ministério da Saúde
MTB	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>
NIOSH	<i>National Institute of Occupational Safety and Health</i>
NR	Norma Regulamentadora
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCT	Programa de Controle de Tuberculose
PCTH	Programa de Controle de Tuberculose Hospitalar
PFF	Peça Semifacial Filtrante
PFR	<i>Particulate Filter Respirators</i>
PNCT	Programa Nacional de Controle de Tuberculose
PPD	<i>Protein Purified Derivated</i>
PT	Prova Tuberculínica
SciELO	<i>Scientific Electronic Library On-Line</i>
SES	Secretária de Estado de Saúde
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SINAN	Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TB-MDR ou TMR	Tuberculose Multidroga Resistente
TBP	Tuberculose Pulmonar
TB-XDR	<i>Extensively Drug-Resistant Tuberculosis</i> Tuberculose extensivamente resistente
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UPT	Unidade de Pesquisa em Tuberculose
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHOLIS	Sistema de Informação da Biblioteca da OMS

O A C U D O R N I



1. INTRODUÇÃO

De modo geral, toda intenção de compreensão é como um olhar dirigido a uma estrela: buscamos por ela, orientamo-nos por ela, mas não podemos efetivamente tocá-la, alcançá-la com as mãos.

(BICUDO, 2000, p. 35)

Estudar as percepções e experiências de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem acerca do uso de equipamento de proteção respiratória (respirador), tecnologia de uso indispensável no cuidado ao paciente portador de tuberculose pulmonar (TBP), discutida adiante, é relembrar a experiência vivida como Enfermeira e Docente que cuida deste paciente e, por isso, deve utilizar este equipamento. É retomar a experiência resultante do exercício contínuo da profissão como fonte do conhecimento e explorar o mundo percebido, buscando a interseção entre o corpo humano e a TBP, especificamente no ambiente hospitalar.

O respirador PFR95 (Particulate Filter Respirators) ou PFF2 (Peça Semifacial Filtrante) é recomendado como rotina para a proteção do profissional de saúde aos aerossóis com *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) expelidos para o ar. É um equipamento descartável de proteção individual, cujo formato em forma de máscara foi concebido para dar resposta às necessidades específicas das pessoas, sendo a própria máscara o filtro. Sua estrutura plana, flexível e porosa deve permanecer aderida à face do profissional ou dos visitantes (familiares ou não) de pacientes com TBP confirmada ou suspeita, cobrindo-lhe a boca e o nariz para evitar a entrada de ar pelas bordas (FENNELLY, 1997;

SIMÕES, 2002). Esta é a última linha de defesa para o profissional de saúde contra a TB (BRITO *et al.*, 2003; KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005).

No período em estudo (2003-2007), o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) utilizava dois tipos de respirador: o PFF2 8801-3M, de formato dobrável ou não, e em alguns setores, o PFR95. Por entender que o uso do vocábulo *máscara* e da expressão *máscara cirúrgica* poderiam confundir o leitor, optou-se pela utilização do termo **respirador**, ao longo do texto.

A incursão na área de doenças transmissíveis só foi possível após longo amadurecimento profissional, obtido com o decorrer do tempo aqui percebido numa perspectiva não linear, onde passado e futuro muitas vezes se encontram. Embora esse tempo não seja originário da formação profissional, é a partir dela que se inicia essa experiência.

Em 1990, demos início ao Curso de Residência em Enfermagem, na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica em um hospital universitário no Município do Rio de Janeiro, quando mantivemos contato com pacientes portadores de doenças transmissíveis, entre as quais a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA).

O cuidado de enfermagem proporcionado a estes pacientes era marcado, por vezes, pela dificuldade do profissional em lidar com as próprias limitações nem sempre relacionadas com o desenvolvimento técnico da atividade, e sim com o medo da contaminação. Este medo, em algumas situações, pertencia ao contexto real; em outras, era representado pelo simbolismo oriundo das vivências individuais ou da sensação de insegurança pela falta ou inadequação dos recursos utilizados para sua proteção.

Nesta época, a rigor, não se observava o uso, pelo profissional, do respirador como equipamento de proteção aérea, tanto assim que ao cuidar do paciente portador de TBP, ele utilizava a máscara cirúrgica, que não possui filtro de proteção específico para esta doença.

Como residente e profissional em formação, continuamos a caminhada sem pensar muito no assunto, acreditando que, embora presente no corpo humano pudesse deixar ausente do pensamento e da consciência, aquilo que nos incomodava. A inquietação resultante do uso do respirador como equipamento de proteção, ficou adormecida e, temporariamente, ele deixou de ser contemplado pela consciência.

De acordo com Merleau-Ponty, embora a consciência seja concebida como estrutura em que a *intencionalidade*¹ é a noção fundamental, ela visa às coisas e para cada tipo de *visada*², aparece um tipo de objeto correspondente (CAPALBO, 2004).

Em 1994, como enfermeira no HUCFF, por designação exercemos atividades como Enfermeira Líder e Chefe de Setor na Unidade de Clínica Cirúrgica. Com o aumento da incidência da SIDA, seus portadores foram sendo internados pelos demais setores da Instituição. Em nosso meio, em decorrência da elevada prevalência da co-infecção TB e HIV, a TBP tornou-se mais presente nas unidades de internação.

Na Unidade Clínica, uma das maiores dificuldades era a elaboração da escala diária de cuidados, diante da questão: decidir quem cuidaria do Sr. X,

¹Intencionalidade, em Fenomenologia, significa a relação de consciência que temos com um objeto (SOKOLOWSKI, 2004, p. 18).

²Visada: do Latim *visare*. Termo freqüentemente utilizado pela Fenomenologia para designar a operação pela qual a consciência, dotada de intencionalidade, volta sua atenção para este ou aquele objeto singular (JAPIASSU e MARCONDES, 1996).

portador de doença transmissível, porque nos discursos dos integrantes da equipe de enfermagem, percebíamos o medo constante frente à possibilidade de contaminação.

Em 1997, exercemos concomitantemente atividades como enfermeira no Programa de Hanseníase em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Município do Rio de Janeiro. Neste cenário, a TBP tornou-se presença constante, devido à sua proximidade com a Hanseníase nas questões epidemiológicas e no espaço físico destinado aos pacientes portadores destas doenças.

Nossas observações em relação ao atendimento do portador de TBP nos angustiavam porque, apesar das informações já veiculadas em nível internacional e nacional acerca da importância do respirador para a proteção dos profissionais, este equipamento continuava não sendo utilizado e nem disponibilizado nas Unidades de Saúde. Não havia qualquer iniciativa que os orientasse quanto à importância do uso do respirador, ou que privilegiasse melhorias nas condições ambientais a fim de protegê-los, e também os usuários dos Serviços de Saúde.

Ademais, a sala (consultório) onde o paciente era atendido, permanecia com as portas fechadas para que seu corpo não ficasse exposto. Nela não existiam janelas para ventilação; havia apenas uma porta que se comunicava com a sala (também sem janelas) de atendimento da enfermagem. Quanto à troca de ar no ambiente, resultava do funcionamento de ventiladores antigos.

Na UBS, tivemos a oportunidade de presenciar o adoecimento, por TB, de duas Auxiliares de Enfermagem, ambas do Programa de Controle de TB, afastadas do serviço e, posteriormente, transferidas para outros setores (sala

de vacinação e ginecologia). Quando mencionavam o assunto, demonstravam tristeza, mágoa, medo e, sobretudo, dúvida em relação às suas famílias, questionando: *e se eles foram contaminados?* Ao visitarmos uma destas pessoas, em sua residência, durante o seu afastamento, foi possível perceber que estes mesmos sentimentos eram compartilhados por seu marido e filhas.

Em 1999, começamos a desempenhar atividades docentes no Departamento de Fundamentos de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem (FENF) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), atuando na Área Assistencial - Sub-Área I - Saúde, Trabalho e Meio Ambiente, cujo macro-objetivo é compreender o processo gerador de saúde e doença, à luz do paradigma: trabalho - renda - consumo, considerando saúde como direito de cidadania, historicamente determinado³, assim facilitando o entendimento clínico e epidemiológico dos problemas do usuário dos serviços de saúde, na perspectiva de romper a cadeia de transmissão de doenças. As unidades de prática desta área assistencial eram hospitais de doenças transmissíveis e hospitais gerais e/ou universitários, localizados no Estado do Rio de Janeiro.

Mais uma vez, a TB tornou-se parte do nosso cotidiano, visto que a SIDA era a doença transmissível predominante nos Hospitais e, por vezes, os pacientes acometidos pela Síndrome eram também portadores de TBP. Considerando as experiências anteriores, passamos a ter um olhar mais atento para o problema, movido pela intencionalidade, até porque a nossa permanência em unidades de prática da FENF / UERJ, como docente, estava associada à compreensão do processo gerador de saúde e doença em

³Documento escrito, intitulado "Planejamento de Ensino Integrado da FENF/UERJ, 2007". Consultado nos Arquivos da Coordenação de Graduação (Av. 28 de Setembro nº. 157, sala 703, Vila Isabel, Rio de Janeiro).

trabalhadores, Além disso, já havíamos observado o adoecimento de profissionais da enfermagem por TB. Assim sendo, em cada visita ao Hospital, os Auxiliares e Técnicos de Enfermagem que atuavam no local, faziam parte do nosso campo perceptual.

Pensar que o trabalho destes profissionais havia influenciado em seu adoecimento, levou-nos a novas reflexões e, mais uma vez, voltamos a atenção para o uso do respirador. Percebíamos o paradoxo associado àquele fenômeno marcado pelo descaso com as normas existentes visando a proteção do profissional durante as suas atividades, e a observação de que o campo estava repleto de trabalhadores que ainda mantinham restrições em relação ao referido equipamento.

A imagem que guardamos dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem que ofereciam cuidados aos portadores de TBP, é a de corpos cansados, mas não prostrados, tanto que no ato de cuidar apresentavam-se ativos, embora demonstrando medo e angústia frente à possibilidade de adoecer em decorrência da atividade exercida.

Cabe aqui uma explicação: quando o cuidado é oferecido na enfermaria ou no quarto de isolamento (precaução aérea), onde a ventilação é precária, o corpo transpira. O respirador esconde o rosto do profissional e dificulta encontrar o seu olhar. As mãos enluvadas e contaminadas não permitem que ele manipule o respirador para posicioná-lo corretamente sobre a face. O corpo do doente pede cuidados, e o do profissional, silenciosamente, grita por socorro sem ser atendido, porque ele está sozinho.

Refletindo sobre estas situações, constantes no hospital em estudo – o HUCFF – pode-se perceber a relação das dificuldades da elaboração das

escalas diárias de cuidado com este fenômeno. Nesta Instituição, as escalas prevêm atenção integral ao paciente; com isso, cada profissional responde por todos os procedimentos necessários àqueles sob sua responsabilidade. No decorrer do cuidado, profissional e paciente permanecem isolados no quarto privativo para precaução aérea, sendo praticamente impossível prever quando e se este profissional necessitará do auxílio de outro membro da equipe.

Diante destas situações, de 1997 a 2002, passamos a realizar a observação sistemática desta experiência inquietante, tendo como cenário uma UBS, dois hospitais universitários e um hospital estadual de referência para doença transmissível (MARQUES, KRITSKI e BOSI, 2003). As observações tinham como alvo as peculiaridades do cuidado ao paciente portador de TBP, especificamente nas situações em que Auxiliares e Técnicos de Enfermagem necessitavam utilizar o respirador. Vejamos o relato das observações realizadas:

Em algumas destas unidades, observamos que as normas preconizadas para a proteção dos profissionais, de outros pacientes e do meio ambiente, não eram cumpridas. Na unidade básica de saúde não existia fluxo determinado para o trânsito do paciente portador de TBP. A sala de espera para consulta era comum a outras especialidades. No consultório, somente havia a ventilação natural caracterizada pela entrada de ar originária de duas portas, uma das quais se comunicava com a sala de atendimento de enfermagem. A outra era a porta de comunicação externa, para a entrada do paciente. Não havia janelas nestas salas. Durante a consulta, esta porta era fechada em respeito à privacidade do paciente. A única saída de ar ocorria, então, pela sala de atendimento de enfermagem. Os profissionais do setor não utilizavam o respirador para se protegerem.

Nos hospitais, nas áreas para internação, embora houvesse alguns quartos (precaução respiratória) para hospitalização dos pacientes com TBP ativa, estes eram insuficientes. Estes pacientes dividiam seu espaço com outros doentes, portadores de diversas patologias, em enfermarias de dois a dez leitos. Em geral, as enfermarias eram pouco ventiladas.

Neste cenário, não havia prioridade para realização de exames que contribuíssem para a elucidação diagnóstica. O fluxo de pacientes portadores de TBP em portarias, corredores, elevadores e escadas internas, era comum aos outros pacientes

e à equipe. Este paciente era caracterizado como complexo, para os cuidados de enfermagem, e o tempo necessário ao cuidado era de pelo menos duas horas. O paciente portador de TBP (suspeita ou confirmada) geralmente não utilizava a máscara cirúrgica, durante a permanência em enfermarias; no quarto, durante a realização de cuidados ou para transitar na instituição. Em várias visitas às unidades hospitalares, assim como na UBS, observamos que as equipes, ou não utilizavam o respirador para sua proteção, ou utilizavam a máscara cirúrgica.

Em discussões informais realizadas com os grupos de profissionais de Enfermagem (enfermeiros, técnicos ou auxiliares) presentes nestes cenários, em relação ao respirador foi relatado como justificativa para o não uso do equipamento: a falta do material, a dificuldade para respirar ou ambos. Assim, definimos dois grupos distintos de profissionais. No primeiro, o profissional não utilizava porque prevalecia a falta do material para proteção; no segundo grupo, o profissional dispunha do material no setor e não o utilizava alegando dificuldade para respirar. Durante as falas de alguns profissionais, foi relatado o conhecimento acerca da transmissão da doença e dos mecanismos disponíveis para sua proteção. Alguns não desconsideravam o risco ao qual estavam submetidos e, por não haver o material no setor, optavam pelo uso de duas máscaras cirúrgicas para a sua proteção.

O respirador deveria ser percebido como um equipamento de proteção para aqueles que cuidam do portador de TBP, como referem Barroso (2001), Simões (2002) e Coffey *et al.* (2004). Contudo, observamos que o profissional, embora conhecedor da cadeia epidemiológica da TB e dos materiais para sua proteção, em várias ocasiões não utilizavam o equipamento recomendado, mesmo quando disponível. Isto nos levou a priorizar a compreensão acerca da percepção que têm Auxiliares e Técnicos de Enfermagem acerca da proteção respiratória, e apreender o seu sentido no decorrer do cuidado ao paciente portador de TBP, considerando como dimensões o corpo e as suas experiências.

1.1. Contextualizando a Situação em Estudo

A TB é uma doença infecciosa bacteriana crônica, cujo agente etiológico é a *MTB*. Sua transmissão ocorre com a liberação de aerossóis oriundos da tosse, do espirro, do canto, da respiração ou da fala do homem portador da doença ativa (KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005). É um agente de risco, por ser este um componente de natureza biológica que compromete a saúde do homem, do meio-ambiente e da qualidade de vida dos trabalhadores envolvidos (ODA e ÁVILA, 1998).

Constituíram fontes de interesse para este estudo: a pessoa hospitalizada no HUCFF, portadora de TBP com baciloscopia positiva, e o profissional de enfermagem (Auxiliar ou Técnico de Enfermagem) que mantém contato com ela no ambiente hospitalar.

Aproximadamente um terço da população do mundo está infectada ou em risco de se infectar por *MTB*. Uma vez infectada recentemente, a pessoa tem um risco de 5% de adoecer por TB nos dois anos subseqüentes e, no decorrer da vida, outros 5% dos infectados podem evoluir para TB ativa (HOPEWELL, MIGLIORI e RAVIGLIONE, 2006).

Ainda que a patogenicidade deste agente seja relativamente baixa (apenas 10% dos infectados não imunodeprimidos adoecem durante a vida), é elevado o grau de infecção e a capacidade de o bacilo alojar-se nos pulmões do ser humano. Na maioria das vezes, o contágio não vai além de um estágio primário e da aquisição de proteção natural do homem contra a TB (KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005). O risco de adoecimento é maior entre os indivíduos imunodeprimidos: infectados por HIV ou portadores de outras

condições imunossupressoras como neoplasias malignas, diabete melito, insuficiência renal crônica, doenças autoimunes etc (HOPEWELL, MIGLIORI e RAVIGLIONE, 2006; SOUZA e BERTOLOZZI, 2007).

A cada ano, 8,7 milhões de pessoas são acometidas pela TB, das quais cerca de 1,9 milhões perecem. Dentre esses casos, 75% encontram-se no grupo etário economicamente produtivo (15-54 anos), inclusive os Auxiliares e Técnicos de Enfermagem. Caracterizamos o impacto da TB no HUCFF como prioritário, devido à elevada taxa de incidência da doença no mundo (WHO, 2008) e no Brasil como um todo, especialmente na região Sudeste e em suas unidades hospitalares.

Na qualidade de instituição universitária, o HUCFF tem como missão ser um centro de excelência em ensino, pesquisa e assistência à saúde de alta complexidade, em consonância com a função social da Universidade. Encontra-se integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) para promover atendimento de qualidade, de acordo com princípios éticos e humanísticos (UFRJ, REGIMENTO, 1978). Destacam-se, principalmente, as ações destinadas ao atendimento dos portadores de TBP. Incluímos, entre estes, os casos de portadores de TB e outras co-morbidades como infecção por HIV, que dificulta o diagnóstico e o tratamento anti-TB, e aqueles portadores da *MTB* resistentes à Rifampicina e à Isoniazida (TB-MDR), o que torna difícil a cura do doente.

O recrudescimento e a transmissão intra-hospitalar da TB, com subsequente infecção e adoecimento dos profissionais, têm sido documentados há alguns anos em países industrializados e naqueles em desenvolvimento (ALMEIDA, 1994; FRANCO, 2003; KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005; JOSHI *et al.*, 2006). A necessidade de hospitalização do doente está

diretamente relacionada com a mudança da epidemiologia da doença ocorrida nas últimas duas décadas, nos grandes centros urbanos. Para alguns autores (PESSANHA, 2002; GALESSI, 2004; GONÇALVES, 2007), existe forte relação da TB com o aumento da incidência da SIDA. Este advento aponta para a discussão desta enfermidade como novo e como velho problema (DALCOMO, 2000; GIL, 2004).

A gravidade dos casos de TB está associada à SIDA, aos idosos, aos portadores de diabetes melito (CASTRO, 1998; VENDRAMINI *et al.*, 2003), de câncer e de insuficiência renal crônica (OSHIRO, 1999), o que justifica a retomada da discussão sobre o atendimento do portador de TBP em nível hospitalar (KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005).

Em geral, o paciente portador de TBP associada às situações acima, apresenta maior risco de ter seu estado clínico agravado e adquirir uma infecção hospitalar. Por estar debilitado, torna-se mais dependente dos cuidados de enfermagem (RUFFINO-NETTO, 2002; SIMÕES, 2002), o que contribui para aumentar a vulnerabilidade do profissional, até porque a organização atual dos hospitais não favorece o monitoramento de doentes crônicos mais complexos, contribuindo para a elevação deste risco (GALESSI, 2004).

A ocorrência das co-morbidades suscita, em geral, apresentações clínicas atípicas da TB. Em consonância, além de dificultar o estabelecimento do diagnóstico precoce e o início do tratamento, favorece o aumento do tempo de permanência do paciente no hospital. De acordo com Carvalho (2001), observa-se maior incidência de efeitos adversos nestes pacientes, relacionados aos antimicrobianos, o que contribui para o uso irregular dos medicamentos e,

possivelmente, o desenvolvimento de TB-MDR.

No hospital, após a década de 60, as medidas de prevenção da TB foram praticamente ignoradas como resultado da redução no número de hospitalizações decorrente da eficácia dos fármacos e do fechamento dos sanatórios. Ao final da década de 80, com o aumento na internação de pacientes com TB e co-morbidades, a assistência ao portador de TBP passou a envolver um grande número de profissionais e pessoas (visitantes e outros pacientes), sujeitos à contaminação por esta enfermidade (RUFFINO-NETTO, 2002).

Neste contexto, nossa preocupação volta-se para os estudos nacionais e internacionais que têm demonstrado o aumento dos casos de infecção por *MTB*, e a tendência crescente da prevalência da prova tuberculínica (PT) positiva entre estudantes e profissionais de saúde que desempenham atividades em hospitais gerais ou universitários (SILVA, 1998; MACIEL, 1999; SOUZA, 1999; ANDRADE, 2001; SILVA *et al.*, 2001; SILVA, ALVES e KRITSKI, 2004; SOARES, 2002; SOARES, MELO e KRITSKI, 2004; TEIXEIRA, 2004; CARBONNE *et al.*, 2005; COSTA, 2005; KAYANJA *et al.*, 2005; TEIXEIRA *et al.*, 2005; JOSHI *et al.*, 2006; MENZIES, JOSHI e PAI, 2007).

No HUCFF, Muzy de Souza (2000) reafirmou as estatísticas crescentes da TB – infecção e da TB – doença entre profissionais de saúde que trabalham em hospitais universitários. O citado autor, embora não tivesse a pretensão de criar um alarme exagerado com relação ao risco de infecção, enfatizou

a alta prevalência de infecção tuberculosa entre os profissionais que trabalham em áreas expostas a contato com tuberculosos, principalmente na equipe de enfermagem, quando comparamos com profissionais em áreas não expostas. (p. 96)

Muzy de Souza *et al.* (2002) realizaram um estudo transversal, seguido de outro longitudinal, para avaliar o risco ocupacional de infecção por TB no HUCFF. Entre 1.250 profissionais de saúde que participaram da primeira fase do estudo, 649 (52%) apresentaram PT positiva (isto é, ≥ 10 mm). Em busca de resultados falso negativos, os profissionais foram submetidos a nova testagem com o objetivo de detectar a conversão deste teste (efeito *booster*)⁴, o que ocorreu em 7,8% (35/449).

No estudo longitudinal, os profissionais de saúde com idade superior a 30 anos apresentaram risco de conversão à PT (RR: 0,37). Para os médicos e os integrantes da equipe de enfermagem, este risco foi significativamente maior: RR: 4,21. Deve-se ressaltar, ainda, que em estudo realizado por Salles *et al.* (2007), entre os contatos do paciente portador de TBP, nesta Instituição, o efeito *booster* ocorreu em número menor que o apresentado nos profissionais (6%).

Destaca-se o estudo prospectivo de Roth *et al.* (2005) realizado em quatro hospitais gerais no Brasil, com o objetivo de avaliar o risco ocupacional de contágio por *MTB*. O estudo confirmou a elevada taxa (63,1%) de PT positiva entre os profissionais de saúde. As taxas de conversão do teste foram avaliadas nos participantes com um teste *two-step*⁵ negativo inicial, usando-se como critério o aumento de ≥ 10 milímetros comparado ao teste da linha de base. Em geral, a exposição à TBP no ambiente hospitalar e a atuação como enfermeira, foram os fatores de risco independentes para a conversão da PT.

⁴Efeito *booster*: é o falso resultado negativo em indivíduos submetidos à nova prova tuberculínica (PT).

⁵Teste *two-steps*: objetiva detectar os resultados falso-negativos. Realiza-se nova prova tuberculínica (PT) num prazo máximo de três semanas para evidenciar a infecção por *MTB*, em pessoas que apresentarem o resultado negativo (<10 mm de indução).

O estudo apontou, ainda, que os hospitais sem medidas de controle da infecção de TB, tiveram taxas de conversão mais elevadas do que aqueles com medidas de controle.

Em pesquisa realizada por Souza e Bertolozzi (2007), os dados evidenciaram que na equipe de enfermagem, os Auxiliares apresentam maior número de indicadores de vulnerabilidade para TB. As autoras não descartaram a possibilidade de que questões relacionadas ao processo de trabalho, entre elas a forma como ocorrem as relações técnicas e sociais com o paciente portador de TBP, interfiram no processo de adoecimento destes profissionais, além das condições peculiares de vida e de trabalho advindas da própria inserção dos mesmos em seu grupo social.

O estudo realizado por Costa *et al.* (2006) corroborou o fato de que a profissão de enfermeiro (com positividade para PT de 55,5%) apresentava-se como a variável de maior risco para o desenvolvimento de TB infecção. Os autores ressaltaram que devido ao pequeno número da casuística, esses resultados foram apresentados apenas como dados detectados, e não como uma tendência possível.

O controle da propagação institucional de TB, assim como a necessidade de melhorar a detecção de casos entre trabalhadores da saúde, requerem atenção urgente de autoridades governamentais e gerentes de unidades de saúde (DIMITROVA *et al.*, 2005; CARBONNE *et al.*, 2005). Em estudo retrospectivo, realizado em um Hospital-Escola de Ribeirão Preto – São Paulo, foram relacionados quatro casos de adoecimento por TB em membros da equipe de enfermagem, após contato com pacientes internados, portadores de TBP. Estes casos foram associados ao contato com os pacientes mantidos em

enfermarias, no decorrer da hospitalização (TAKEDA, 1996).

Posteriormente, para reafirmar o risco a que os trabalhadores de enfermagem estão sujeitos, Takeda, Robazzi e Lavrador (2001) propuseram-se a identificar quantos adquiriram TB. Os resultados mostraram que no período de um ano, os trabalhadores apresentaram risco 3,86 vezes maior, e em outro 1.47 vezes maior de adquirir a doença.

Com o objetivo de avaliar o risco de infecção entre o pessoal da enfermagem, exposto ou não ao paciente portador de TBP, e para avaliar os aspectos relacionados a este risco tendo como alvo a implantação do programa de controle de TB, Franco e Zanetta (2006) realizaram uma investigação acerca da reação à PT. Entre as variáveis relacionadas aos resultados positivos à PT, os autores apontaram o trabalho realizado por profissionais de enfermagem com pacientes portadores e suspeitos de TBP, a história recente de vacinação com BCG e o não uso de equipamentos de proteção respiratória. Embora não haja registros que descrevam a adesão ao uso dos referidos equipamentos na Instituição, os autores concluíram que esse possa ter interferido com os elevados resultados de PT positiva.

Bertazone, Elucir e Miyeko (2005) identificaram os aspectos positivos e negativos que envolvem o profissional de enfermagem (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares) no cuidado ao paciente portador de TBP em quarto para precaução aérea, segundo a visão dos trabalhadores. Após a seleção dos relatos, 40,5% considerados positivos e 59,5% negativos, os autores observaram que as situações com maior frequência relacionavam-se com as orientações sobre tratamento e sentimentos vivenciados pelo paciente em relação à sua doença. Na categoria 'orientações quanto às precauções', houve relatos de não uso do

respirador. Para os autores, tendo ou não conhecimento, as pessoas colocam a própria saúde em risco ao não usar o equipamento. Algumas consideraram-nas positivas, pois, somente ao se sentirem ameaçadas, pensavam melhor em suas vidas e começavam a tomar atitudes ou decisões em relação às situações já vivenciadas. Quando estimuladas a relatar tais situações, passavam a refletir sobre o assunto com consciência mais crítica do que geralmente o fariam.

Com o objetivo de discutir conhecimentos, práticas e atitudes em relação à prevenção da transmissão da TB entre alunos de enfermagem do último período de graduação, Malveira, Griep e Cardoso (2002) identificaram que 43,1% dos estudantes não utilizavam o respirador durante a realização dos cuidados aos pacientes com suspeita ou diagnóstico de TB, devido à quantidade insuficiente daquele equipamento no setor onde atuavam.

Autores como Penteado (1999), Bertazone (2003) e Bertazone, Elucir e Miyeko (2005) têm observado situações que confirmam a falta de proteção do trabalhador de saúde, associadas ao contato direto com doentes cujos exames bacteriológicos eram positivos (BEJGEL e BARROSO, 2001) e ao tempo de exposição à *MTB*, como citado por Simões (2002), Dimitrova *et al.* (2005), Teixeira *et al.* (2005), entre outros autores.

Penteado (1999) investigou o processo, a organização e a estrutura do trabalho em hospitais, identificando que os principais condicionantes das situações de exposição ocupacional à *MTB* estavam relacionados às condições do ambiente e à forma pela qual o serviço estava organizado. Para o autor, é urgente a reestruturação das instalações físicas, com a ampliação do número de áreas destinadas aos quartos de precaução aérea. Em relação aos aspectos assistenciais, aponta para a necessidade de os profissionais tornarem-se mais

sensíveis em relação à TB hospitalar, no sentido de agilizar a identificação de pacientes com baciloscopia positiva e instituir medidas de proteção nos casos suspeitos, até a confirmação laboratorial.

Os estudos destacados caracterizam o envolvimento do profissional de enfermagem com este contexto. Há muito a ser feito para promover a saúde e reduzir os riscos de transmissão da TB para estas pessoas que, em decorrência das condições do ambiente e dos processos de trabalho, atuam como contato intra-hospitalar, perfeito hospedeiro para abrigar o bacilo e perpetuá-lo na natureza (MARQUES, BOSI e KRITSKI, 2006).

O exposto retrata ser preciso um novo olhar para esta temática. Vale lembrar que a preocupação da Organização Mundial da Saúde (OMS) iniciou-se em 1985, com a regulamentação do Manual de Controle de Infecção Hospitalar, no qual a questão da TB intra-hospitalar era mencionada sem ênfase. Apenas em 1999, a OMS passa a discutir o risco ocupacional de infecção tuberculosa no ambiente de trabalho, nos países em desenvolvimento (GRANICH *et al.*, 1999).

No Brasil, em 2000, a partir de uma lista elaborada pela Coordenação de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde (MS), o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) incluiu a TB entre as doenças relacionadas com o trabalho (BARROSO, 2001).

Desde 1998, o HUCFF dispõe do Programa de Controle de Tuberculose Hospitalar (PCTH). Para organizar o cuidado ao paciente acometido por esta doença, elaborou um Manual de Normas e Condutas, destinou áreas específicas para a internação do paciente em quartos privativos com filtros HEPA (*High Efficiency Particulate Air Filter*), além de promover o treinamento

das equipes de enfermagem acerca desta temática.

Embora várias ações de controle da TB tenham sido implementadas na Instituição, não foram suficientes para erradicar questões vivenciadas no dia-a-dia, como constatado no estudo de Costa (2005) realizado sete anos após a implantação do PCTH, que enfatizou a manutenção da elevada incidência de infecção latente, principalmente entre os membros da equipe de enfermagem.

Nestas duas últimas décadas, tornou-se consenso que a TBP permanece como uma ameaça para os trabalhadores de instituições hospitalares que lidam com esta enfermidade. É preocupante quando, no local de trabalho, as medidas preventivas básicas para o controle da infecção são negligenciadas, daí porque o olhar deste estudo volta-se para uma delas: a proteção respiratória individual.

Esta proteção é uma das medidas universais de segurança, e visa formar uma barreira de proteção ao trabalhador a fim de reduzir a sua exposição ao *MTB*. Os respiradores PFR95 e PFF2, já mencionados, são purificadores que filtram o ar do ambiente com a ajuda de filtros mecânicos para partículas com diâmetro superior a 3μ e eficácia de 95%, removendo gases, vapores, aerossóis ou a combinação destes. Estes equipamentos, norte-americanos ou brasileiros, apresentam classificações variadas (FENNELY, 1997; BERTAZONE, ELUCIR e MIYEKO, 2005; KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005).

O uso do respirador é obrigatório em áreas de alto risco de transmissão hospitalar de TB, dentre as quais as enfermarias com doentes portadores ou suspeitos de TBP; os quartos destinados à precaução aérea; as áreas destinadas à indução ou à coleta de escarro; as salas de broncoscopia, além das Unidades de Emergência, Terapia Intensiva, Radiologia e de Autópsias (FENNELY, 1997; MENZIES, JOSHI e PAI, 2007).

Este equipamento apresenta algumas limitações para o uso. De acordo com Fennely (1997), junto à face, o respirador causa desconforto, aumento da resistência respiratória do profissional durante a inspiração e a expiração e sensação de claustrofobia. Nos casos em que o profissional é usuário de óculos, o equipamento altera o ponto focal das lentes, havendo também relatos de óculos embaçados e diminuição da visão. A localização do equipamento sobre a boca contribui para o tamponamento da voz, dificultando a comunicação entre profissionais e pacientes, além de promover o isolamento e o medo dos doentes, que já se sentem estigmatizados pela própria doença.

Os *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) e o *National Institute of Occupational Safety and Health* (NIOSH), nos Estados Unidos da América do Norte, determinam que, antes de cada utilização do equipamento, seja realizado um teste de adaptação a fim de verificar eventuais existências de áreas de entrada e saída de ar junto à face, procedimento este que implica em tempo e disponibilidade do profissional. Em nosso meio, em situações de emergência, ou quando há necessidade de entrar e sair várias vezes em área de risco, o que se observa é a falta de tempo alegada por ele.

A transmissão da TB no hospital tem sido estudada por vários pesquisadores que relacionaram diversas medidas de proteção contra a doença (FARIAS, 1999; OSHIRO, 1999; GOUVEIA, 2000; CARVALHO, 2001; RABAHI, 2001; RUFFINO-NETTO, 2002; FRANCO e ZANETTA, 2006). Com a característica ascendente da TB-MDR no mundo, e mais recentemente a emergência de TB extensivamente resistente (TB-XDR), é imprescindível que haja união de esforços para combater estas situações. Nesse sentido, o ponto de partida deverá ser o reconhecimento desta enfermidade como um problema

de saúde pública, seguido da utilização de medidas preventivas e de controle da TB fundamentadas em bases científicas, em todas as unidades de saúde, preferencialmente naquelas de maior risco de transmissão do bacilo da TB, como no caso dos hospitais gerais, universitários ou especializados.

No intuito de promover o controle da TB, Bertazone (2003) entende que é preciso melhorar o conhecimento dos profissionais de saúde acerca desta doença, no que se refere ao tratamento e à adoção das medidas de controle, para que o trabalhador de enfermagem tenha mais segurança no desempenho de suas funções e realize uma assistência de melhor qualidade.

Neste contexto, durante a reflexão acerca do respirador no cuidado ao paciente portador de TBP, consideramos que a responsabilidade governamental deve ser direcionada à formulação de políticas e leis destinadas ao atendimento deste paciente, em Unidades Hospitalares; a responsabilidade institucional refere-se ao provimento do material e à promoção de treinamento em serviço dos profissionais; a responsabilidade pessoal ante ao uso espontâneo do respirador pelo profissional emerge a partir do momento em que ele esteja devidamente treinado e sabedor da necessidade de utilizar o referido equipamento, e que permanentemente o material esteja disponível e acessível em seu setor de trabalho.

Todavia, entendemos que a proteção destas pessoas em relação à infecção por *MTB* não seja fruto apenas de treinamento ou da oferta de equipamentos. Há algo inerente ao homem e à sua natureza que se revela em seu comportamento, direcionando-o em suas ações. Sendo assim, o profissional tem a responsabilidade de lutar para conseguir o mais elevado padrão de vida no seu ambiente de trabalho, o que implica no desejo de

conhecer os mecanismos de proteção e agir de forma a reduzir os riscos de transmissão da TB, garantindo não só a própria proteção, mas também a da comunidade (MARQUES *et al.*, 2004b).

1.2 Justificativa e Contribuições do Estudo

O nosso interesse, conforme mencionado, voltou-se para a compreensão da percepção de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem acerca do uso de equipamento de proteção respiratória e suas interfaces com o corpo do profissional, aspectos que emergem do mundo vivido como parte da experiência e da existência destas pessoas que cuidam do portador de TBP e precisam fazer uso deste respirador, tendo em vista a sua importância como equipamento de proteção respiratória.

Ao questionar por que pensar no uso do respirador por Auxiliares e Técnicos de Enfermagem como a situação que deva ser percebida, a consciência volta-se intencionalmente para o cuidado ao paciente portador de TBP, a vulnerabilidade destes profissionais à TB, o aumento da prevalência da infecção por *MTB* ou o adoecimento destes profissionais, e também para as medidas destinadas ao controle desta doença no ambiente hospitalar, especificamente as situações em que se observam o uso deste equipamento. A possibilidade de controle da TB entre os profissionais de enfermagem e pacientes pode contribuir para reduzir o sofrimento humano e as conseqüências sociais e econômicas decorrentes desta doença, que atingem o enfermo e sua família, o profissional que dele cuida, os gestores de saúde e a sociedade.

Mencionar a vulnerabilidade destes profissionais à TB remete à

Constituição Federal de 1988, cujo Artigo 6º prevê que a saúde é um direito social (BRASIL, 2000). Sendo assim, cabe ao HUCFF prover condições para que, de acordo com o Artigo 7º, Inciso XXII da Carta Magna, haja “redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança” (BRASIL, 2000).

Concebemos, assim como Santos (2003), que o adoecimento do profissional não pode representar, apenas, mais um caso de TB a constar nos boletins epidemiológicos, pois a doença não se restringe ao domínio do biológico. Sobre ela pesam outros sentidos, já que ela abrange o corpo do doente e alcança as esferas das relações sociais, pessoais e profissionais, transformando o seu cotidiano.

Compreender a percepção dos profissionais acerca da importância do uso deste equipamento é problematizar a ideia de experiência e apreender como estes profissionais têm vivido em seu mundo laboral. Isto significa assumir a maneira como as pessoas compreendem e se engajam nas situações em que se encontram ao longo de suas vidas, que não pode ser deduzida de um sistema coerente e ordenado de ideias (RABELO, 1999; MERLEAU-PONTY, 2006). Este procedimento é fundamentalmente heurístico.

Passamos, então, a considerar o mundo da percepção, onde as coisas não podem ser separadas de sua maneira de aparecer, e propomos a observação da situação em si – o uso do respirador – e também, da maneira singular como o equipamento se mostra para Auxiliares e Técnicos de Enfermagem que necessitam utilizá-lo em seu dia-a-dia.

Percebemos que esta é uma responsabilidade ética a ser observada como cidadã; como enfermeira de uma Unidade, porque as ações cotidianas

nos tornam co-responsáveis pela integridade dos profissionais e daqueles que nela circulam e como docente, por sermos responsáveis pela integridade de alunos que cuidam de portadores de TBP, em seu primeiro contato com o hospital.

Finalmente como pesquisadora, por considerarmos imprescindível a produção de conhecimentos voltados para esta área, assim como a identificação de novas abordagens que sirvam como agentes de mudança no comportamento destes profissionais, pois as situações de trabalho são freqüentemente marcadas por imprevistos e incertezas que engendram um conjunto de medidas e, consecutivamente, suas conseqüências.

Acreditamos na necessidade de identificar e analisar meios para superá-las, já que o profissional pode ser o primeiro a sofrer os danos decorrentes da inobservância em relação à obrigatoriedade do uso do respirador, durante o contato com o portador de TBP. Junto aos gestores, é necessário definir um caminho que tenha como fundamento a assistência integral voltada não só para o paciente, mas também para os profissionais, pessoas com desejos e necessidades que precisam ser compreendidas e atendidas, no âmbito do setor saúde.

Com este intuito, emergiram as seguintes *questões norteadoras*:

- 1) Como os Auxiliares e Técnicos de Enfermagem percebem o respirador?
- 2) Quais as suas experiências com este equipamento, durante o cuidado ao paciente portador TBP?

1.3. Objetivos

Objetivo Geral

- Compreender as percepções e experiências dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem acerca do equipamento de proteção respiratória, no processo do cuidado ao paciente portador de TBP.

Objetivos Específicos

- Descrever as experiências relacionadas ao equipamento de proteção respiratória, vivenciadas pelos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem.
- Identificar os aspectos relacionados ao uso do equipamento de proteção respiratória pelos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem.
- Analisar as implicações destas experiências no cuidado ao paciente portador de TBP, na perspectiva dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem.

2. ALICERCE TEÓRICO

Existe uma atitude natural na visão em que con Spiro com meu olhar e por meio dele me entrego ao espetáculo.

(MERLEAU-PONTY, 2006, p. 305)

Para construir o alicerce teórico, investigamos a TB no hospital e o trabalho da enfermagem no HUCFF da UFRJ, subdividido em dois itens. No primeiro, retornamos aos registros históricos para contextualizar as questões referentes à TB no decorrer do tempo. A prevenção da doença foi abordada a partir do conhecimento veiculado acerca das medidas de controle da infecção por TB no âmbito hospitalar. No segundo, apreendemos algumas especificidades do trabalho de enfermagem no HUCFF da UFRJ, e desvelamos o espaço onde ocorre a experiência de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem com o cuidado ao paciente portador de TBP. Enfocamos a exposição destas pessoas a infecção por *MTB*, a partir de reflexões acerca de risco e vulnerabilidade, assim como das Normas Regulamentadoras (NR) nº 06 e nº 32 que tratam do uso de equipamentos de proteção individual (ROBAZZI e MARZIALLE, 2004).

Em busca da produção de Dissertações e Teses acerca do assunto, investigamos a produção disponível no banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (CAPES) e do MINERVA. Para identificar a produção de outros trabalhos científicos, realizamos levantamento no banco de produções da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Na área das Ciências em Saúde em geral, consultamos as bases bibliográficas da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); da Literatura

Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e do *Scientific Electronic Library On-line* (SciELO).

Exploramos, também, bases bibliográficas especializadas na área de Enfermagem (BDENF), e nos Organismos Internacionais, o Acervo da Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Sistema de Informação da Biblioteca da OMS (WHOLIS).

Para possibilitar e direcionar o levantamento bibliográfico utilizamos como descritor do assunto o termo *tuberculose*, e outros associados à TB: *enfermagem, hospital, prevenção e controle e exposição a agentes biológicos (biossegurança)*. Para facilitar a apreensão do leitor, elaboramos um glossário acerca da temática, a partir deste referencial.

Com a finalidade de identificar a produção qualitativa nesta área, associamos o descritor *tuberculose* a outros, relacionados à área de ciências humanas, dentre eles: *humanização, subjetividade e ética*, mas não localizamos referências. Vale ressaltar, porém, que ao percorrer a produção indexada com o descritor *tuberculose*, constatamos que a produção quanti-qualitativa sobre o tema é quase inexistente, se comparada às pesquisas na área quantitativa. Ainda assim, estes referenciais teóricos nos auxiliaram a desvelar o material observado empiricamente, no espaço do estudo.

Assim como Minayo (2004), entendemos que a pesquisa bibliográfica coloca frente a frente os desejos do pesquisador e dos autores envolvidos em seus horizontes de interesse. Este foi um confronto de natureza teórica entre os conhecimentos relacionados à temática e o nosso.

2.1 A Tuberculose no Hospital

Esta seção foi subdividida em dois itens: o primeiro aborda a Tuberculose no decorrer do tempo; e o segundo apresenta as medidas de controle da Tuberculose no hospital.

2.1.1 A Tuberculose no Decorrer do Tempo

Apresentamos, nesta seção, o conhecimento descrito e divulgado pela ciência atual, junto à sociedade, acerca da TB no ambiente hospitalar, segundo o levantamento realizado.

Apropriando-nos das idéias de Capalbo (2004) e Merleau-Ponty (2006), esta abordagem objetivou resgatar relatos do espaço, do tempo e do mundo vivido por estes profissionais, e a partir deles, re-haver o passado, parte do campo de presença destas pessoas, presas ao mundo que é o solo de todos os horizontes e das experiências de cada um.

Ao chegarem no HUCFF da UFRJ, os profissionais e estudantes (de nível médio ou superior) de Enfermagem trazem consigo alguns conhecimentos pré-adquiridos, oriundos da própria visão de mundo, a partir da experiência obtida em suas escolas de origem e, possivelmente, na convivência familiar ou na sociedade. Como integrante da comunidade técnica e acadêmica, temos observado a experiência destes profissionais acerca do cuidado ao paciente portador de TBP, com o intuito de compreender suas percepções acerca do uso do respirador.

Retomamos o vivido sem desconsiderar o conhecimento científico como elemento pertencente à fenomenologia dialética, binária, de Merleau-Ponty, em

que os elementos são mantidos sob tensão. Entre eles, há um movimento de reversibilidade, de deslocamento circular num sentido ou noutro. Os contrários têm mútua dependência; suas relações se invertem e se cruzam, e apontam para o poder de ultrapassar os momentos percorridos. É esta história que *retomamos* em busca de um sentido (MERLEAU-PONTY, 2004; CAPALBO, 2004).

Para contextualizar as questões referentes à TB no decorrer do tempo, retornamos aos registros históricos que fazem parte da construção do conhecimento e da memória das práticas científicas estabelecidas, assim possibilitando abordar questões ligadas à transmissão e à prevenção desta doença no ambiente hospitalar.

Não existe consenso de como a TB passou a representar doença para o homem, tanto assim que em várias civilizações antigas, era relacionada a castigos divinos. A sua representação como doença natural foi desencadeada por Hipócrates, na Grécia Antiga, ao observar o esgotamento físico do corpo, passando a denominá-la de *tísica* (KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005).

A TBP tem seus primeiros registros realizados no primeiro milênio a.C., descrevendo um quadro de tosse, catarro por vezes sanguinolento, pele quente e sudorese intensa. O reconhecimento da transmissão da doença iniciou-se entre os romanos. Por volta de 200 a.C., Galeno já entendia que a doença pudesse ser transmitida por meio da respiração de um homem doente. Apenas a partir dos séculos XIV e XV esta hipótese foi confirmada, originando esforços para o desenvolvimento de ações profiláticas que evitassem a disseminação da doença, entre elas o isolamento do paciente e de seus pertences (KRITSKI,

CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005).

Entre os séculos XVI e XVII, Fracastorius (1546) e Leeuwenhoek (1676), com a ajuda de um microscópio, associaram as doenças a uma causa viva, justificando os conceitos de transmissão entre seres vivos e a existência de bactérias. O surgimento do estudo da Anatomia e, consecutivamente, a realização de autópsias, a partir do século XVII, foram responsáveis por tornar evidentes os tubérculos da TB e facilitar a compreensão da doença. A aceitação da TB como doença contagiosa só ocorreu após o adoecimento de um médico e pesquisador, contaminado durante a realização de uma autópsia (MUZY DE SOUZA, 2000).

Ressalta-se, em 1656, durante a epidemia de peste na Europa, o uso de equipamentos de proteção individual, consistindo de túnica que cobria a maior parte do corpo, acompanhada de chapéu, luvas e máscara com bico longo e afunilado, onde eram colocados aromatizantes que atenuavam os odores corporais (ODA e ÁVILA, 1998).

O elevado índice de mortalidade por TB conduz o rei de Espanha Fernando VI, em 1751, a assinar uma lei que obrigava os médicos a informar às autoridades de saúde a ocorrência de casos de TB. Os doentes, então, eram afastados da comunidade, e os mortos, incinerados junto com os seus pertences. A morbidade e a mortalidade pela doença apresentaram relevância no século XVIII, período da Revolução Industrial, marcado pela evasão da população da região rural para os grandes centros urbanos, caracterizados pela pobreza e precárias condições de higiene, onde a incidência da TB era crescente (KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005).

Os séculos XIX e XX marcam uma nova fase para a doença. Em 1865,

Villemin estabeleceu a natureza infecciosa e contagiosa da TB ao provocar o adoecimento de animais de laboratório com injeções de material contaminado; e em 1882, Robert Koch identificou o microorganismo causador da TB, conhecido depois como o bacilo de Koch (BK) (KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005).

A construção social da TB, ao longo do tempo, apresentou grande relação com a história dessa doença. O século XVIII e início do século XIX tiveram como marcas o sofrimento, o confinamento e a morte de jovens, principalmente, poetas, músicos e escultores. De acordo com Bertolli Filho (2001), em alguns períodos a tuberculose foi concebida como doença romântica, que aguçava a sensibilidade, o requinte e a delicadeza de personagens figurativos, além de engrandecer a obra artística. Posteriormente, na fase da Revolução Industrial, a TB era percebida como castigo dos deuses pela má conduta na sociedade, pela sua devassidão e maus costumes, usualmente associada ao alcoolismo, desemprego, etc.

No Brasil, o impacto da TB foi intenso no século XIX até a descoberta dos antimicrobianos. A doença representava um problema que se destacava nas estatísticas, superada somente pela varíola em seus episódios epidêmicos. Tinha como características o alto índice de mortalidade, o fato de ser incurável, o seu reconhecimento como contagiosa, bem como a sua manutenção por longos períodos endêmicos (NASCIMENTO, 1999).

Em seu artigo, Antunes, Waldman e Moraes (2000) exploraram a história da TB em busca dos significados atribuídos à doença pelos que foram acometidos por ela. Abordaram o adoecimento, os rigores dos serviços dispensados aos doentes, os esforços que envolveram a assistência e o

controle dirigido à TB.

Em seu livro intitulado *A história social da tuberculose e do tuberculoso 1900-1950*, Bertolli Filho (2001) destacou as mudanças de concepções acerca da TB, ressaltando a explicação da doença como fenômeno biológico e situando a sua causalidade no âmbito social. Apontou as inúmeras propostas de tratamento, as discussões acerca da elaboração de conteúdo educativo e regulador da doença, além da criação de instituições próprias balizadas por estas diferenciadas orientações.

As histórias que marcaram época foram apresentadas por Porto e Nascimento (1995) e Fernandes (2004) em coletâneas de depoimentos orais de portadores desta enfermidade. Destacamos os de Aloysio de Paula (1990), Raphael de Paula Souza (1990), Aldo Villas Boas (1991), José Rosemberg (1991) e Germano Gerhardt (1992). Como portadores da doença, descreveram suas experiências retratando o tratamento, o sanatório, os mitos e como era ser tísico e viver com a TB entre as décadas de 20 e 70. Para eles, *só sabe quem viveu* a experiência acumulada ao longo dos anos como portadores de TB.

No depoimento de Raphael de Paula Souza, percebemos que o medo da TB era constante, o que se justifica por seus efeitos devastadores (ANTUNES, WALDMAN e MORAES, 2000). A doença, em geral, levava ao óbito e despertava pavor naqueles que conheciam o tísico, identificado como tal por se apresentar magro e com tosse intensa (PORTO e NASCIMENTO, 1995).

A partir da década de 40 desvelou-se uma grande alteração na tendência da mortalidade por TB, em decorrência da utilização de novos fármacos: a estreptomicina -1948, o ácido para-amino-salicílico - após 1949 e a hidrazida, já em 1952, caracterizando a década de 50 como o período do tratamento com

antimicrobianos (RUFFINO-NETTO, 2002). Ressalta-se no ano de 1965 a descoberta da Rifampicina, acrescentada ao esquema terapêutico Rifampicina, Isoniazida e Pirazinamida (RIP) a partir do final da década de 70, resultando em cura de 95% dos pacientes (KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005).

Entre as décadas de 50 e 70, o sucesso obtido com os antimicrobianos, além das ações de controle de vigilância epidemiológica, culminaram com a desativação dos sanatórios e com a redução das internações dos portadores de TBP em hospitais. O tratamento do paciente passou a ser primordialmente ambulatorial (RUFFINO-NETTO, 2002).

Com a diminuição do número de doentes, e a informação transmitida nos meios de comunicação nos países desenvolvidos de que a TB estava sob controle, a enfermidade deixou de fazer parte da vida das pessoas, sendo tratada como doença do passado. Nos países em desenvolvimento, houve um período em que a doença apresentou queda da morbidade e da mortalidade; contudo, nunca chegamos a uma redução significativa de sua magnitude, a ponto de não considerá-la um problema de saúde pública (RUFFINO-NETTO e SOUZA, 2001).

Depois de considerada sob controle, a partir dos anos 80 e 90, com a epidemia de HIV/AIDS associada às condições sociais e econômicas da população e às precárias ações para controle, a TB que parecia estar no passado, ressurgiu com força (DALCOMO, 2000).

Destacam-se, ainda neste período, o surgimento de casos de tuberculose multi-resistente à droga-tuberculose de primeira linha (Isoniazida e Rifampicina) (TB-MDR) e os de TB extensivamente resistente (TB-XDR), com resistência às drogas de primeira e segunda linhas, assim como a quinolona ou

qualquer membro da família e, pelo menos, um dos seguintes tratamentos de segunda linha (Canamicina, Capreomycin ou Amicacina) (WHO, 2007). Neste contexto, alteram-se as perspectivas iniciais de tratamento, que permanece seriamente limitado (HOPEWELL, MIGLIORI e RAVIGLIONE, 2006), além do direcionamento do cuidado ao paciente.

O tratamento de pacientes com TB retorna aos hospitais gerais. Para Muzy de Souza (2000), Dalcomo (2000) e Kritski, Conde e Muzy de Souza (2005), o despertar da doença é acompanhado por novas situações que também afetam o corpo do doente, tornando-o complexo para fins de cuidado e tratamento.

No Brasil, estamos longe de pensar que a TB tenha sido erradicada. A estimativa de prevalência da infecção por *MTB*, neste final de século, foi de 50 milhões de infectados passíveis de adoecer por TB (CASTELO FILHO *et al.*, 2004), o que se configura como situação de maior gravidade do que a de outros países latino-americanos, como Argentina, Chile, Colômbia, Venezuela, Cuba e México.

Estas taxas tornam a TB um problema de saúde pública. Em 1999, o Ministério da Saúde definiu sua abordagem como prioritária entre as políticas governamentais de saúde. Trata-se de situação que reflete o estágio de desenvolvimento social do país, em que os determinantes do estado de pobreza, as fraquezas de organização do sistema de saúde e as deficiências de gestão limitam a ação da tecnologia. É um quadro que se agrava quando associado à epidemia de HIV/AIDS, à multi-resistência aos antimicrobianos habituais para o tratamento da TB (SILVA, ALVES e KRITSKI, 2004) e ao seu diagnóstico tardio (GALESSI e ALMEIDA, 2007).

O crescimento do conceito, entre os profissionais de saúde, de que a TB era uma enfermidade do passado, além de rara na população, culminou com a desatenção ao próprio cuidado e a inobservância das normas de controle da doença (MUZY DE SOUZA, 2000). A propósito, Oda e Ávila (1998) afirmam que os riscos impostos aos profissionais são assumidos como peculiaridades naturalizadas de objetos e meios de trabalho, descontextualizados do processo laboral e de sua organização.

Oda e Ávila (1998) citam como exemplo a situação de países da África, ante a cruel realidade sanitária de um continente onde doenças letais, como a meningite bacteriana e a AIDS, são endêmicas; refere, também, a quantidade de profissionais de saúde e de cientistas, considerada insuficiente para garantir a segurança e controlar os riscos à população. A inexistência de recursos para uma atuação eficaz e segura faz com que as atividades desenvolvidas pelo profissional de saúde adquiram uma perspectiva quase heróica.

Preocupados com a incidência e a prevalência da doença na sociedade, em alguns estudos têm-se procurado apreender a influência das representações e das concepções sociais acerca desta enfermidade e de seu tratamento, a exemplo do estudo de Silva (2006), autor que desvelou como os portadores de TB vivenciam a doença.

Para Atre *et al.* (2004), a percepção desta enfermidade e de seu tratamento apresenta relação com o conceito cultural da TB. Carbonne (2000) abordou a experiência da doença e suas conseqüências para o paciente, destacando o significado do risco de transmissão da TB para a sociedade, bem como a preferência do doente pelo tratamento.

Em relação ao diagnóstico e ao tratamento da TB, Ngang *et al.* (2007)

optaram pela abordagem do comportamento, das percepções e das crenças de usuários de serviços de saúde acerca da TB, para identificar as implicações do controle desta doença nas zonas rurais de Ruanda, na África.

No intuito de compreender as questões relacionadas ao abandono do tratamento da TB, Liefoghe *et al.* (1995), Lima *et al.* (2001) e Watkins, Rouse e Plante (2004) abordaram, em seus estudos, a percepção do paciente portador de TB a respeito. Estes autores destacaram a importância da compreensão das situações que conduzem àquele abandono, auxiliando o profissional de saúde a efetivar ações que promovam a adesão do paciente ao tratamento.

Na perspectiva de se trabalhar estas situações, Rodrigues (2003) enfatizou a necessidade de promoção de melhorias na qualidade do cuidado aos pacientes portadores de TB. Nessa linha de raciocínio, Kironde e Klasen (2002) entenderam que as opiniões e experiências dos pacientes e dos membros de comunidade poderiam interferir na adesão ao tratamento.

Assim como Escott e Walley (2005), consideramos que a escuta seja uma importante forma do profissional apreender as necessidades dos portadores de TB. Esta atividade pode influenciar na adesão ao tratamento, contribuindo com medidas de controle da doença que visem aumentar as taxas de cura de pacientes e diminuir a morbi/mortalidade e as internações por TB.

Neste sentido, Baptista, Almeida Filho e Lopes (2006) destacam a relevância da atuação do enfermeiro, como integrante da equipe que permanece por mais tempo junto ao paciente portador de TBP e, por esta razão, encontra-se mais acessível às suas confidências e lamentações. Salientamos, contudo, que o tempo de proximidade entre ambos é uma das situações que podem contribuir para a vulnerabilidade deste profissional à TB

(KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005; SOUZA e BERTOLOZZI, 2007).

A TB é descrita por diferentes autores (GONÇALVES, 2000; ANTUNES, WALDMAN e MORAES, 2000; RUFFINO-NETTO e SOUZA, 2001; FERNANDES, 2004), que abordam a enfermidade, a partir das experiências presentes na realidade e no imaginário popular. Estão envolvidos nesta história os pacientes e suas famílias, a sociedade civil, os profissionais e as instituições de saúde, além das políticas direcionadas a esta questão. Em geral, as representações e concepções apresentam-se como categorias de ordem simbólica, socialmente construídas, constantemente *re-ordenadas* e *re-significadas* na forma em que o homem as apreende, em épocas distintas.

O espaço dos hospitais brasileiros é marcado por sua historicidade, e os profissionais que fazem parte desta história apresentam diferentes experiências e vivências acerca da TB. Este espaço passou a ser uma questão que precisa ser repensada, principalmente em hospital geral e/ou universitário, cujas portas estão abertas para o atendimento destes pacientes, sem minimizar os riscos que comprometem a saúde do profissional e seus estudantes.

2.1.2 A Prevenção da Tuberculose no Hospital

Nesta seção, descrevemos o conhecimento veiculado acerca da prevenção da TB. Percebemos que, embora descrito cientificamente, este conhecimento não tem sido integralmente apreendido pelos profissionais, além de não se encontrar no dia-a-dia destas pessoas, no âmbito hospitalar. O conteúdo abordado é oriundo, dentre outras bibliografias, da edição mais recente do livro intitulado: *Tuberculose - Do Ambulatório à Enfermaria*, resultado do trabalho do Programa Acadêmico de Tuberculose da Universidade Federal

do Rio de Janeiro (KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005).

Historicamente, a epidemiologia da TB vem sendo estudada por diversos pesquisadores, e a prevenção desta doença no ambiente hospitalar está relacionada a estes conhecimentos. Para a compreensão da necessidade de uso do respirador, é importante ressaltar que o bacilo de Koch tem dimensão aproximada de 1 a 4 μm de comprimento por 0,3 a 0,6 μm de largura. A infecção, que é geralmente assintomática, ocorre quando uma pessoa suscetível inala os núcleos de Wells resultantes do ressecamento das gotículas de Pflügger emitidas pelo paciente com TB ao falar, espirrar e tossir, ou provenientes da respiração de pessoas doentes que não utilizam máscaras comuns (KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005).

Acredita-se que somente o núcleo de Wells, com diâmetro menor do que 5 μm contendo, aproximadamente, de 1 a 3 bacilos, alcance os alvéolos e produza a infecção. A enfermidade é geralmente acompanhada por sintomas específicos e gerais, que podem se apresentar pouco depois da infecção. Aproximadamente entre duas e dez semanas após a infecção, em hospedeiro imunocompetente, estabelece-se no organismo a resposta imunitária efetiva que impede a multiplicação e a propagação destes bacilos (KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005).

Entre as pessoas que inalam o núcleo de Wells e tornam-se infectadas pelo bacilo da TB, apenas 5 a 10% não conseguem conter a infecção primária, que evolui para TB doença. Os focos pulmonares resultantes da disseminação, e que permanecem com alguns bacilos sem atividade metabólica, denominam-se infecção latente por *MTB*. Neste caso, a pessoa é assintomática e não transmite a doença. É estimado que uma pessoa com a doença ativa

(bacilífera) infecte de 10 a 15 pessoas não imunodeprimidos, com as quais tiver contato no período de um ano.

É importante ressaltar que é maior a probabilidade de adoecimento nos portadores de infecção por HIV, ou de outra situação de imunossupressão, além dos contatos intra-domiciliares. Os contatos institucionais (estudantes e profissionais de saúde) infectam-se e adoecem mais pela constante exposição aos bacilos, principalmente quando nos ambientes de trabalho ou de ensino não foram adotadas medidas efetivas de biossegurança (KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005).

O controle de saúde dos profissionais com risco de infecção ocupacional por *MTB*, ou a avaliação da transmissão do bacilo de Koch em nível institucional, deve ser realizada por meio do acompanhamento da PT utilizada para evidenciar a infecção, não caracterizando a presença da doença.

A gradação da reação cutânea é utilizada para aumentar a especificidade do resultado, e é avaliada após 72h da aplicação. A medida da reação, representada por uma área de endurecimento palpável, é realizada com régua milimetrada a partir do maior diâmetro transversal desta área. O resultado é registrado em milímetros e expressa três diferentes tipos de classificação e interpretação clínica. As medidas entre 0 e 4mm são classificadas como não-reator, o que é interpretado como pessoa não-infectada por *MTB*, por outras micobactérias ou infectado em fase de viragem tuberculínica. Excepcionalmente, esta reação pode ocorrer em imunodeprimidos, infectados ou doentes por *MTB*. As reações que se classifiquem entre 5 e 9mm são caracterizadas como reator fraco. Entre essas, estão os vacinados com BCG; infectados pelo bacilo da TB ou por outras micobactérias. As áreas de

endurecimento, representadas por 10 mm ou mais, são definidas como reator forte. Entre estas, encontram-se as pessoas vacinadas com BCG recentemente (nos últimos dois anos) e os indivíduos infectados pelo bacilo da TB, que podem ou não estar doentes (CASTELO FILHO *et al.*, 2004; KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005).

No Brasil, a identificação da TB latente é avaliada por meio da técnica de Mantoux, que se baseia na reação celular desenvolvida após a inoculação intradérmica de um derivado protéico de *MTB*, aplicada na face anterior do antebraço. Os indivíduos que apresentarem resultado negativo (<10 mm de induração) devem ser submetidos a nova testagem, no prazo máximo de três semanas (*two-steps*) com o objetivo de se detectar os resultados falso-negativos (efeito *booster*). Quando tal precaução não é adotada, poderá haver, posteriormente, interpretações incorretas de viragem tuberculínica (MUZY DE SOUZA, 2000; CASTELO FILHO *et al.*, 2004; KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005).

Muzy de Souza (2000) relata que o uso do teste *two-steps* tem sido indicado mesmo em regiões de elevada taxa de infecção por *MTB* e cobertura vacinal com BCG, para a determinação mais aproximada do real da infecção tuberculosa. É necessária a identificação do efeito *booster*, pois apenas os indivíduos em atividade nas áreas de risco, com resultado final da PT <10 mm e efeito *booster* negativo, devem ser incluídos nos programas de testagem periódica da PT anual ou semestral, para a identificação de viragem tuberculínica. Nos casos em que os profissionais apresentem viragem tuberculínica recente (incremento de pelo menos 10mm em relação a induração cutânea anterior), devem ser avaliados no sentido de se afastar a TB doença.

Não se confirmando a doença, o profissional deve ser orientado a fazer tratamento preventivo (quimioprofilaxia) com uso de Isoniazida, pelo menos durante 6 meses.

Todo profissional de saúde com sinais ou sintomas compatíveis com TB, deve ser prontamente avaliado, não devendo retornar às suas atividades até que o diagnóstico seja confirmado, e se for este o caso, até que não seja mais considerado infectante. Os profissionais de saúde com deficiência na imunidade celular devem ser orientados a desenvolver atividades profissionais onde não haja risco de se infectarem com *MTB*.

A abordagem diagnóstica na suspeita de TBP no PCTH do HUCFF é realizada a partir da associação de critérios clínicos e radiológicos (KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005). Os primeiros definem como casos suspeitos, todos os pacientes com história de tosse (usualmente mais de três semanas) relacionada a outros sinais e/ou sintomas como febre vespertina, geralmente sem calafrios – não ultrapassando os 38,5° C; sudorese noturna; anorexia e imagem sugestiva de infiltrados na telerradiografia de tórax. Os casos suspeitos de TBP têm seu diagnóstico confirmado pela análise da baciloscopia (BAAR) e da cultura para micobactéria do escarro.

Para o atendimento ao paciente suspeito de TBP, nas regiões de elevada prevalência de TB e HIV, todas as unidades hospitalares devem estar aptas a proceder aos exames de baciloscopia (que deve ser considerada como exame de urgência e realizada imediatamente) e de cultura para micobactérias, pelo menos em pacientes imunodeprimidos. A realização destes exames por profissionais treinados, e a disponibilização dos resultados nos serviços de emergência, merecem especial atenção, assim como a implantação de medidas

de biossegurança, pois é elevada a prevalência de sintomáticos respiratórios, possivelmente portadores de TBP, junto aos profissionais e a outros pacientes, inclusive os imunodeprimidos (BRITO *et al.*, 2003).

A baciloscopia é realizada com amostras de escarro. A coleta pode ser espontânea ou induzida por nebulização ultra-sônica com solução salina hipertônica a 3% ou lavado bronco-alveolar. Trata-se de exame que deve obedecer às normas de biossegurança divulgadas no Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde quanto ao ambiente e proteção individual respiratória para os profissionais de saúde (CASTELO FILHO *et al.*, 2004). O resultado da baciloscopia deverá estar disponível em quatro horas, no máximo, para os pacientes que tenham indicação de internação. Significa dizer que o pronto diagnóstico da TBP, com a correta condução do caso, minimiza o risco de transmissão da *MTB* para outros pacientes e profissionais de saúde (BRITO *et al.*, 2003).

A fim de controlar a TB no hospital, os CDC propõem medidas preventivas conjuntas de controle em três níveis hierárquicos: administrativo, o ambiental (ou de engenharia) e de proteção respiratória pessoal. Tais medidas, além de eficazes, são úteis para a proteção das pessoas envolvidas com o cuidado do paciente portador de TBP, minimizam os custos indiretos devido ao afastamento de trabalhadores especializados, e tendem a reduzir a incidência da TB neste âmbito (ANTUNES, WALDMAN e MORAES, 2000; BRITO, 2001; BRITO *et al.*, 2003; CASTELO FILHO *et al.*, 2004; MARTINS *et al.*, 2004; SILVA e BARBOSA, 2004).

No Brasil, as maiores dificuldades para implantação/implementação de um programa de controle hospitalar da TB, estão permeadas por questões

relacionadas aos campos econômico, político e social, representados pela decisão política de implantá-lo (ou não) nos diferentes níveis dos serviços de saúde, e pela prioridade do setor acadêmico em relação ao ensino e à pesquisa acerca do tema. Segundo Ruffino-Netto (2000), com novas abordagens, pode-se desfazer o mito de que a TB é um problema do passado, além de promover uma visão holística da questão.

Durante a realização de estudos na Itália para avaliar medidas preconizadas para controle da TB, Moro *et al.* (2005) identificaram três categorias de entraves a este controle: a) incerteza acerca do tratamento de subgrupos específicos de pacientes, como idosos e imigrantes; b) fatores administrativos, tais como a disponibilidade de serviços de diagnóstico e de recursos suficientes; e c) obstáculos relativos à manutenção de programa contra a TB em país com baixa prevalência da doença. Os autores concluíram que a integração entre os profissionais e a coordenação de serviços de saúde em nível intra-hospitalar, assim como a manutenção de equipe de enfermeiras dedicada à TB, pode atuar como barreiras no controle eficaz desta doença.

2.1.2.1 Medidas de Controle Administrativo

As medidas de controle administrativo têm como objetivo a normatização dos processos de trabalho e dos atendimentos aos pacientes, a fim de reduzir a exposição dos profissionais de saúde e dos usuários do serviço à infecção por *MTB*. De eficácia comprovada, têm relativa facilidade de implantação e, em geral, baixo custo, desde que priorizadas pelos gestores dos hospitais e pelos formuladores de políticas públicas do país.

Destacam-se a disposição de instalações e equipamentos adequados à

realização das atividades e o quadro de pessoal em número suficiente e com qualificações apropriadas para o desenvolvimento do cuidado ao paciente portador de TBP. Às vezes, isto requer o redimensionamento do quantitativo de pessoal, o desenvolvimento de estratégias direcionadas à qualificação, ao treinamento e à educação continuada dos profissionais (CASTELO FILHO *et al.*, 2004; MARTINS *et al.*, 2004). A definição de políticas que visam à administração de recursos humanos e materiais no hospital é considerada por Oda e Ávila (1998) como de responsabilidade da Instituição. Estas deveriam ser normatizadas por legislação específica, infelizmente, ainda inexistente em nosso meio.

De acordo com Kritski, Conde e Muzy de Souza (2005), as ações previstas para hospitais universitários incluem a elaboração de plano de controle de infecção, capacitação dos profissionais, educação de pacientes, cuidados com a coleta de escarro para exame, triagem e avaliação dos pacientes suspeitos de TB, busca e identificação precoce de casos com baciloscopia positiva, agilidade em dar início ao tratamento medicamentoso, controle do fluxo do paciente na Instituição e realização de pesquisas operacionais sobre a efetividade da aplicação destas medidas.

Destacam-se como imprescindíveis o reconhecimento precoce do paciente sintomático respiratório (tosse com duração superior a três semanas), assim como as ações adicionais direcionadas à precaução aérea, com a manutenção de pacientes suspeitos ou portadores da doença em quartos com pressão negativa, especialmente os portadores de cepas TB-MDR ou sob risco de albergarem cepas resistentes à TB: pacientes em falência do tratamento, casos de retratamento pós-abandono ou contatos de TB-MDR.

Para Castelo Filho *et al.* (2004) e Silva e Barbosa (2004), a orientação da população que transita no âmbito hospitalar deve ser realizada por profissional de saúde, já no setor de Triagem ou de Emergência. Mesmo compreendendo o direito de liberdade do paciente portador de TBP, como cidadão, deve-se coibir o seu trânsito em outras áreas da Instituição. O paciente só poderá sair do quarto em caso de necessidade, e quando isso ocorrer, deverá utilizar a máscara cirúrgica.

2.1.2.2 Medidas de Controle Ambiental

Em segundo plano, as medidas de controle ambiental consistem nos métodos empregados para reduzir a concentração e tempo de suspensão de núcleos de Wells no ar. Consideram-se de risco todas as áreas da unidade na qual o paciente com TBP (confirmada ou suspeita) receba cuidado, bem como os locais de manipulação de material biológico potencialmente contaminado com o bacilo. Recomenda-se, para estas áreas, a adoção de métodos de engenharia que tenham por objetivo diluir o agente contaminante (BRITO, 2001; KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005).

As medidas de controle ambiental têm como alicerce o binômio ventilação-pressão negativa. De acordo com Brito (2001), quanto maior a diluição e a remoção das partículas infectantes do ar-ambiente, menor o risco de transmissão da TB. Para tanto, são necessárias medidas de ventilação geral diluidora, preferencialmente com trocas do ar ambiente por, no mínimo, 6 vezes a cada hora. Estas ações implicam em menor custo, tanto no investimento em equipamentos, como na instalação e manutenção dos mesmos (BRITO, 2001).

Para facilitar a aplicação das medidas ambientais, a internação do

portador de TBP deve ocorrer em quartos de precaução aérea, observando-se a manutenção de janelas abertas e da porta do quarto fechada; além do uso de exaustores e de ventiladores durante o horário de atendimento (KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005). O ar proveniente desses locais deve ser direcionado para o exterior da unidade, para locais afastados da circulação de pessoas e de sistemas de captação de ar. A pressão negativa pode ser conseguida por meio da abertura de janelas no ambiente, com ventiladores direcionando o ar para fora. Atenção especial deve-se ter para que os ventiladores fixados na parede estejam colocados ao nível das janelas, a fim de que o fluxo de ar não seja direcionado para outros setores da unidade, e sim para a parte externa do ambiente. Quanto aos ventiladores de teto, são comprovadamente ineficazes por não direcionarem o ar para fora do quarto.

Para se obter a pressão negativa no ambiente, também é recomendado o uso de exaustores. Aparelhos de ar condicionado só deverão ser instalados em condições adequadas de biossegurança, que incluem a instalação de exaustores ou, preferencialmente, de filtros especiais (HEPA). Este procedimento só deverá ser realizado após estudo de fluxo dos aparelhos, feito por profissionais qualificados. Os filtros HEPA são considerados de maior custo e seu uso não é indicado na ausência de medidas de controle administrativo (CASTELO FILHO *et al.*, 2004).

2.1.2.3 Medidas de Proteção Respiratória: o Respirador como Equipamento de Proteção

As medidas de proteção respiratória incluem o uso do respirador como equipamento de proteção para o profissional e acompanhantes de pacientes

portadores de TBP, e da máscara cirúrgica para o paciente, como barreira para conter a eliminação do bacilo de Koch ao ar. O respirador merece destaque por ser o alvo deste estudo. Em decorrência, para discorrer sobre o tema, investigamos o que está descrito na literatura científica consultada, assim como as normas de proteção prescritas por pesquisadores.

O termo *respirador* não foi encontrado como um descritor em Ciências da Saúde, mas observamos que a expressão “dispositivos de proteção respiratória” era a que mais se aproximava do seu significado, definidos como “respiradores para proteção individual”, que evita a respiração de ar contaminado com poeiras prejudiciais, gases, fumaças, *sprays* ou vapores (aerossóis) (BVS, 2008).

Outros descritores encontrados foram: *equipamento de proteção* e *equipamento de segurança*, que se apresentam como dispositivos destinados à proteção individual contra exposição a riscos no desenvolvimento de atividades cotidianas. Popularmente, o respirador é conhecido como *máscara*; contudo, de acordo com a BVS, *máscara* é um dispositivo protetor que cobre o nariz e a boca, cujo uso é exigido para manter condições assépticas ou para administrar anestésicos inalados ou outros gases, a exemplo das máscaras cirúrgicas.

A maioria dos artigos referia-se aos programas de proteção respiratória e aos testes de segurança aplicados ao respirador, e não abordavam as questões subjetivas e intersubjetivas implícitas no uso deste equipamento.

É preciso mencionar a preocupação de Angeletti (2001) com os aspectos legais que envolvem o uso da proteção respiratória aos trabalhadores da área da saúde. Destaque, também, para o estudo de Paletta, Yamashita e Penilha (2005) com a preocupação acerca da biossegurança de profissionais que

desempenham suas atividades em bibliotecas, centros de documentação e arquivos, abordando o uso de máscaras neste espaço, onde as condições ambientais são prejudiciais aos pulmões.

O uso do respirador nos hospitais foi instituído nos Estados Unidos da América do Norte, no começo da década de 90, após a ocorrência de surtos de TB-MDR em hospitais e prisões, e posterior confirmação da elevada taxa de transmissão da TB entre os profissionais de saúde e entre pacientes internados, em sua maioria HIV positivos. Preocupados com a biossegurança dos mesmos, em 1995, os CDC e o NIOSH passaram a exigir um desempenho mínimo de 95% de eficiência para aprovação de filtros mecânicos a serem utilizados como equipamentos de proteção respiratória, e recomendaram o uso do respirador N95. A letra **N** caracteriza as máscaras projetadas para uso em ambientes sem partículas de óleo (não resistente ao óleo), e o número **95** indica o nível de eficiência em percentual na filtração de partículas em suspensão com $0,3\mu\text{m}$ de diâmetro.

No Brasil, encontra-se disponível a Peça Facial Filtrante (PFF2), com certificação por empresa nacional (FENNELLY, 1997; KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005; BERTAZONE, ELUCIR e MIYEKO, 2005; JENSEN *et al.*, 2005). Portanto, todos os profissionais que trabalham em ambiente com risco biológico devem exigir a proteção oferecida pelos respiradores, com certificação prévia.

De acordo com Fennelly (1997), é provável que a concentração de aerossóis infecciosos em quartos de isolamento respiratório, bem-ventilados, seja muito baixa. Assim, associado às medidas administrativas e de controle ambiental, o uso dos respiradores, novos ou em bom estado de conservação,

oferece maior proteção ao profissional. Para definir exatamente o papel e a eficácia da proteção respiratória pessoal na prevenção da transmissão da TB, é necessário realizar um maior número de estudos acerca do comportamento aerodinâmico das partículas de *MTB*, gerado por pacientes com TBP.

Devido ao elevado custo do equipamento, seu uso tem indicações pontuais para o possível contato com pacientes infectados por *MTB* (suspeitos ou confirmados). Em hospitais gerais e universitários, devido ao reduzido número de quartos de isolamento, e/ou ao atendimento crescente de pacientes com TBP, este contato pode ocorrer em enfermarias ou no próprio quarto destinado à precaução aérea (KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005).

Especificamente na Instituição em estudo, temos observado eventualmente a ocupação de leitos de enfermarias de clínica médica com estes pacientes. Assim, justifica-se o uso de protetores respiratórios durante a prestação de cuidados diários ao paciente, a realização de procedimentos que sejam geradores de aerossóis e na manipulação de secreções contaminadas por *MTB*. Como a tosse é um reflexo involuntário, os pesquisadores recomendam o uso do respirador para qualquer profissional que permaneça na unidade do paciente sob suspeita de TBP e/ou que esteja tossindo (GONÇALVES, 2001; SIMÕES, 2002), seja para executar procedimentos de higiene, alimentação, medicação, curativo ou mesmo para estabelecer comunicação com o paciente. Destacam-se, ainda, as atividades realizadas por outros membros da equipe de saúde: distribuição de alimentos ou água por profissionais da copa, limpeza da unidade e coleta de sangue para exame laboratorial, dentre outras.

Cabe diferenciar a função das máscaras cirúrgicas, utilizadas por

pacientes portadores ou suspeitos de TBP, e dos respiradores utilizados para a proteção respiratória do profissional. De acordo com Brito *et al.* (2003) o uso de máscara cirúrgica, comumente empregada, não protege contra a inalação dos núcleos de Wells infectados pelos bacilos, já que pela sua capacidade de filtração limitada, não impede a passagem dos núcleos, além de não se fixar corretamente sobre o nariz e a boca do profissional quando é colocado, o que permite o acesso livre de *MTB* aos alvéolos do profissional. Sua utilidade é restrita à contenção de partículas de Pflügger (maiores que as partículas de Wells) no momento em que são geradas. Mediante a captura destas partículas, originadas da boca e do nariz do paciente, evitam a propagação dos núcleos de Wells que contêm os bacilos de Koch.

Assim sendo, as máscaras cirúrgicas são indicadas para os pacientes com TBP em fase infectante (bacilífero) e em casos suspeitos de TBP, quando mantidos em enfermarias ou quando necessitam realizar procedimentos que exigem a saída do quarto de precaução.

Na prática, essas máscaras induzem a identificação destes pacientes. É válido, portanto, lembrar as questões históricas e culturais que permeiam o significado da doença e, consecutivamente, o estigma que envolve os portadores de TB. Nestas situações, os profissionais de saúde devem orientá-los acerca da necessidade do uso da máscara cirúrgica para o controle da TB, enfatizando a existência de outras circunstâncias que também exigem o seu uso pelo paciente, como nos casos daqueles submetidos a transplantes. Esta medida deve ser vista com normalidade, sem estigma, no cotidiano das unidades de saúde.

Embora apontado como equipamento de proteção, Farias (1999) e

Gouveia (2000) destacam o uso de forma imprópria e a não adesão à utilização do respirador como situações que se apresentam em nosso dia-a-dia, durante o cuidado ao paciente portador de TBP.

Fennelly (1997) e Simões (2002) referem como limitação para o uso deste equipamento, a necessidade da realização do teste de adaptação, antes de cada utilização do equipamento, para verificar a eventual existência de áreas de fugas que podem permanecer entre a face do profissional e o respirador. Para Lawrence *et al.* (2006), existe a necessidade de manutenção do programa de proteção respiratória para avaliar o desempenho dos respiradores. De acordo com Lee, Slavcev e Nicas (2004), o teste do ajuste desse equipamento à face, deve ser parte do processo da certificação da NIOSH, para respiradores. A realização deste teste implica no planejamento de tempo e disponibilidade do profissional sempre que for necessário utilizar o respirador. Ressalta-se, porém, a impossibilidade de prever se o profissional conseguirá disponibilizar este tempo, principalmente, em situações de maior urgência ou quando houver necessidade de entrar e sair freqüentemente de uma área de risco.

É válido lembrar os limites de uso do respirador N95 aos visitantes de pacientes portadores de TBP, já que isto exige do profissional um determinado tempo para promover a orientação e previsão de quantitativo extra para uso dos mesmos dos visitantes. Outro limite para o uso deste equipamento é referido por profissionais do sexo masculino que têm barba e/ou bigode. Nestes casos, o respirador está contra-indicado por não permitir uma fixação adequada à face. Como toda entrada de ar entre a face e a máscara é considerada ponto de acesso em potencial para *MTB*, nesses e em outros casos especiais, a alternativa é o uso de máscaras mais sofisticadas, pressurizadas, que cobrem a

face inteira (BRITO *et al.*, 2003).

De acordo com Fennelly (1997), um respirador ideal para o uso deve ter, como características, taxa de eficácia de, aproximadamente, 100%; taxa de penetração de 0%, e ser confortável, com o mínimo de resistência ao fluxo aéreo. Este equipamento precisa estar disponível em variados tamanhos e formas, com medidas padronizadas e não deve precisar do teste de ajuste por quem for utilizá-lo, principalmente durante as situações que envolvam o atendimento ao paciente, sem a possibilidade de um planejamento anterior.

Como não existe este equipamento, a prova de ajuste do respirador deve ser realizada, a fim de garantir que se utilize o modelo apropriado em tamanho e forma para cada trabalhador de saúde. A prova qualitativa do ajuste inclui o uso de um aerossol, geralmente a sacarina, ou de um material com sabor amargo. Se o profissional sentir o sabor do produto, o respirador deve ser readaptado e o teste reiniciado. Persistindo o problema, deve-se optar por um respirador de tamanho ou marca diferente (FENNELY, 1997).

O estudo realizado por Coffey *et al.* (2006) concluiu pela possibilidade de ocorrência de erros durante a realização destes testes, o que pode estar relacionado com a metodologia utilizada pelos autores. Em consequência, para estes autores, não há como predizer que o equipamento garanta a proteção do profissional em condições reais de uso.

O uso do respirador de pressão positiva é indicado por Nicas (1995) e Fennelly (1997), quando o paciente com TB ativa é submetido a procedimentos que gerem aerossóis. Este equipamento é também indicado quando o controle da fonte dos núcleos de Wells é inadequado, ou em áreas consideradas de alto risco, tais como o local para realização de broncoscopia, estimulação da tosse e

coleta de escarro e nos centros de autópsia. Em função do elevado custo, este equipamento é reutilizável e pode ser usado por todos os trabalhadores, incluindo os usuários de barba e bigode. A prova de ajuste, para este tipo de respirador, é desnecessária.

2.2 O Cuidado de Enfermagem e a Tuberculose no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

No caminho para compreender a experiência de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem no cuidado ao paciente portador de TBP, foi necessário apreender algumas peculiaridades desta profissão, assim como desvelar o espaço onde ocorre a experiência profissional. Destacamos os conceitos de risco e vulnerabilidade de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem à *MTB*, assim como as NR que regem o trabalho destas pessoas.

Como marco para a profissão de Enfermagem, merece destaque a figura de Florence Nightingale, idealizadora da organização dos cuidados e da consolidação científica da prática já no século XIX, ensejando a criação de um modelo posteriormente difundido pelo mundo. A palavra *enfermagem* foi adotada por falta de outra melhor, e deveria assegurar o uso apropriado de ar puro, iluminação, aquecimento, limpeza, silêncio e a seleção adequada da dieta do paciente, assim como a maneira de servi-la (NIGHTINGALE, 1989).

A proposta de Nightingale sofreu influência dos determinantes sociais, políticos e econômicos da época, que exigiam uma preocupação maior com a manutenção da saúde dos corpos. A enfermagem moderna surgiu como profissão para atender as transformações sociais ocorridas com o modo de

produção capitalista (MIRANDA, 1994). Houve, então, a valorização do ambiente adequado para o cuidado e a influência dos conceitos religiosos neste modelo (COLLIÉRE, 1999), além da necessidade de educação formal, organizada e científica, com a incorporação de fundamentos das ciências da saúde, da ecologia ambiental, da sociologia e de outras ciências (PORTO e FIGUEIREDO, 1999).

Encontramos em Lima (1994) a caracterização da Enfermagem como ciência humana, exercida por pessoas com conhecimentos, fundamentações e práticas no cuidar⁶ dos seres humanos, que abrangem desde o estado de saúde aos estados de doença. É atividade mediada por transações pessoais, profissionais, científicas, estéticas, éticas e políticas na prestação de serviços ao ser humano.

A profissionalização da enfermagem processou-se por meio da divisão técnica do trabalho oriunda do modelo Nightingale, que previa a atuação das *nurses* e das *ladies-nurses* assumindo, respectivamente, as tarefas do cuidado direto, e de ensino e supervisão. Esta divisão tem sua raiz na dicotomia trabalho manual *versus* trabalho intelectual, acentuando-se no decorrer do século XX (SILVA, 1986; ALMEIDA e ROCHA, 1989; PORTO, 1997).

Nos dias atuais, esta divisão preserva-se: nas figuras de Enfermeiras, Técnicos e Auxiliares de enfermagem. O cuidado, para as Enfermeiras, engloba a administração, a supervisão das condições necessárias para sua realização e o cuidar direto dos clientes, nos casos de procedimentos técnicos mais complexos, e intervenções que exijam tomadas de decisão. Destaca-se que a atuação das Enfermeiras “desvia o foco do cliente como único sujeito para

⁶Cuidar - “Significa manter a vida, garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis ao homem” (COLLIÉRE 1999, p.28-29).

focalizar tudo o que está relacionado a ele no cenário hospitalar” (ESPÍRITO SANTO, 2003, p. 275). Os Técnicos e Auxiliares executam o cuidado direto ao paciente, que engloba: o preparo da unidade, a higienização e a administração da terapêutica medicamentosa, entre outros procedimentos.

A Enfermagem tem sua história pautada na compreensão do campo social na saúde. Seu objeto de trabalho é o processo saúde-doença-cuidado. Este modelo provocou ruptura com os modelos cartesianos de investigação, que reduziam as relações de causa e efeito ao plano biológico e remetiam a resolução ao modelo clínico diagnóstico-terapêutico. Ao reproduzir relações sociais mais amplas, determinando patologias, tecnologias e formas diferenciadas de atendimento, o processo saúde-doença passa a ser analisado em suas relações com a estrutura econômica, política e ideológica da sociedade (NUNES, 1997, 2005; ROCHA e ALMEIDA, 2000; CAMPOS, 2000).

Neste caminhar, na busca pelo entendimento do processo saúde-doença e das práticas de saúde em nossa sociedade, foi introduzida a categoria *trabalho* (MENDES-GONÇALVES, 1979, 1994). Para compreender estas práticas, o autor discute e redefine *tecnologia*. A organização tecnológica do trabalho em saúde passa a considerar os nexos estabelecidos no interior do processo de trabalho, entre a atividade realizada por meio de instrumentos, a finalidade e o conhecimento, entendido como o principal deles porque reorienta todo o processo.

Este conceito é ampliado por Merhy (1997, 1999, 2000, 2002) e Merhy e Cecílio (2003), trazendo a possibilidade de *auto-governo* dos trabalhadores para imprimir mudanças a partir das intersubjetividades no processo de trabalho. Merhy (1997, 2002) classifica a tecnologia em saúde em três tipos

categorias: dura, leve-dura e leve. A tecnologia dura refere-se ao instrumental complexo, englobando todos os equipamentos para tratamentos, exames e a organização de informações; a leve-dura refere-se aos saberes profissionais bem estruturados, como a clínica, a epidemiologia e os saberes dos demais profissionais que compõem a equipe de saúde, estando inscrita na maneira de organizar a atuação de cada um no processo de trabalho. A tecnologia leve produz-se no trabalho vivo, em ato, em um processo de relações, isto é, no encontro entre o trabalhador em saúde e o usuário/paciente.

No hospital, as relações de trabalho englobam as sociais e humanas das pessoas que ali convivem. Existe consenso acerca do alto valor social do trabalho hospitalar, sendo este um dos motivadores da satisfação dos profissionais de saúde, que devem ter altos níveis de qualificação para o desenvolvimento de suas atividades, além de constante treinamento prático para o enfrentamento de situações com alta variabilidade emergencial. Paradoxalmente, este consenso pode induzir a realização de procedimentos nos quais as medidas de proteção são esquecidas, por impulso, na premência de resolver o problema imediato do paciente (MACHADO, MINAYO GOMES e THEDIM COSTA, 1997; SILVA, 2002).

As medidas que deveriam assegurar a saúde do trabalhador, em sentido mais amplo, restringem-se à intervenção pontual nos riscos mais evidentes. Não é raro depararmo-nos com situações em que os profissionais são advertidos por não usarem o material de biossegurança, ou pelo uso incorreto do mesmo. Assumida esta perspectiva, é imputado aos trabalhadores o ônus pela ocorrência de acidentes e doenças concebidas como decorrentes da ignorância e da negligência no trabalho (MACHADO, MINAYO GOMES e

THEDIM COSTA, 1997).

Ainda que tenhamos sido testemunhas do grande avanço tecnológico do setor saúde, observamos no dia-a-dia que, para os trabalhadores desta área, ainda há muito que se fazer. O foco do processo de trabalho em saúde é direcionado para o paciente e para a produção de saúde, não tendo o profissional como alvo.

O espaço em que estas pessoas desenvolvem suas atividades é o HUCFF da UFRJ, instituição que dispõe do PCTH, responsável pela implantação de medidas de biossegurança na área de tuberculose. Caracteriza-se pelo atendimento de referência a pacientes de alta complexidade, incluindo o tratamento de imunossuprimidos, infectados ou não por HIV.

Os profissionais de enfermagem, nesta Instituição, são vinculados à Divisão de Enfermagem (DEN), implantada a partir de um modelo norte-americano de administração. Entre outras qualidades, esta Divisão foi marcada pela rigidez disciplinar imposta aos seus funcionários, e pela hierarquização de sua estrutura organizacional (MENEZES, 1983).

A incorporação das normas que envolvem a proteção do profissional é mediada por rotinas da DEN, pesquisas operacionais e elementos constitutivos da experiência de pesquisadores da própria Instituição, o que para Machado e Correa (2000) é caracterizado como trabalho prescrito, oriundo do saber codificado daqueles que concebem o trabalho.

Pesquisadores e gerentes de enfermagem definem, sob a forma de métodos, os procedimentos a serem utilizados rotineiramente em cada situação. Nesta fase, delineiam-se os objetivos, os meios, as atribuições, as normas; enfim, tudo que norteia o desenvolvimento das atividades previsíveis

ou conhecidas (SANTOS *et al.*, 1997) a serem adotadas com o paciente portador de TBP.

Ao prever situações rotineiras, a prescrição do trabalho deve atentar especialmente para o quantitativo de profissionais necessário para assistir ao doente, o espaço físico da Instituição, o grau de complexidade do estado dos pacientes, a necessidade de elaboração da escala mensal e diária de trabalho, além do tempo necessário para a execução de procedimentos.

Não obstante, por ser uma Instituição universitária referência terciária-quaternária, nem sempre é possível prever as ocorrências que podem envolver o trabalho de enfermagem com o paciente portador de TBP, pois a diversidade de casos (portadores de cardiopatia, nefropatia, diabetes melito, hipertensão arterial, doenças do sistema imune, SIDA) integram o dia-a-dia desta Instituição.

No hospital, a transmissão de *MTB* ocorre de forma lenta, silenciosa e invisível, durante as relações do profissional com o homem-doente, principalmente em ambientes pouco arejados como a recepção, a sala de exames, os quartos e as enfermarias (COSTA e COSTA, 2002). A TB se faz presente em nosso tempo, ocupa nosso espaço e pertence ao nosso mundo vivido. A luta é contra algo que não vemos, de que temos medo e de cuja convivência não podemos nos esquivar.

Embora seja característica de grandes centros urbanos ou de aglomerados populacionais, a TB encontra no ambiente hospitalar o seu *habitat* natural propício ao contágio, onde todos estão suscetíveis aos aerossóis infectantes: enfermeiros, assistentes sociais, médicos, farmacêuticos, auxiliares e técnicos de enfermagem, técnicos de laboratório, recepcionistas, copeiros,

agentes de limpeza ou outras pessoas. A TB não respeita fronteiras, classe social, cor da pele, sexo, idade, hierarquia ou categoria profissional daqueles que se envolvem com o cuidado do paciente. Enfim, todos os que participam dessa relação e que estão à frente do diagnóstico e do tratamento da TB, por viverem aglomerados em torno do caso, são alvo da doença (ODA e ÁVILA, 1998; BARROSO, 2001).

A aglomeração se estabelece no cotidiano das relações do ambiente hospitalar, o qual é responsável por variadas ações de saúde que, por sua natureza, expõem seus trabalhadores a diversos agentes nocivos. Na recepção, um funcionário recebe vários pacientes diariamente, inclusive alguns portadores da doença. Todos em busca de diagnóstico e/ou tratamento, são encaminhados para determinada área do hospital, onde os contatos vão se estabelecendo, até que se defina a presença da TBP.

As unidades de saúde funcionam como grandes portas de entrada para um representativo número de pacientes com TBP que, antes de terem seu diagnóstico confirmado, circulam livremente por suas dependências, transmitindo o bacilo aos mais susceptíveis à doença. Em decorrência, e visando evitar o aumento da disseminação da TB, a identificação precoce dos sintomáticos respiratórios passou a ser prioritária nas Unidades de Saúde, principalmente as hospitalares, pois cerca de 4% a 10% deles albergam o bacilo nas amostras respiratórias e são, portanto, infectantes. Acrescenta-se que a permanência no hospital, por longo período, aumenta o risco de transmissão da doença para os profissionais (MUZY DE SOUZA, 2000; ANDRADE, 2001; KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005).

Ressalta-se no HUCFF a possibilidade de atendimento aos pacientes

portadores de TB-MDR. Neste sentido, Niemann, Rüsck-Gerdes e Richter (1995) alertaram para a necessidade de maior atenção à tuberculose em ambiente hospitalar, em especial no que diz respeito à preocupante associação entre resistência nas cepas isoladas e profissionais de saúde.

Corroborando estes resultados, o inquérito de resistência da *MTB* aos fármacos anti-tuberculose, realizado por Brito *et al.* (2004) entre agosto de 1996 e fevereiro de 1998, no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), concluiu que entre os fatores associados significativamente à ocorrência de TB-MDR, estava o fato de ser profissional de saúde. A falta de medidas de biossegurança adequadas para diminuir os riscos de infecção por *MTB* em ambiente hospitalar, associada à presença de cepas resistentes, transforma o hospital no local em que a disseminação destas cepas pode ocorrer com maior frequência.

A preocupação com os profissionais de saúde em relação à TB é recente, mas intensificou-se após o aparecimento da AIDS, contribuindo para as elevadas taxas de TB entre os infectados pelo HIV. No HUCFF, estudos epidemiológicos vêm sendo realizados desde outubro de 1995, a partir da criação da Unidade de Pesquisa em Tuberculose, com o intuito de analisar os fatores de risco associados a infecção e doença entre TB, TB-MDR, e posteriormente, com a criação do PCTH, para avaliar o impacto da implantação de medidas de biossegurança que visem o controle da transmissão desta doença na Instituição.

Barroso (2001) trata do dimensionamento do risco inerente ao trabalho com pacientes portadores de TBP. Estes riscos dependem de inúmeras situações objetivas, que não podem nem devem ser desconsideradas.

Relacionam-se com a prevalência da TB na região onde se situa a Instituição; ao perfil clínico dos casos atendidos; ao potencial de risco à infecção por *MTB* para o indivíduo e para o ambiente; as características arquitetônicas dos ambientes de atendimento ao paciente; a categoria ocupacional; o tempo de trabalho na área de saúde; além do tempo decorrido para o estabelecimento do diagnóstico e o uso das medidas preventivas de controle que visam diminuir o risco de o indivíduo adquirir a infecção e/ou a doença (BARROSO, 2001).

Para muitos profissionais, existe a concepção de que as autoridades deixaram o problema de lado, como se fosse um assunto resolvido. Interessado nesta questão, em seus estudos, Ruffino-Netto (2002) entendeu como relevante o saber preexistente acerca do conhecimento da doença, da fisiopatologia, do diagnóstico e dos esquemas terapêuticos disponíveis para tratamento. Acrescenta o citado autor que este saber prévio ou recursos, de nada adiantam se não forem disponibilizados efetivamente junto à população e aos serviços de saúde.

As bases legais para a biossegurança em TB encontram-se descritas na legislação internacional, pela *Commission of the European Communities* (CCE) - regulamentação internacional de biossegurança, com enfoque exclusivo na prevenção de riscos. A Diretiva nº 679/90 trata da proteção dos trabalhadores quanto à exposição aos riscos biológicos. Em âmbito nacional, destaca-se o Decreto nº 1.752/95, que criou a Comissão Nacional de Biossegurança, vinculada ao Ministério da Ciência e Tecnologia (BARROSO, 2001).

No Brasil, o conceito importado de biossegurança mostrou-se inadequado à realidade nacional. De acordo com Barroso (2001) e Costa e Costa (2002), vivemos em um país que possui o maior número de leis de

biossegurança, nem sempre respeitadas. Embora o nível de discussão seja bastante acentuado, ainda não foi possível observar, no cotidiano hospitalar, a agregação de valores pertinentes a esta cultura, possivelmente pela inexistência de legislação específica que defina atribuições dos gestores e direitos dos profissionais e usuários do ambiente sob risco.

A biossegurança aborda a exposição aos riscos no ambiente de trabalho, objetivando minimizar o perigo de se contrair uma doença neste contexto. Pode ser caracterizada como um processo e, para torná-lo efetivo numa unidade de saúde, é preciso instituir método de trabalho visando o levantamento da sua problemática, o treinamento de pessoal que promova mudança de comportamentos, além de controle e contenção de riscos ambientais (ODA e ÁVILA, 1998).

Entendemos a biossegurança em TB como o conjunto de ações voltadas para a prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades desenvolvidas pelos profissionais, e que podem comprometer a saúde de cada um. Nessa linha de raciocínio, o conceito epidemiológico de risco atingiu posição privilegiada por seu desenvolvimento em três aspectos. O primeiro, permitiu estender a tradução da doença para além dos limites do corpo, com isso retornando as propostas de intervenção ao plano da individualidade do corpo, pois é em relação a fenômenos aferíveis no indivíduo que o fator ambiental tem seu caráter de risco estabelecido. É sobre o balanço individual dessas associações que recai predominantemente a gestão do risco. O segundo, possibilitou um rigoroso controle científico ao responder às necessidades de produção de tecnologias apropriadas para a intervenção. No terceiro aspecto, a abordagem do risco revela continuamente a interpretação de

seus limites, com a necessidade de um "saber como" ainda mais rigoroso, isto é, fazendo coincidir toda idéia de sucesso prático com uma infinita busca de controle técnico (AYRES, 1997; 2001).

Contudo, limites decorrentes da restrição deste conceito ao campo prático emergiram com a eclosão do HIV/AIDS, trazendo à tona o conceito de vulnerabilidade, em que a idéia de sucesso orienta-se pelo deslocamento de horizontes normativos do ideal de controle da doença, para o de respeito e promoção dos direitos humanos. Isto parece responder às necessidades de diálogo com interesses de natureza estética, emocional e moral, dentre outros, oriundos de áreas de conhecimentos como a Filosofia, o Direito e certos ramos das Ciências Humanas, e até das sabedorias práticas transmitidas secularmente nas diversas tradições culturais (AYRES, 1999; 2001).

A vulnerabilidade da pessoa à doença passa a ser o foco de atenção para autores como Ayres (1999, 2001, 2002); Giffin (2002); Ayres *et al.* (2003); Lopes (2003) e Souza e Bertolozzi (2007). Foi definida por Ayres (2002) como o conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau, ao modo de exposição, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger tanto do agravo, quanto de suas conseqüências indesejáveis. Seus horizontes práticos são de natureza político-cultural, pois desafiam seus condutores a denunciar os determinantes sociais do agravo; a tornar coletivo o compromisso político com o controle e o enfrentamento do mesmo, e a construir estratégias de intervenção que atinjam, produtivamente, esses determinantes (AYRES, 1999, AYRES *et al.*, 2003). Neste sentido, aponta-se para a compreensão da vulnerabilidade a partir da dimensão de gênero (GIFFIN, 2002; BARBOSA e GIFFIN, 2005; 2007), entrelaçando-o com a categoria profissional.

De acordo com Lopes (2003), a vulnerabilidade individual é estabelecida num espaço de relações entre sujeitos. Seu estudo realizado no Estado de São Paulo, objetivando compreender a vulnerabilidade à reinfecção e ao adoecimento de mulheres negras e não negras que vivem com HIV/AIDS, apreendeu que as experiências e impressões descritas por elas apontaram a necessidade de reconhecimento de condições de ordem social que contribuem para a vulnerabilidade individual de mulheres negras. Destacam-se: dificuldades de acesso à educação formal, condições de moradia e habitação menos favoráveis, baixo rendimento individual e familiar *per capita*, responsabilidade pelo cuidado de maior número de pessoas.

Ao incorporar a raça como categoria, a autora concluiu que foi possível compreender a multidimensionalidade, a instabilidade e a assimetria da vulnerabilidade; assim como a necessidade de aquisição de habilidades para o manejo de questões inerentes às relações raciais e de gênero.

Em relação à TB, Souza e Bertolozzi (2007) consideram como indicadores de vulnerabilidade: o tempo de trabalho com pacientes portadores de TBP; o trabalho no hospital por mais de 12 horas por dia; a possibilidade de outros vínculos trabalhistas e o trabalho noturno.

As autoras (op.cit.) acrescentam que é necessário investigar como os processos de trabalho são realizados, assim como a associação do estresse e da exaustão do profissional com as relações técnicas e sociais no trabalho, incluindo sua divisão e linha de comando, considerando as distintas categorias e inserção em grupo social.

Ao pensar no tempo de permanência junto ao paciente como um dos indicadores da vulnerabilidade do profissional à TB, é preciso associá-lo ao

número de horas de trabalho da Enfermagem por paciente nas 24 horas, especificamente no HUCFF, devido à complexidade terciária- quaternária e ao grau de dependência dos pacientes atendidos nesta Instituição, além da maneira de organização das atividades de Enfermagem, que ocorre por meio do método de cuidado integral ao paciente.

Esta deve ser a base para qualificação do nível de atenção quantitativa requerida pela situação de saúde em que o cliente se encontra, exigindo demandas de cuidados mínimos, intermediários, semi-intensivos ou intensivos (COFEN, 2004), o que vai determinar menor ou maior número de horas de trabalho do profissional, ou seja, de contato com o paciente portador de TBP, reafirmando a sua vulnerabilidade à TB. Neste sentido, destacam-se prioritariamente nesta Instituição, os portadores de TBP com necessidades de:

- cuidados intensivos - pacientes graves e recuperáveis, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais. Preconiza-se o equivalente a 15,4 horas de Enfermagem para cada um.

- cuidados semi-intensivos - pacientes recuperáveis, sem risco iminente de vida, mas sujeitos à instabilidade de funções vitais, todos exigindo 8,5 horas de Enfermagem.

- cuidados intermediários - referem-se aos estáveis, sob o ponto de vista clínico e de enfermagem. Apresentam parcial dependência para o atendimento das necessidades humanas básicas. Para estes pacientes, é necessário dispor de 4,9 horas de Enfermagem.

- cuidados mínimos ou autocuidado - pacientes estáveis, sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, fisicamente auto-suficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas. Para atendê-los, é

necessário dispor de 3,0 horas do trabalho da enfermagem.

Frente a esta situação, entendemos que assim como a Enfermagem se refere ao "trabalho daqueles que tratam de enfermos, para que se tornem novamente sadios e firmes" (LEOPARDI, 2006, p.10), os membros da equipe de enfermagem, especificamente os Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, também necessitam estar *sadios* e *firmes* para cuidar do paciente portador de TBP. Para tal, reafirmamos a importância da aplicação das medidas de controle da TB (administrativas, ambiental e respiratória) e especificamente, o uso do respirador, objeto deste estudo, como iniciativas imprescindíveis à manutenção da saúde destas pessoas.

Ao focar o uso do respirador no cuidado ao paciente portador de TBP e a vulnerabilidade do profissional, assinalamos a Lei nº 7.498/86, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, que dispõe sobre o exercício da enfermagem. A prática profissional observa o disposto em ambos os diplomas legais e no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, instituído pela Resolução COFEN 311/2007. No trabalho de enfermagem com este paciente, merecem destaque alguns dos princípios que o fundamentam. Entre eles, o comprometimento destes profissionais com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade, ao atuar na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais (COFEN, 1986; 1987; 2007).

No Capítulo I, Seção I – *Das relações com a pessoa, família e coletividade* – o Código de Ética descreve como responsabilidades e deveres do profissional: assegurar à pessoa, família e coletividade, assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou

imprudência (Art. 12); prestar assistência de Enfermagem sem discriminação de qualquer natureza (Art. 15); garantir a continuidade da assistência de enfermagem em condições que ofereçam segurança, mesmo em caso de suspensão das atividades profissionais decorrente de movimentos trabalhistas reivindicatórios da categoria (Art. 16) (COFEN, 2007).

No Código de Ética de Enfermagem, Capítulo I, Seção IV, que trata das relações com as organizações empregadoras, observamos como direitos do profissional:

Suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições dignas para o exercício profissional ou que desrespeite a legislação do setor saúde, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente por escrito sua decisão ao Conselho Regional de Enfermagem. (Art. 61);

Desenvolver suas atividades profissionais em condições de trabalho que promovam a própria segurança e a da pessoa, família e coletividade sob seus cuidados, e dispor de material e equipamentos de proteção individual e coletiva, segundo as normas vigentes. (Art. 63); e,

Recusar-se a desenvolver atividades profissionais na falta de material ou equipamentos de proteção individual e coletiva definidos na legislação específica. (Art. 64). (COFEN, 2007).

Nas enfermarias e quartos, o paciente portador de TBP é permanentemente assistido por um grupo de profissionais: a equipe de enfermagem. É direito deste paciente receber cuidado integral durante 24 horas e, como mencionado, é dever dos profissionais garantir este direito, como previsto na legislação em vigor.

A Constituição Federal (1988), no Art. 7º, inciso XXII, ratifica direitos dos trabalhadores à saúde, com ênfase na redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio das normas de saúde, higiene e segurança. Neste sentido, a Portaria nº 3.214 do Ministério do Trabalho, datada de 8 de junho de 1978,

aprova as Normas Regulamentadoras (NR) de segurança e saúde no trabalho no Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), relativas a Segurança e Medicina do Trabalho (BRASIL, 2000).

Entre estas, merecem destaque a NR nº 6 e a NR nº 32. A primeira, intitulada *Equipamento de Proteção Individual*, caracteriza o respirador como “dispositivo de uso individual, de fabricação nacional ou estrangeira, destinado a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador”. De acordo com a referida NR, a proteção respiratória deve ser fornecida por respiradores contra poeira, máscaras para trabalhos de limpeza por abrasão, respiradores e máscaras de filtro químico para a exposição a agentes prejudiciais à saúde. Nestes atos normativos, não há especificações acerca do uso do respirador como equipamento de proteção individual (EPI) (BRASIL, 2005; 2006).

A Seção IV, Artigo 166, prevê que a empresa é obrigada a fornecer aos empregados, gratuitamente, o EPI adequado ao risco e em perfeito estado de conservação e funcionamento. O Art. 167 complementa que o EPI só poderá ser posto à venda ou utilizado com a indicação do Certificado de Aprovação do Ministério do Trabalho.

A NR-32 intitula-se: “*Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde*”. Tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde. É considerada de extrema importância no cenário brasileiro, como legislação federal específica que trata das questões de segurança e saúde no trabalho, no setor da saúde, pois as normatizações existentes encontram-se esparsas, mencionadas em diversas outras NR e resoluções, que não foram construídas especificamente para estes

casos (ROBAZZI e MARZIALE, 2004).

Para fins de aplicação desta NR, considera-se risco biológico a probabilidade da exposição ocupacional a agentes biológicos, entre eles *MTB*. Em relação ao uso de EPI, refere que deverão estar à disposição em número suficiente nos postos de trabalho, de forma a garantir o seu imediato fornecimento ou reposição. É válido ressaltar que também nesta NR, não há referência aos tipos de EPI a serem utilizados por profissionais de saúde.

Diante do exposto, admitimos que a responsabilidade do profissional, do pesquisador, da sociedade, dos gerentes das Instituições de saúde e dos líderes governamentais esteja colocada no interior dessa questão, isto porque a preocupação com a biossegurança do grupo de pessoas expostas ao bacilo da TB é incipiente, em nosso meio.

Sendo assim, a observação entre o ideal surgido da elaboração cognitiva dos pesquisadores, e o real, proveniente da aplicação funcional dos recursos disponíveis para proteção dos profissionais de saúde, permite apontar para a existência de situações de inconformidade em hospitais, que podem afetar a eficácia e a efetividade das medidas de biossegurança para TB. Em nosso meio, o estudo de tais situações de inconformidade em hospitais torna-se relevante.

00-00Г000-ИМЗ П02П00-ГА



3. ALICERCE METODOLÓGICO

Toda percepção é uma comunhão, a retomada ou o acabamento, por nós, de uma intenção alheia ou inversamente, a realização, no exterior, de nossas potências perceptivas. É como um acasalamento do nosso corpo com as coisas.

(MERLEAU-PONTY, 2006, p.429)

Consoante a necessária complementaridade entre as distintas tradições metodológicas, o estudo parte de um diálogo com as pesquisas da área quantitativa, as quais evidenciaram o alto índice de infecção e adoecimento por TB entre os profissionais de enfermagem (ALMEIDA, 1994; FRANCO, 2003; COSTA, 2005; KRITSKI, CONDE e MUZI DE SOUZA, 2005). Tais evidências associam-se às observações da pesquisadora, ao longo de vários anos de prática profissional, retratando o uso do respirador, equipamento de proteção individual recomendado como medida de controle da TB (SIMÕES, 2002; BRITO *et al.*, 2003; COFFEY *et al.*, 2004).

Dada a natureza do objeto, o desenvolvimento da pesquisa orientou-se pela abordagem qualitativa, que permite a compreensão de experiências não passíveis de quantificação (TESCH, 1995). A pesquisa qualitativa, de acordo com Minayo (2004), trabalha com o mundo dos significados das ações e das relações humanas, respondendo a questões muito particulares, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Optamos pela realização de uma pesquisa exploratória porque, conforme já assinalado, nas bases bibliográficas da Biblioteca Virtual de Saúde (LILACS,

SciELO, BDNF e MEDLINE), não foi encontrada literatura que desvelasse o objeto aqui focalizado. Adotamos, como vertente, o método fenomenológico, tendo como fundamento as contribuições de Maurice Merleau-Ponty no que concerne ao ato perceptivo, pelo fato de estas acenarem para a possibilidade de tratarmos o evento originário da percepção na interface com o corpo, base da existência do homem no mundo.

A pesquisa qualitativa intenciona a compreensão da significação, do sentido dos comportamentos e práticas humanas (TURATO, 2003). Ao preocuparmo-nos com o uso de um equipamento de proteção, temos em vista um problema concreto que cotidianamente nos cerca (CARMO, 2002), reforçando a importância da apreensão deste fenômeno por meio dessa metodologia (GRYPDONCK, 2006). Na área da saúde, é de grande relevância apreender, nas perspectivas do profissional e na de outros atores sociais, como se constituem experiências e práticas em torno da promoção da saúde e da atenção à enfermidade (BOSI e MERCADO, 2004).

Uma premissa da tradição qualitativa é a de que a realidade social não é evidente, podendo haver distância entre o que aparece à primeira vista e o que encontramos em profundidade (DEMO, 2005). Para evitar a apreensão imediata dos elementos que se mostram à primeira vista, procuramos respeitar os critérios de rigor necessários à realização dos estudos científicos, descrevendo-os, em seguida, na exposição do método, no detalhamento do trabalho de campo e dos procedimentos de análise.

3.1 O Método em Merleau-Ponty

Recorremos à fenomenologia da percepção (MERLEAU-PONTY, 2006) e adotamos a *compreensão mundana* em uma perspectiva crítica (MOREIRA, 2004), na tentativa de elucidar as experiências de profissionais de enfermagem e compreender suas percepções acerca da importância do uso do respirador.

A fenomenologia contemporânea, a partir de Edmund Husserl (1859-1938), incorporada sob diferentes formas por autores como Martin Heidegger (1889/1976), Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) e Alfred Schutz (1899-1959), entre outros, tem possibilitado a compreensão dos diversos processos implicados na produção do cuidado em saúde e, particularmente, na enfermagem (CAPALBO, 1998b).

Durante a construção do caminho percorrido, estivemos atentos à necessidade de recuperar o rigor científico da base epistemológica originária de Edmund Husserl (CAELLI, 2000; DARTIGUES, 2005), essencial ao método de investigação fenomenológica. O rigor da Fenomenologia nasce no momento em que Husserl, visando construir uma Fenomenologia pura do vivido, coloca entre parênteses a questão do ser e trata como um problema autônomo, “a maneira de aparecer das coisas” (DARTIGUES, 2005, p.11).

Dartigues (2005, p.12) concebe a Fenomenologia como “um rio de múltiplos braços que se cruzam sem se unir e sem desembocar no mesmo estuário”. Segundo a etimologia, Fenomenologia (*phainoménon*, fenômeno + *log(o)* + *ia*) é o estudo ou a ciência dos fenômenos. Fenômeno é uma palavra de origem grega e significa *luz, brilho*; ou seja, aquilo que se mostra, que está manifesto, o revelado.

O *manifesto* não expressa aparência ilusória, mas algo *tal como é*. É a volta da filosofia às suas origens, “às coisas mesmas” (DARTIGUES, 2005, p.19), tais como aparecem a nós no mundo. Implica permitir que as coisas se manifestem, se mostrem a nós ou se deixem revelar como são, sem que projetemos nelas as nossas construções intelectuais.

Entendemos que todo fenômeno tem uma forma, um invariante, algo que o caracteriza como tal, que pode ser designado, nomeado e significado (LEOPARDI, 2002). Desta forma, a tarefa filosófica da Fenomenologia consiste em descrever os fenômenos, e não em explicá-los. Em termos fenomenológicos, *descrever* pressupõe abordar o fenômeno na perspectiva do homem que o vivencia, tal como ele se apresenta à consciência. Por sua vez, *explicar* é um ato que implica em interferir no fenômeno, introduzindo nele nossas categorias lógicas (CARMO, 2002; CAPALBO, 2004; MERLEAU-PONTY, 2006).

De acordo com Coltro (2000), este método tem como princípio elucidar a essência, articulando o fenômeno ao tempo e à experiência temporal, pois o que interessa é compreender as significações essenciais ou o ato intencional que atribui sentido às coisas, garantindo as características de descrição e significação do fenômeno.

No método fenomenológico, em Husserl, apreendemos que “os fenômenos se dão a nós por intermédio dos sentidos; eles se dão sempre como dotados de um sentido ou de uma essência” (DARTIGUES, 2005, p. 19), um significado invariante que atribui qualidades a cada objeto.

A essência responde à questão “o que é o que é?”, a qual remete, por sua vez, à indagação: “O que se quer dizer?” (dirigida à consciência). “Isto

significa que as essências não têm existência alguma fora do ato de consciência que as visa e do modo sob o qual ela os apreende na intuição” (DARTIGUES, 2005, p. 19). Esta questão pode ser colocada para qualquer fenômeno. Quando não a colocamos, é porque acreditamos que estamos seguros da sua essência. O filósofo acrescenta que “a essência permite identificar o fenômeno, porque ela é sempre idêntica a si própria. Não importa as circunstâncias contingentes de sua realização” (Op.cit., p.14-15).

Para realizar a análise e chegar à essência, Husserl privilegia a consciência, pois é como *vivências de consciências* que elas se dão a nós, e recorre à noção de *intencionalidade* utilizada por Franz Brentano (1838-1917). O princípio da intencionalidade é o de que *a consciência é sempre consciência de algo*, se direciona a um *objeto*, é *intencional*, o qual é desprovido de sentido, por isso, necessita de um ato de atribuição de sentido pelo sujeito. Desta forma, de acordo com Dartigues (2005, p. 22), “o objeto só pode ser definido em relação à consciência; ele é sempre objeto-para-um-sujeito”; ou seja, para uma consciência.

Para nós, este foi o modo utilizado para apreender, a partir da vivência dos entrevistados - Auxiliares e Técnicos de Enfermagem - o uso do respirador no ato de cuidar do paciente portador de TBP, e atribuir significado ao fenômeno. Como os atos se dão a partir de *um eu que os vivencia*, este objeto foi situado no mundo a partir da sua relação com a *consciência do sujeito que o percebe* – a pesquisadora – que, para compreendê-lo, direcionou-se às próprias vivências.

Para Husserl, isto significa suspender todas as intencionalidades que estão sendo examinadas; ou seja: colocar todos os pré-conceitos, juízos,

opiniões, inferências com respeito ao fenômeno, e até mesmo as proposições científicas entre parênteses, deixando simplesmente que o fenômeno se mostre antes de qualquer retorno sobre nós mesmos e o que sabemos sobre ele (DARTIGUES, 2005).

A *redução* é a aplicação metodológica da descrição dos fenômenos, visando desvelar aquilo que é essencial. O termo *redução*, com a raiz latina *reducere*, é conduzir de volta, uma retenção ou um retraimento. Significa, assim, a *retirada* dos alvos de nosso interesse, *em direção* ao que parece ser mais um ponto de vista restritivo, simplesmente um daqueles alvos destacado pela intencionalidade (SOKOLOWSKI, 2004).

A redução fenomenológica mostra como resíduo a impossibilidade de se reduzir *a vivência da consciência*, pois ela é vivida por um sujeito de quem se originam as significações. Assim, a análise da consciência é direcionada ao sujeito e torna-se “análise da vida do sujeito no qual e para o qual se constitui o sentido do mundo” (DARTIGUES, 2005, p.25).

Neste contexto, cabe resgatar as contribuições de Merleau-Ponty (2006, p.1), filósofo existencialista, para quem “a fenomenologia é o estudo das essências”. Este filósofo repõe “as essências na existência”. Acrescenta que a *compreensão do homem e do mundo só ocorre a partir da facticidade*. Recoloca-se, assim, a indissociabilidade subjetividade-materialidade (mundo, no dizer do filósofo) já que, para Merleau-Ponty, não se trata de considerar a consciência como algo puro, distanciado do mundo que, dialeticamente, é o meio de realização da consciência (MOREIRA, 1997).

Desse modo, *buscar a essência* do mundo não é buscar aquilo que é em idéia, uma vez que tenhamos reduzido a tema de discurso. É “buscar aquilo

que de fato ele é para nós antes de qualquer tematização” (MERLEAU-PONTY, 2006, p.13). A facticidade é, portanto, algo que se vive na existência, e que pode ser modificado de acordo com a situação que o sujeito vive.

Por estarmos em relação com o mundo durante todo o tempo, e sermos parte dele, é que precisamos utilizar a redução. A única maneira de percebermos isso é aprender este movimento, recusando-lhe nossa cumplicidade:

Não porque se renuncie às certezas do senso comum e da atitude natural. Mas, justamente porque enquanto pressuposto de todo pensamento, elas são evidentes, passam despercebidas. Para despertá-las e fazê-las aparecer, precisamos abster-nos delas por um instante. Visto que na percepção é a própria matéria que adquire sentido e forma. (MERLEAU-PONTY, 2006, p.434)

Assim, a redução está implicada na existência, na dimensão desta experiência vivida. Quando nos movemos nesta atitude, tornamo-nos parte da cena que se passa. Isto porque, “as intencionalidades que contemplamos - as convicções, dúvidas, suspeições, certezas e percepções que examinamos e descrevemos - ainda são nossas intenções” (SOKOLOWSKI, 2004, p. 57), porque o nosso corpo se mantém sempre neste mundo.

Significa dizer que devemos “recuar aquém de nosso engajamento, para fazer com que ele mesmo apareça como espetáculo” (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 11).

3.2 Corpo, Percepção e Experiência no Cuidado ao Paciente Portador de TBP

A incorporação desta seção emergiu da pesquisa aos descritores: *fenomenologia, fenomenologia existencial, percepção, corpo, historicidade e*

temporalidade. Nesta busca, inserimos a *dimensão corpórea*, já que o corpo é o principal instrumento para a realização dos cuidados de enfermagem (FIGUEIREDO e CARVALHO, 1994) ao paciente portador de TBP; é por meio dele que o processo se estabelece.

O sentido que o mundo faz para o sujeito origina-se na percepção, “fundo sob o qual todos os atos se destacam sendo ela pressuposta por eles” (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 6). Este sentido manifesta-se no corpo encarnado e na fala, como gesto que o corpo exprime (MERLEAU-PONTY, 2006).

É imprescindível o papel do corpo no delineamento da experiência, cujo conceito expressa a preocupação de Husserl em problematizar e compreender como os indivíduos vivem. A idéia da *experiência como modo de estar no mundo*, remete-nos diretamente ao corpo como fundamento de nossa inserção no mundo. Problematizar esta idéia

significa assumir que o modo como os indivíduos compreendem e se engajam ativamente nas situações em que se encontram ao longo de suas vidas, não pode ser deduzido de um sistema coerente e ordenado de idéias, símbolos ou representações. (RABELLO, 1999, p.10)

Desse modo, podemos dizer que o corpo fornece a perspectiva a partir da qual nos colocamos no espaço, e como os objetos e o próprio espaço ganham sentido para nós. O *ser no mundo*, para Merleau-Ponty (2006, p. 601), é marcado pela “coexistência do eu e do outro, em um mundo intersubjetivo”. O outro e eu estamos e continuaremos compreendidos em uma rede única de condutas, em um fluxo de intencionalidade em que a consciência se dirige de um para o outro, pois, “a consciência é sempre consciência de alguma coisa. Ela só é consciência estando dirigida a um objeto, o qual por sua vez só tem seu sentido de objeto para uma consciência” (DARTIGUES, 2005, p.29).

Essencialmente presente nas manifestações intersubjetivas, o corpo *encarna* a possibilidade de compreensão dos gestos e das palavras, assinalando o caráter corpóreo da significação, cuja apreensão está na reciprocidade de comportamentos *vividos* na dimensão social (FURLAN e BOCCHI, 2003). A intersubjetividade aponta para o *presente vivido*, no qual os indivíduos desenvolvem suas ações, procuram compreender-se mutuamente e compartilham o mesmo tempo e espaço com os outros (RABELLO, 1999).

A perspectiva fenomenológica expressa a modalidade de experiência pré-reflexiva ou pré-objetiva. Significa dizer que o mundo se apresenta para nós, em primeiro lugar, como esfera de ação ou prática, antes de se apresentar como objeto de conhecimento. Assim, o domínio da prática define-se essencialmente pelo engajamento ou imersão na situação. Ante a dificuldade de sustentar esta imersão prática, pré-reflexiva no mundo, é que ingressamos em uma unidade reflexiva (RABELO, 1999).

Para iniciar o estudo da percepção, Merleau-Ponty discorre acerca da influência da sensação que, oriunda dos órgãos do sentido, é entendida como a maneira pela qual o indivíduo é afetado. Poderíamos entender por sensação “a maneira pela qual sou afetado e a experiência de um estado em mim mesmo” (MERLEAU-PONTY, 2006, p.23).

Como elemento da sensação, encontra-se a noção de sensível. A experiência sensível pode ser tomada como um processo vital, assim como a procriação, a respiração ou o crescimento. Contudo, embora pareçam imediatas e claras, estas dimensões são descritas como confusas e “falseiam toda a análise da percepção” (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 35).

Diferentemente de outros filósofos, Merleau-Ponty (2006) tem atenção

especial à forma de conceber os sentidos; sua meta é o mergulho no sensível. Para ele, não se deve banir, em nome da razão, aquilo que a precede, pois estas forças irreflexivas, que alguns nomeiam inconsciente, desempenham importante papel na produção artística, científica e filosófica, e também importam no estudo de comportamentos, qualquer que seja a esfera da vida humana.

Para falar da consciência, Merleau-Ponty parte do mundo da percepção a fim de promover a análise da existência concreta e da experiência humana em sua totalidade, evitando o dualismo entre a consciência e o mundo. Lança mão da descrição fenomenológica e realiza um esforço para recolocar o pensamento numa existência pré-reflexiva, introduzindo como base o mundo sensível, tal como ele existe para o nosso corpo. De modo que não há separação e oposição entre os dados sensíveis e os racionais, no ato de apreensão do objeto (CAPALBO, 2004).

Conforme já assinalado, Merleau-Ponty concebe que *a percepção se dá em uma experiência corpórea, vivenciada pelo corpo-encarnado ou próprio, o que lhe confere as características da temporalidade e da mundaneidade carnal* (FURLAN e BOCCHI, 2003).

No percurso deste estudo, conforme já aludido, o corpo foi entendido como *carne, corpo encarnado*; isto é, por uma interioridade que não se reduz à imanência da consciência, mas que também não se explica pela exterioridade de mecanismos físico-fisiológicos.

Percepção e percebido ocorrem no mundo, no horizonte temporal, em perspectivas, quando o sentido vai se pondo e a significação se processando. A percepção oferece verdades como presenças, no momento em que o sentido

se faz presente para o sujeito. Assim, a percepção não é uma ciência do mundo, não é um ato ou uma tomada de posição deliberada; ela é o campo de revelação do mundo, o fundo sobre o qual todos os atos se destacam. É o campo de experiência onde se fundem sujeito e objeto (MERLEAU-PONTY, 2006). Entendemos este *onde*⁷ como sendo o mundo, no caso deste estudo, o ambiente hospitalar, espaço da compreensão aqui pretendida.

A percepção é o encontro entre a subjetividade e as coisas, o percebido apresenta-se como o que é e permanece. Mas, o percebido na evidência da presença, revela também o seu reverso. Portanto, existem coisas a ver, um mundo onde se vive e se mostra a si mesmo (CAPALBO, 2004).

Para Moreira (1997), as experiências constituem-se como fonte de todo o conhecimento. O mundo está aí mesmo, ele é inesgotável e o conhecimento que podemos ter dele ocorre, sempre, em perspectiva. Quanto a isso, Merleau-Ponty (2006, p. 3) afirma que:

todo o universo da ciência é construído sobre o mundo vivido. Se nós queremos pensar a ciência com rigor, apreciar seu sentido e seu alcance, é preciso, primeiramente, despertar essa expressão do mundo, da qual ela é expressão segunda. Sem estes, os símbolos da ciência não diriam nada. A ciência não tem o mesmo sentido de ser que o mundo percebido, porque ela é uma determinação ou explicação dele.

Porque o homem é a fonte absoluta, sua experiência não provém de seus antecedentes, de seu ambiente físico e social, mas caminha em direção a eles e os sustenta. Então,

retornar às coisas mesmas é retornar a este mundo, anterior ao conhecimento e do qual o conhecimento sempre fala, é retornar ao local onde se procede a toda a experiência e em relação a qual toda determinação científica é abstrata, significativa e dependente. (MERLEAU-PONTY, 2006, p.4)

⁷Grifo nosso.

Após algumas demarcações das interfaces corpo-experiência-percepção, e antes de passar à explanação do trabalho de campo realizado, apresentamos, nesta seção, alguns estudos que utilizaram esta tríade como alicerce, uma vez que esse exercício constitui, consoante Minayo (2004), etapa primordial do que a autora concebe como *fase exploratória da pesquisa*. Noutras palavras, uma vez delineado o contorno epistemológico do método, passamos ao estado da arte acerca dos estudos orientados pela metodologia fenomenológica, de modo a situar a contribuição desta pesquisa neste campo metodológico.

Embora os estudos não apresentassem proximidade com o objeto aqui focalizado, voltavam-se para a tríade que era nosso interesse: corpo, experiência e percepção. Entre estes, chamaram-nos a atenção os estudos de Freitas (1993), Garrido (2000), Muramatsu (2001), Chini e Boemer (2002), Ohl (2002), Pereira (2000), Santos e Valle (2002), Souza e Erdman (2003), Azevedo e Lopes (2005) e Ortega (2005a, b). Todos convergiam para algumas premissas que também nos guiaram, salientando que a percepção emerge de sensações vivenciadas pelo corpo como dimensão existencial marcada pela ambigüidade, e que se espacializa no mundo próprio. A sua presença no mundo vivido possibilita a elaboração de reflexões e a compreensão do existir.

Constatamos, assim, que esse referencial vem possibilitando a compreensão de experiências de profissionais, pacientes e familiares, bem como a apreensão de percepções, sentimentos e significados de situações para as pessoas que vivenciam, sem enfatizar, sua determinação biológica ou social.

O conceito de percepção do outro e de si tem sido utilizado como possibilidade para a construção de estratégias que envolvem o cuidado e a

reflexão sobre o mundo vivido, e também o caminho para a investigação e a crítica na abordagem de situações que se relacionam à Enfermagem. No caso dos estudos localizados, os mesmos versavam sobre um amplo conjunto de temas: cuidado; relacionamento interpessoal; paciente em coma; amputação de mama; obesidade e abandono de tratamento, dentre outros.

Nesta busca, encontramos os estudos de Madeira (1993), Silva (2000) e Pereira (2000), os quais se originaram da experiência profissional vivida pelas autoras, tomando como dimensões: o corpo, a experiência, a percepção, as sensações, o mundo vivido, a temporalidade, a espacialidade, a dimensão existencial e a presença. Os horizontes percorridos buscavam desvelar e compreender a existência, a *facticidade* de pessoas - *ser no mundo* - ou corpo mundano acerca de diversos fenômenos que pertencem ao mundo, e especificamente a este corpo, a partir da percepção do outro, do relacionamento entre pessoas, das doenças física e mental, da mutilação do corpo e da percepção acerca da morte. Sendo assim, foram referências importantes no que se refere ao emprego do método.

Contudo, não encontramos estudos que, à luz da Fenomenologia, se dispusessem a compreender o uso do respirador por profissionais de enfermagem, durante o cuidado ao paciente portador de TBP. Esta dificuldade, se por um lado tornou nosso percurso mais árduo, por outro, realçou a originalidade deste estudo, incentivando-nos a seguir adiante.

3.3 As Estratégias para o Trabalho de Campo

Entendemos o campo de pesquisa como o recorte espacial que representa a realidade empírica correlata ao objeto de investigação (MINAYO,

2004). As pessoas investigadas pertencem a este recorte espacial, e atuam como sujeitos da história a ser investigada. Para esta autora, ao partirmos da construção teórica do objeto de estudo, o campo torna-se palco de manifestações de intersubjetividades entre pesquisador e grupos estudados, propiciando a construção do conhecimento.

Por sua importância, o trabalho de campo precisa ser pensado a partir de referenciais e de aspectos operacionais que envolvem questões conceituais. Não se pode considerá-lo neutro, já que o campo social não é transparente, e tanto o pesquisador como os informantes, sujeitos-objetos da pesquisa, interferem dinamicamente no conhecimento da realidade (MINAYO, 2004).

Realizamos o trabalho de campo para conhecer o sentido de experiências de pessoas inseridas em práticas concretas (GRYPDONCK, 2006), as quais aceitaram ser entrevistadas no estudo. Nesse plano, encontramos o dinamismo estabelecido pelo profissional no cuidado ao paciente portador de TBP, com toda a riqueza de significados. Consoante Minayo (2004), constatamos que a realidade apresentada encontrava-se em movimento e em desenvolvimento contínuos, revelando-se mais rica que qualquer teoria, pensamento ou discurso que antecipássemos a respeito dela.

Desta forma, adotamos a postura heurística que, no plano ontológico, recusa o princípio da existência de uma realidade em si a ser coletada; assumindo, em lugar disso, o caráter de construção em relação, portanto intersubjetiva das informações, conforme já aqui aludido. No plano epistemológico, esta postura reflete a renúncia à busca de objetivação e neutralidade, concebendo as técnicas como relações sociais submetidas aos aspectos contextuais sócio-históricos que circunscrevem as demais relações

entre os atores implicados (BOSI e MERCADO, 2004).

Privilegiamos o modo de conhecer e perceber os objetos ou os aspectos destes objetos, vistos de certa distância, tais como se apresentam à vista. Durante o estudo, *colocamos em suspensão* as teorias científicas, as concepções filosóficas tradicionais, e até a atitude natural de profissional que utiliza o respirador; a fim de reorientar o olhar em relação ao fenômeno em questão. Como sujeito que percebe o objeto, realizamos contato o mais livre de pressupostos, deixando simplesmente que o fenômeno, em sua essência, se mostrasse à consciência tal qual era.

Como pesquisadora, e sujeito que constitui e participa desta experiência, durante as entrevistas permanecemos atentas a eventuais interferências. Em todos os momentos, procurávamos manter entre parênteses o nosso conhecimento, efetivando o exercício de *redução*. Participamos da estrutura íntima e latente deste cenário ao investigarmos questões, perceptíveis ou não à simples observação ou reflexão, para desvelar suas relações e avançar no conhecimento do fenômeno, pois, assim como Carmo (2002), acreditávamos não estar diante das coisas do mundo como meros espectadores, e sim entre elas, em freqüente interação.

Merleau-Ponty (2006) aponta a presença de um saber oculto, o qual não se expressa ou manifesta diretamente ao nosso olhar, e é este mistério que procuramos desvelar. Existe um horizonte de coisas não vistas, ou mesmo invisíveis, que permanece escondido, mas cuja sombra e luminosidade podem ser antecipadas. Consoante Carmo (2002), seguimos a trajetória que parte da *certeza sensível* de seu fluxo cotidiano para, em seguida, chegar à *abstração do real* sem, contudo, torná-lo uma construção artificial.

Deste modo, passamos a descrever, o mais fielmente possível, como se deu nossa aproximação com as experiências dos participantes do estudo: as questões éticas, o campo, os entrevistados, como realizamos a busca de informações e outras especificidades dos grupos focais. Tal detalhamento, consoante a tradição qualitativa, revela-se como um procedimento de busca de rigor, imprescindível na prática científica, sobretudo, no solo epistemológico em que se baseia esta investigação.

3.3.1 Questões Éticas do Estudo

Como Enfermeira-Chefe de Seção no espaço institucional da pesquisa, ao visar o estabelecimento da convivência ética com os entrevistados e com o próprio campo, definimos alguns princípios que delineassem a entrada em campo. Inicialmente, encaminhamos a síntese do projeto para conhecimento, avaliação da viabilidade e aquiescência do Diretor da Divisão de Enfermagem (DEN). Posteriormente, o protocolo do estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), tal como disposto pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) na Resolução 196-96 (BRASIL, 1996).

Após recebimento do Parecer nº 114/04, do CEP (ANEXO A), favorável à realização da pesquisa, optamos por apresentar o projeto a todos os enfermeiros gerentes da DEN (Direção, Chefes de Serviço, Seção e Setores de enfermagem), a fim de que, juntos, elaborássemos o planejamento de entrada em campo.⁸

⁸Aproveitamos as realizações sistemáticas de reuniões com a linha diretiva da DEN e, em 30 minutos, apresentamos o objeto, objetivos e método utilizado para a investigação. Neste momento, solicitamos informações peculiares acerca do campo no qual estavam inseridos e de suas equipes, prováveis participantes do estudo.

Assim, definimos, o número de profissionais a serem liberados por setor para participação nos grupos, bem como o melhor horário para sua realização. Optamos pela participação de dois funcionários de cada setor, a fim de que não houvesse prejuízo no cuidado dos pacientes hospitalizados. Os entrevistados preferiram que a realização dos grupos ocorresse no período da tarde (aproximadamente entre 14 e 16 horas), momento de menor demanda de atividades nos setores.

Consoante os princípios éticos adotados, respeitamos o desejo de participação voluntária de cada um (CNS 196/96) declarado no início dos encontros, quando realizávamos a leitura conjunta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Garantimos a todos que as informações seriam gravadas e transcritas pela pesquisadora, e utilizadas somente para fins deste estudo.

Visando preservar o anonimato dos profissionais, utilizamos como código a letra G (**G**rupos) junto ao número do grupo em que participaram (G - I, II, III ou IV), seguido da letra E (**E**ntrevistado) e do número que receberam no grupo (I – 1, 2, 3, 4, 5, 6). Exemplo: G-III/ E-4. Lembramos a inexistência de ônus ou bônus para os participantes, pois os grupos ocorreriam nos dias em que estivessem na Instituição, desenvolvendo suas atividades. Procuramos, acima de tudo, manter uma relação respeitosa e dialógica com todas as pessoas envolvidas.

3.3.2 Campo de Estudo

O campo de pesquisa escolhido foi o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Dentre outros aspectos, lembramos que esta opção deu-se em virtude da alta prevalência de infecção por TB nesta Instituição (MUZY DE SOUZA, 2000).

O HUCFF situa-se no plano mais elevado de complexidade dentre as Instituições de Saúde. É um hospital público em níveis terciário e quaternário, voltado para o desenvolvimento de ações de ensino e pesquisa, em consonância com a função social da Universidade, articulada à assistência e à saúde de alta complexidade. Promove atendimento de qualidade, de acordo com princípios éticos e humanísticos (UFRJ, REGIMENTO, 1978).

Por reunir ensino, pesquisa científica e assistência à comunidade em um só local, no HUCFF convivem diariamente profissionais de diferentes formações e com variadas funções. A multidisciplinaridade é uma característica do hospital, que hoje conta com 3.513 servidores, além de médicos residentes, estudantes de medicina e estagiários de diversos cursos. Destes, 260 são Enfermeiros e 901 Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, sendo, portanto, essas últimas categorias de expressiva importância no processo de trabalho desta Instituição.

Por apresentar estas características, o HUCFF está apto a executar procedimentos de alta complexidade, além de receber o paciente portador de TB associada a outras patologias. As pesquisas acerca desta temática vinculam-se à Rede de Pesquisa em TB (REDE-TB), ligada ao Programa Acadêmico de TB, que inclui as atividades da Unidade de Pesquisa em Tuberculose (UPT), do Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica / Setor Tisiologia e do Programa de Controle de Tuberculose Hospitalar (PCTH) do complexo universitário da UFRJ.

O PCTH tem participado da avaliação do paciente portador de TB e de

suas necessidades de atendimento. No que diz respeito à estrutura física hospitalar, sugere mudanças para adequar o ambiente ao paciente em questão, preocupando-se com a transmissão e controle da TB (infecção ou doença) e com o treinamento de profissionais e alunos que desenvolvem atividades neste espaço.

A estrutura deste HU é composta por Divisões e Coordenações. A enfermagem está posicionada como Divisão, tendo como diretor um profissional Enfermeiro, técnico-administrativo. Essa peculiaridade tem garantido autonomia à Divisão, pois facilita a tomada de decisão gerencial e o envolvimento do profissional enfermeiro.

A DEN é o órgão encarregado de planejar, organizar, dirigir, coordenar e supervisionar as atividades desenvolvidas pelos Serviços que a integram. Procura assegurar elevado padrão técnico-científico e rigoroso princípio ético - profissional. De acordo com Menezes (1983), a concepção filosófica da instituição volta-se para o assistir e o cuidar com respeito à dignidade humana e preservação de seus direitos, aos valores inerentes à profissão e ao trabalho desenvolvido nos processos assistencial, administrativo e educacional.

Para definir os setores que participariam do estudo, optamos por excluir aqueles considerados *fechados* (Centro de Tratamento Intensivo e Emergência), por não terem área disponível para atendimento ao paciente portador de TBP, e incluímos os setores de clínica médica e de clínica cirúrgica que dispusessem de quarto de precaução aérea.

3.3.3 Participantes do Estudo

Participaram do estudo 19 profissionais (16 Técnicos e 03 Auxiliares de Enfermagem). A amostra foi intencional (TRIVINOS, 1990), para refletir os contornos teóricos do objeto (TESCH, 1995). Para tanto, selecionamos participantes que apresentavam, na totalidade do grupo e na singularidade dos sujeitos, os requisitos necessários para compor o conjunto de *informantes-chave* da investigação (GELUDA *et al.*, 2006), sobretudo, por terem experiência com o uso do respirador.

Os critérios de inclusão definidos na amostra intencional, visando ao *acúmulo subjetivo* dos entrevistados em relação ao objeto investigado, foram:

1. ser Auxiliar ou Técnico de Enfermagem;
2. estar lotado nos setores de clínica médica e/ou cirúrgica que mantivesse o paciente portador de TBP nas enfermarias ou nos quartos para precaução aérea;
3. estar desempenhando atividades no serviço diurno, no período de junho a dezembro de 2005;
4. atuar no cuidado do paciente portador de TBP;
5. pertencer ao quadro funcional do HUCFF, na qualidade de concursado ou cooperativado.

O quadro de pessoal da equipe de Enfermagem distribui-se em distintas categorias profissionais. Os Enfermeiros são graduados em estabelecimentos de ensino superior; os Técnicos são portadores de certificado de conclusão ensino médio e os Auxiliares, de ensino fundamental. Embora a Lei 7.498/86 (Lei do Exercício Profissional) descreva funções específicas para as categorias de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, o HUCFF não faz esta distinção na

distribuição de funções. Todos são responsáveis pelo cuidado direto ao paciente e pela execução de procedimentos não invasivos ou de menor complexidade, conforme previsto no Manual que define as normas, atividades e tarefas destes profissionais⁹.

Os profissionais de enfermagem permanecem na Instituição por 24 horas. A escala mensal define a localização e o horário de trabalho destas pessoas, em regime de plantão (plantonista) e como diaristas. Os plantonistas atuam em serviço diurno – das sete às dezenove horas, e serviço noturno – das dezenove às sete horas. Os diaristas caracterizam-se por atuarem no turno da manhã (das sete às treze horas); da tarde (das treze às dezenove horas e trinta minutos); ou manhã e tarde (das sete às dezesseis horas). Existe distinção entre as atividades realizadas nos diversos turnos de trabalho, as quais ocorrem em maior intensidade no turno diurno, mais especificamente na parte da manhã.

A admissão destas pessoas na Instituição pode ocorrer pela Universidade (os profissionais são efetivos; fazem parte do quadro de funcionários públicos) ou pelo hospital (os profissionais permanecem em regime de contratação), sob a responsabilidade de uma cooperativa de saúde. Esta situação diferencia o gerenciamento do grupo, pois os direitos trabalhistas (férias, licenças, entre outros) e a carga horária de trabalho são distintos. O grupo de servidores públicos com jornada de 40 horas semanais cumpre, na prática, 30 horas de trabalho em regime de 12 horas de trabalho por 60 horas de descanso. Os profissionais cooperativados cumprem 44 horas semanais, em

⁹Manual de Normas, Atividades e Tarefas da Divisão de Enfermagem: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. Documento oriundo do Serviço de Desenvolvimento de Enfermagem. HUCFF/UFRJ. Revisado em 2004.

regime de 12 horas de trabalho e 36 horas de descanso. A renovação freqüente do quadro de contratados pela cooperativa implica em dificuldade para treinamento e manutenção da educação permanente do grupo.

Em estudo realizado por Santos, Azevedo e Marques (2006) para caracterizar os profissionais de enfermagem que trabalham com o paciente portador de TBP neste HU, participaram 37 Técnicos e Auxiliares. Destes, 89% eram representados por técnicos, e 11% por auxiliares. Para 58% dos profissionais, o período de desenvolvimento de atividades no setor onde se encontrava o paciente portador de TBP oscilava entre 01 e 05 anos. A formação específica voltada para o trabalho com este doente foi relatada por 67% dos participantes. A educação continuada acerca da temática foi citada por 57%, enquanto 43% disseram que nunca realizaram qualquer treinamento. A TB doença esteve presente em 5% dos entrevistados.

Santos, Azevedo e Marques (2006) constataram que estes profissionais vivenciavam as mesmas questões sócio-econômicas e sociais que os demais cidadãos mas, por desenvolverem atividades diretamente com os indivíduos portadores de TBP, os riscos adicionais a que estavam expostos deveriam ser melhor considerados. Embora a Instituição estudada fosse um hospital universitário, portanto, campo de treinamento para o ensino, concluíram que o mesmo não atendia plenamente às necessidades de treinamento e educação permanente de seus trabalhadores.

3.3.4 A Construção das Informações

Para construir as informações, durante as entrevistas utilizamo-nos da fala dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem a fim de nos conduzirmos às

experiências dos membros dos grupos. A partir da linguagem, cada um expressou significados atribuídos ao uso do respirador (BICUDO, 2000; RIGGOTO e GOMES, 2002; MERLEAU-PONTY, 2006).

A palavra, estruturante da linguagem, é a modulação da maneira de existir; ela é o próprio ato de significar. A linguagem é responsável pela explicitação da percepção; encarna significações e estabelece a mediação entre o Eu e o Outro (MERLEAU-PONTY, 1984).

Como o caminho que pretendíamos trilhar era a descrição da experiência, expressa no discurso dos profissionais que a vivenciavam, a aproximação aos dados empíricos deste estudo ocorreu com a realização de entrevistas, por meio da técnica de grupo focal, amplamente utilizada por pesquisadores qualitativos (MOREIRA, 2004).

3.3.4.1 Os Grupos Focais

No período de junho a novembro de 2005, foram realizados quatro grupos, com a participação de 19 entrevistados, sendo 06 no Grupo I, 03 no Grupo II e 05 nos Grupos III e IV.

A entrevista em grupo, na pesquisa fenomenológica, possibilitou a apreensão das diferentes informações individuais vivenciadas em comum, pois cada ator social já experimentara e conhecia o fato de forma peculiar, permitindo a composição do quadro geral das estruturas e das relações, em que o mais importante não era a soma dos elementos, mas a compreensão dos modelos culturais e de suas particularidades, tal como menciona Capalbo (1998a).

A opção pela técnica de grupo focal fundamentou-se na possibilidade de

apreendermos a dinâmica social relacionada à atividade humana (BARBOSA, 1998; MORGAN, 1998) e de acessarmos informações de pessoas que compartilhavam traços comuns e a mesma experiência (WESTPHAL, 1992; DEBUS, 1997; GATTI, 2005): Auxiliares e Técnicos de Enfermagem que cuidavam do paciente portador de TBP, o que possibilitava a apreensão de conhecimentos, percepções, opiniões, representações e atitudes socialmente construídas (WESTPHAL, BÓGUS e FARIA, 1996; MARQUES, ASSIS e NASCIMENTO, 2005; GELUDA *et al.*, 2006) destas pessoas acerca do uso do respirador.

De acordo com Westphal, Bógus e Faria (1996), o processo de interação em grupo facilita a captação destas expressões, já que os comentários de uns podem induzir ao aparecimento da opinião de outros. Isto tornou possível ao pesquisador observar como as diferentes idéias emergem, apreendendo os diferentes graus de consensos e dissensos existentes (FURTADO, 2001).

Acrescenta-se a isso a possibilidade de participar, como moderadora, pessoa externa ao grupo, e contribuir, como menciona Furtado (2001), com as sínteses elaboradas a partir das questões trabalhadas e das experiências com a temática.

É preciso lembrar que o bom desempenho da técnica de grupo focal requer profissionais capacitados e experientes (MEIER e KUDLOWIEZ, 2003), além da garantia de que as informações sejam áudio-gravadas (WORTHEN, SANDERS e FITZPATRICK, 2004).

Desta forma as sessões foram gravadas e as fitas foram posteriormente duplicadas, sendo que uma permaneceu no arquivo da pesquisadora e a outra destinou-se à consulta e transcrição dos depoimentos. A iniciativa visou

proteger este material contra perda ou dano.

No planejamento dos grupos foi necessário definir os sujeitos participantes, a composição dos grupos e a questão ou o roteiro de questões para a discussão. O critério de seleção usado foi intencional e privilegiou a homogeneidade entre os participantes, pois estes permitem obter resultados mais ricos e aprofundados sobre o tema, na medida em que cada grupo reflete o seu pensamento por meio da linguagem, a partir de seu lugar específico como componente da trama social. De acordo com Westphal (1992), outra vantagem da homogeneidade é tornar mais fácil a interação grupal, ao passo que a heterogeneidade e as diferenças muito marcantes em termos de escolaridade, papéis sociais ou autoridade, podem inibir as relações entre as pessoas.

O investigador, também reconhecido como coordenador, moderador ou facilitador dos grupos, desempenhou papel fundamental na condução das discussões. Coube-lhe criar uma atmosfera apropriada e não ameaçadora entre os participantes; manter a discussão focalizada no assunto; encorajar a contribuição de todos; resolver conflitos; solicitar esclarecimentos quando os aspectos abordados não estivessem claros; encadear os assuntos, resumi-los e devolver ao grupo, periodicamente, as idéias básicas resultantes das discussões (WESTPHAL, 1992).

Neste papel, em todos os momentos, adotamos a postura não-diretiva, a imparcialidade e a informalidade, e estabelecemos um processo interativo com os participantes visando promover a produção do grupo e, ao mesmo tempo, estimulá-los a falar entre si, e não apenas responder ao moderador.

Para tanto, contamos com o auxílio de observadores, previamente treinados para este fim. Eles anotavam as contribuições de cada membro do

grupo, as conversas paralelas, os momentos que pareciam significar unanimidade ou discordância, entre outras situações que se mostrassem relevantes (WESTPHAL, 1992). Permaneciam sempre atentos às atitudes, às preocupações e à linguagem utilizada pelos profissionais em busca de sinais não-verbais que contribuíssem para a compreensão dos sentimentos expressos e o entendimento das questões relacionadas ao tema. Isso facilitou a exploração das relações entre as linguagens verbal e não-verbal manifestadas pelos participantes, ao trazerem os significados que não foram apreendidos nas falas, abrangendo o discurso nos planos digital e analógico (WATSLAWICK, BEAVIN e JACKSON, 1997).

A previsão de composição dos grupos foi de 07 participantes, visto que a inclusão de um número maior de elementos exige controle intenso do moderador, como ressaltado por Marques, Assis e Nascimento (2005) em seus estudos. Com relação à dinâmica de cada grupo, o procedimento inicial constou da apresentação dos seus integrantes, da própria facilitadora e das observadoras; da explanação das normas básicas e dos objetivos que norteariam o trabalho.

A questão ou o roteiro da discussão, focalizou o tema de interesse para a pesquisa (WESTPHAL, 1992). Este roteiro, formulado em função dos objetivos e do referencial teórico assumido, serviu como guia para o moderador coordenar a discussão, já que os grupos focais colocam as pessoas em situações próximas à situação real de vida, oferecendo ao pesquisador a possibilidade de apreender a dinâmica social.

Reconhecemos como limites no uso da técnica de grupo focal a possibilidade de alguns informantes apenas reafirmarem o que ouviam, o que

exigia do moderador do grupo atenção especial para retornar a questão para este membro do grupo, a fim de ouvir a sua *fala autêntica* (AMATUZZI, 1996).

Em função dos objetivos a serem atingidos, inicialmente explicitamos: o que importava para a pesquisa eram as opiniões, os sentimentos e as observações dos profissionais sobre o dia-a-dia das pessoas que utilizam o respirador, no cuidado ao paciente com TBP. Era preciso entender, a partir de quem usa, o que era o respirador e como era utilizá-lo, quais as questões relacionadas a ele no dia-a-dia, como eles se sentiam ao usar a máscara.

Ao final dos esclarecimentos, e não havendo questionamentos acerca do que havia sido dito, foi-lhes apresentada a questão norteadora:

Como vocês percebem o equipamento de proteção respiratória – respirador, durante os cuidados ao paciente portador de tuberculose pulmonar?

Respeitamos o direito de fala do outro, evitando interrompê-lo, já que a união do grupo aconteceu para que pudéssemos conhecer o olhar de cada um acerca do tema. As falas deveriam fluir livre e individualmente; assim, inexistiam respostas corretas ou erradas. O consenso era desnecessário, podendo as pessoas expressar sentimentos diferentes. Essa estratégia assegurou aos participantes a possibilidade de ampliarem suas falas, o direito individual de expressão e uma gravação mais explícita.

Para melhor esclarecimento das falas, utilizamos como recurso a repetição do que acabava de ser dito pelo entrevistado, solicitando exemplos que esclarecessem ou aprofundassem a narrativa das questões levantadas. Nesse sentido, houve necessidade de manter silêncio, ouvindo a opinião dos participantes sem dirigi-los, e de identificar os momentos mais apropriados para

aprofundar as referidas questões. Estabelecemos relações e associações entre os comentários realizados por diferentes membros de cada grupo, a fim de assegurar a identificação do seu significado pelos demais participantes.

Procuramos não deduzir ou supor o que um participante queria dizer. O que importava era ouvir a fala de cada um para apreender o significado de suas palavras. Durante as sessões, evitamos apresentar a própria posição acerca do assunto, assim como demonstrar valores pessoais. A fim de identificar o significado dos comentários, para cada elemento do grupo estabelecemos relações e associações entre o que era falado pelos diferentes membros do grupo.

Para sondar em profundidade as informações, atentamos para a necessidade de elaborar novas perguntas que ajudassem a esclarecer as respostas dadas por um determinado membro do grupo. Observando atentamente, intervimos sempre que algum deles apresentava uma tendência para monopolizar o uso da palavra.

A última etapa de cada grupo destinou-se ao seu fechamento, objetivando compreender o que acontecera durante a sessão. Iniciamos, em seguida, a realização da síntese dos temas trabalhados, indicando as diferenças fundamentais que ocorreram nas opiniões de cada um. Apontamos as aproximações e as divergências, aproveitando o momento para esclarecer as atitudes expressas e os sentimentos dos membros do grupo. Esse foi o momento em que, junto aos participantes, validamos as conclusões sem, no entanto, emitir juízo de valor ou julgar as opiniões divergentes.

Ao término de cada sessão, o moderador e os observadores reuniam-se para conversar acerca das respectivas impressões. Este processo de

recapitulação proporcionou o esclarecimento e a consolidação do significado daquilo que havia sido dito e do que não fora verbalizado, possibilitando a confirmar o que escutamos e compreendemos. Em seguida redigíamos um relatório parcial, cujo texto destinava-se a destacar, interpretar e identificar as diferenças e divergências em relação a cada área temática. Este procedimento facilitou a identificação das especificidades dos grupos e permitiu a elaboração da síntese das informações obtidas.

Após a escuta exaustiva das informações pelo investigador, com a ajuda dos observadores, realizamos a transcrição das falas. Posteriormente, demos início à leitura horizontal do material com o objetivo de buscar os elementos comuns e variantes entre os grupos, para que fosse possível apreender a *estrutura* da experiência destas pessoas.

3.3.5 As Especificidades dos Grupos

Iniciamos a descrição das especificidades de cada grupo, por entendermos que o mundo fenomenológico é o sentido que transparece na interseção das experiências do pesquisador e dos informantes. Isto contribuiu com a assimilação da *objetividade, subjetividade e intersubjetividade* oriundas da pesquisa de campo. Os dados objetivos relacionavam-se à data de realização, ao número de participantes, ao tempo de duração e às situações não previstas nas quatro sessões realizadas.

3.3.5.1 Grupo Focal – I

No primeiro grupo focal compareceram seis técnicos de enfermagem. A única ausência foi justificada devido à alteração no turno de trabalho do entrevistado. O grupo que participou durante 80 minutos, era composto por

profissionais do quadro permanente da UFRJ e por cooperativados, lotados nos Serviços de Clínica Médica e de Clínica Cirúrgica, especificamente nos setores: 9A, 9C, 9D, 10D e 11B.

A partir das questões levantadas neste grupo acerca do regime trabalhista do profissional, optamos por realizar o convite para os próximos grupos aos profissionais contratados pela cooperativa e aos admitidos pela Universidade, em grupos independentes. Destaca-se que os profissionais da cooperativa têm, em sua maioria, suas escalas nos setores de Clínica Médica 9D; 9C e 9A, no turno diurno.

3.3.5.2 Grupo Focal – II

Na prática, para a pesquisa de campo, o que diferenciou o planejamento foi a escala de plantão elaborada para os profissionais concursados, que era de 12 horas de trabalho por 60 horas de descanso (12/60 horas) e para os profissionais da cooperativa, que era de 12 horas de trabalho com 36 horas de descanso (12/36 horas). Com os profissionais contratados, dispúnhamos de dois plantões para realizar o grupo focal (plantão par e ímpar); e para os admitidos por concurso, de três plantões.

Foram convidados seis profissionais contratados pela cooperativa. No dia da realização do grupo, só compareceram três Técnicos de Enfermagem. Pudemos constatar que no setor 9D houve ausência de dois funcionários, um por falta e outro por remanejamento para o setor 9C, o que possibilitou a liberação de apenas um profissional. Para a saída de outro, seria necessário que um aluno do Curso de Extensão em Enfermagem (nível médio) assumisse a enfermagem, o que era inviável já que nela havia paciente de alta complexidade. No setor 9C não foi possível a liberação de funcionário, pois

faltaram dois Auxiliares de Enfermagem e havia dois pacientes com dependência total para os cuidados de enfermagem e respiração artificial. Somente no setor 9A, foram liberados os dois profissionais previstos. O encontro teve a duração de 55 minutos.

Embora Barbosa (1998) mencione que o número de sujeitos sugerido para realização de grupo focal seja, no mínimo, de cinco, consideramos que não tenha havido prejuízos devido ao quantitativo *insuficiente* de elementos no grupo, pois o contato efetivo com este número de pessoas, e destas com o paciente portador de TBP, tornou o encontro rico de informações. A interação e a característica dialógica conferida à entrevista foram preservadas, e os horizontes da facilitadora e do objeto de estudo puderam se entrelaçar no decorrer do grupo. A partir deste grupo, começamos a observar a recorrência das informações e os pontos em que as temáticas se encontravam.

3.3.5.3 Grupo Focal – III

A partir da experiência como Enfermeira da Instituição e com as ausências anteriores, estrategicamente, optamos por realizar o terceiro grupo em um dia considerado feriado (Dia do Servidor Público), visando a não ocorrência de ausências. É sabido que aos sábados, domingos e feriados, em Instituições hospitalares, não se trabalha com atividades de rotina (cirurgias e exames), embora o cuidado ao paciente seja preservado pelas equipes. Isso diminui o número de atividades a serem executadas pelo profissional, facilitando a sua ausência do setor para participar do grupo.

Foram convidados cinco profissionais (04 Técnicos e 01 Auxiliar de Enfermagem) e todos compareceram. Este foi um grupo de formação mista, com a participação de cooperados e servidores da Universidade. Utilizamos

aproximadamente 90 minutos para sua realização.

3.3.5.4 Grupo Focal – IV

Neste grupo, com duração de 50 minutos, os observadores não puderam estar presentes. Foram convidados cinco profissionais contratados (03 Técnicos e 02 Auxiliares de Enfermagem) e todos compareceram. Embora um entrevistado só tenha chegado 30 minutos depois de iniciados os trabalhos, este fato não alterou a possibilidade da comunicação com o mesmo, pois durante a realização da síntese, priorizada por ocasião do fechamento, ele pode oferecer suas respostas com a mesma intensidade.

3.4 A Construção dos Procedimentos de Análise em Merleau-Ponty

Iniciamos a pesquisa de campo buscando desvelar a facticidade do fenômeno, no contexto de seu aparecimento. A preocupação, presente em todos os momentos, era manter o fenômeno conectado com o todo a que pertencia. Utilizamos a experiência para nos aproximarmos do conteúdo, da forma, da essência e, finalmente, da sua compreensão.

Relembramos, neste momento, que *a fenomenologia se preocupa com aquilo que cotidianamente nos cerca*. O que nos cercava era a experiência das pessoas e a própria experiência, como enfermeira e pesquisadora que cuida do paciente portador de TBP, e que também faz uso do respirador, o que possibilitou a identificação de situações intersubjetivas inerentes à construção de sentido.

Optamos por apreender este fenômeno seguindo os movimentos definidos por Merleau-Ponty (2006). A análise foi, então, compreendida como

um exercício de reflexão. Este exercício agregou, ordenada e metodicamente, um conjunto de elementos relacionados entre si, expressos por qualidades ou aspectos do fenômeno. Durante esta reflexão, no âmbito de uma pesquisa de natureza exploratória, preocupamo-nos em gerar temas e novos recortes a serem futuramente aprofundados. Assim, as categorias analíticas emergiram no próprio campo.

Entendemos que a análise reflexiva tem origem no sujeito (pesquisador e entrevistados), a partir de suas experiências com o mundo. Assim, a reflexão não tira a pessoa do mundo da vida, “ela toma distância, distende os fios intencionais que nos ligam ao mundo” (MERLEAU-PONTY, 2006, p.10) e envolve toda a experiência vivida pelo sujeito. Eis porque aceitamos a impossibilidade de realizar a redução plenamente, como profissional que também cuida de paciente portador de TBP e utiliza o respirador. Desta forma, permanecemos abertos, comunicando-nos com ele, numa perspectiva heurística.

Para proceder à análise reflexiva compreensiva, foi necessário reapoderarmo-nos da “intenção total e apreender a maneira única de existir que se exprime nas propriedades das coisas percebidas” (MERLEAU-PONTY, 2006, p.16). A esse respeito, Bicudo (2000, p.10) complementa que é “necessário esforço para compreender o real, uma sincera abertura para enfrentar os desafios de mares turbulentos, poucas vezes navegados”.

Distribuimos o exercício de reflexão em três grandes ações, consoante o método adotado: a descrição dos resultados, a reflexão sistemática e a compreensão reflexiva da experiência vivida. Visualizamos, então, o aparecimento não apenas daquilo que as palavras expressavam, e sim o que o

fenômeno representava.

O ato de descrever e a reflexão implicam em redução, porque o pesquisador se volta sobre algo vivido para pensar. Neste sentido, começamos por conhecer os aspectos perspectivos da situação e observamos que “uma série de reduções intervêm” (MERLEAU - PONTY, 2006, p. 435), a partir do momento que levamos em conta o pesquisador como sujeito que percebe.

De acordo com Capalbo (2004), a descrição é qualitativa e intersubjetiva, pois além da possibilidade de ser realizada por todos, o que ela descreve também pode ser observado por todos. Supõe uma experiência descritível e nos mostra como ela pode nos fazer *retornar às coisas mesmas*. Nesse contexto, o *ser* é apresentado em seu meio natural, cultural e histórico (CARMO, 2002; MERLEAU-PONTY, 2006).

A descrição dos resultados expõe-se por meio da linguagem, da forma de manifestação e projeção da experiência no mundo (MERLEAU-PONTY, 2006). Consideramos a necessidade de sistematizar estas informações, sem, contudo, estabelecer o processo de forma rígida, como menciona Tesch (1995).

Transcrevemos as falas, sempre com a preocupação de preservar a linguagem do grupo, pois, de acordo com Merleau-Ponty (2006, p.5), “o *real* deve ser descrito, não construído ou constituído”. Durante a transcrição das informações, em caso de uso de linguagem coloquial pelo entrevistado, não nos preocupamos com a correção lingüística das mesmas. Em caso de erros gramaticais, procuramos realizar as correções, mantendo o cuidado de não alterar o seu conteúdo ou substituir as palavras. A partir desta etapa, realizamos a primeira representação visual (Figura 1, p. 126) com as informações obtidas.

Procuramos expressar, sob a forma de quadros e figuras, aquilo que observamos, pois, concebemos a representação gráfica como momento de síntese (DETONI, 2001). Estas sínteses mantinham-se em transição e atuavam como abertura, mostrando-nos algo à frente. Consideramos que o perceptivo não se esgotava com estas representações e, assim, permanecemos em busca da compreensão.

O tratamento das informações incluiu a leitura das transcrições para familiarização com o texto resultante do discurso sobre a experiência vivida. A análise privilegiou a ocorrência da exatidão dos elementos desvelados nos discursos e nas ações. Evidenciamos, então, os significados encontrados, quando passamos a organizá-los, estabelecendo conexões entre eles. Novamente, retornamos à ordenação das informações e organização das unidades de registro significativas, reconsiderando em todos os momentos os elementos novos que se mostravam (TESCH, 1995).

As informações oriundas dos discursos emergidos em cada grupo focal, foram dispostas em forma discursiva e relacionadas com os informantes que as ofereceram, o que facilitou a visualização das estruturas apresentadas pelos quatro grupos; direcionamos o processo de análise pelo agrupamento das falas que conduziram à *compreensão do todo*, pois para compreender era necessário reapoderarmo-nos da intenção total (MERLEAU-PONTY, 2006).

Os pontos recorrentes foram reapresentados no Quadro 1 (p.128), objetivando facilitar a apreensão dos mesmos. Este Quadro apresenta os 23 significados expressos nos discursos. Para nomeá-los, optamos por utilizar o próprio sentido oferecido pelo profissional.

Após a descrição, passamos à segunda etapa do exercício de análise: a

reflexão sistemática, mantendo sempre no pensamento que *a redução completa* é uma impossibilidade, e assim, começamos “a série de reduções” citadas por Merleau-Ponty (2006, p. 435). Ao considerar as informações oferecidas pelos entrevistados, iniciamos o que o filósofo intitula de *viver a coisa*, pois,

uma coisa não é efetivamente dada na percepção, ela é interiormente retomada por nós, reconstituída e vivida enquanto é ligada a um mundo, do qual trazemos conosco as estruturas fundamentais, e do qual ela é apenas uma das concreções possíveis. (MERLEAU-PONTY, 2006, p.438)

Esta etapa possibilitou *a representação gráfica do mundo-horizonte de auxiliares e técnicos de enfermagem* (Figura 2, p. 129). Após nova leitura das partes e do todo, percebemos que os 23 significados encontravam-se ligados, que todas estas estruturas interrelacionavam-se como uma rede, assim os representamos na Figura 3 (p. 131).

Caminhamos, então, como menciona Bicudo (2000), *da coisa visual ao aspecto perspectivo*, e relembramos que a experiência vivida constituiu parte da rede interpretativa que, ao ser expressa, deixa a marca do sentido percebido pela pessoa. Reconhecemos a originalidade dos fenômenos e sua relação com o mundo objetivo, e construímos as temáticas para contemplar as dimensões e dinâmicas das relações estabelecidas, até que chegamos à apresentação que nos pareceu com a síntese mais aproximada do vivido, da *volta-às-coisas-mesmas*. Essas estruturas originaram o Quadro 2 (p. 132), composto por três temas e respectivas dimensões:

- 1- O respirador e o significado da TB para o profissional;
- 2- Experiências na interface corpo e respirador;
- 3- O respirador e o espaço institucional no cuidado ao paciente portador de TBP.

A disposição desses elementos formou a estrutura organizada que nos conduziu à terceira etapa do exercício de análise: *a compreensão reflexiva da experiência vivida*. Nessa etapa, a partir dos núcleos de sentido encontrados nas falas, gradualmente incorporamos a teoria como caminho analítico (CRESWELL, 1994), dialogando com diferentes domínios disciplinares, pois além do objeto, a complexidade do ser humano e do conhecimento, conclamam a convergência de saberes (PETRAGLIA,1995). Estes significados construídos durante a compreensão, foram guiados por vestígios do próprio texto e, mais tarde, confirmados ou rejeitados por ele.

Este caminho conduziu-nos ao diálogo entre conceitos de modo a iluminar e desvelar os sentidos construídos nas experiências dos sujeitos (RABELLO, 1999). A fusão entre os horizontes do pesquisador e dos entrevistados, oriunda da interação entre todos, possibilitou o movimento dos significados no campo perceptivo. Neste movimento, o fenômeno mostrava-se em perspectiva. Passávamos, pouco a pouco, do *ver ao saber*, integrando o Eu que analisa a percepção e o Eu que percebe, pois há sempre uma distância entre ambos. Na reflexão, conseguimos transpor esta distância, “dominando praticamente a descontinuidade dos dois eu(s)” (MERLEAU-PONTY, 2006, p.4).

Para nós, o fenômeno existe em sua evidência, e toda tentativa de defini-lo estaria substituindo-o por meio de reconstituição imperfeita. Observamos que nenhuma das visões em perspectiva emergida durante o exercício o esgotava. Os horizontes são sempre abertos a esta compreensão, e nenhum saber nos dá a fórmula invariável para tal.

Para compreender o fenômeno, foi preciso vivê-lo considerando sempre a possibilidade de ilusões. Assim, o exercício compreensivo buscou ultrapassar

as falas dos entrevistados, evitando recair na *ilusão de transparência*, entendida como a crença do pesquisador nas explicações correntes sobre as idéias e comportamentos dos atores, deixando-se iludir que o seu significado pode ser buscado apenas na consciência dos atores (BOURDIEU, 2004).

Neste sentido, consideramos que apenas com a compreensão reflexiva, o objeto de estudo seria desvelado. Mantivemo-nos em direção ao solo perceptivo, pois era na estrutura do fundo perceptual que poderíamos encontrar o que distingue a percepção da ilusão e da fantasia, buscando conferir rigor à análise.

RESERVA SODITA FANTASIA



4. RESULTADOS E ANÁLISE: CAMINHANDO PARA O SIGNIFICADO DA EXPERIÊNCIA VIVIDA

Agora as partes do campo estão ligadas em uma organização que as torna reconhecíveis e identificáveis.
(MERLEAU-PONTY, 2006, p.305)

Consoante o método de Merleau-Ponty, apresentamos os resultados obtidos, associados ao exercício de análise ou compreensão reflexiva, assim distribuídos: descrição das informações, reflexão sistemática e, por fim, compreensão reflexiva da experiência vivida.

4.1 Descrição das Informações

Esta foi a primeira etapa da análise. Após a realização dos grupos, quando enfatizamos o campo no qual a experiência se refletia, importou *ouvir* o que estava sendo dito à luz da experiência vivida. O campo tornou-se, então, o palco de manifestações de subjetividades e intersubjetividades entre nós e os entrevistados.

Do encontro com as observações obtidas nos grupos focais originou-se, em nosso campo visual, a representação das sínteses das estruturas que se apresentaram visíveis para que a experiência não se interpusesse entre as qualidades percebidas, deformando-as.

Percebemos o respirador como uma das figuras sobrepostas em um fundo sobre o qual destacavam-se todas as informações oriundas dos grupos. Cada parte deste fundo parecia carregar múltiplas qualidades, o que significava que a percepção, embora elementar, já estava repleta de sentidos *visíveis* e

invisíveis. O que era visível começava a se mostrar, mesmo que ainda de forma bastante confusa. À medida que as pessoas falavam, era como se recebêssemos vários ingredientes de diferentes formas e aparências, as quais não conseguíamos, de maneira precisa, ligar ao contexto percebido.

Durante a realização deste exercício, tudo parecia caminhar ao acaso, até que os acasos se integraram e a poeira se aglomerou, repleta de informações, desenhando os contornos que, aos poucos, se definiram. A partir deste processo, realizamos a primeira projeção gráfica (Figura 1). Nela representamos as informações obtidas nos grupos, procurando mostrar como pareciam soltas em uma primeira visada.

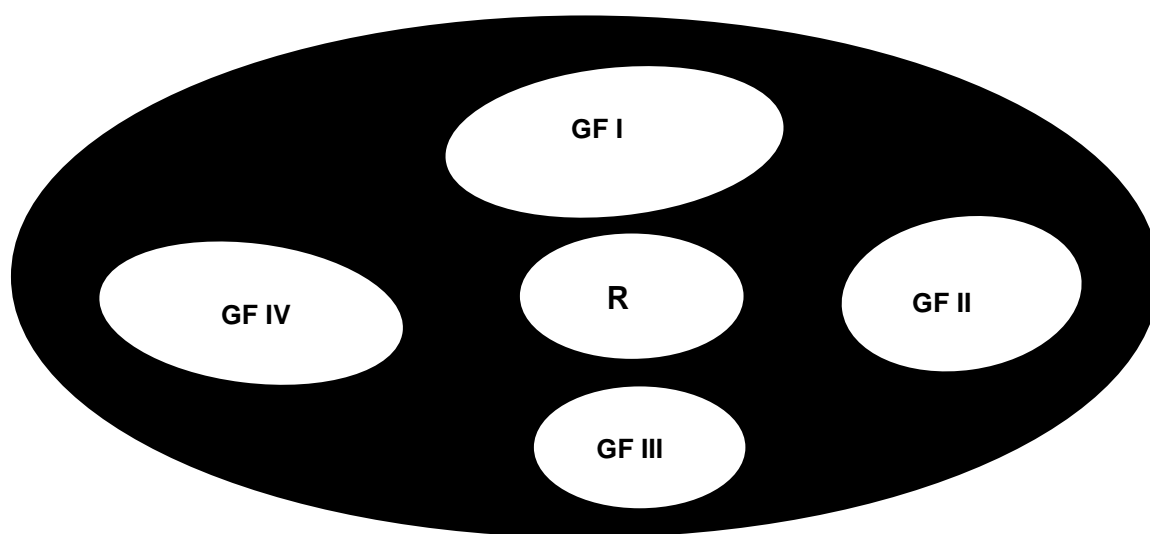


Figura 1 - Primeira representação visual das informações obtidas com os grupos focais acerca do uso do respirador

Observamos nos horizontes temporal e espacial do campo perceptual (a elipse maior), a existência de cinco estruturas de diferentes formas, originárias das informações dos grupos focais (GF): I, II, III e IV. A figura que se encontra sobreposta no centro do círculo (R), é o respirador.

O objeto *visível* era feito de fragmentos de matéria. Os pontos que ocupavam o espaço, *diante de nós*, eram exteriores uns aos outros e “sua forma visível se determinava pela orientação, pela amplitude e pelo poder de nosso olhar sobre elas” (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 422). Entendemos, a partir do referido autor, que não deveríamos isolar estes pontos, visto que o dado perceptivo isolado é inconcebível. Era preciso organizar o campo perceptivo e caminhar até o fundo para encontrar o *núcleo único de significação* que se explicitava a cada perspectiva. Todas as aparentes visões eram verdadeiras e envoltas de sentido, que deveria ser compreendido ao mesmo tempo e de todas as maneiras, porque o campo visual não é feito de visões locais.

Para efetuar a descrição, primeiro momento do método, as falas oriundas dos grupos focais foram selecionadas, organizadas e distribuídas em 23 pontos que carregavam os aspectos que faziam sentido para os grupos. Os pontos foram aqui entendidos e tratados segundo os significados atribuídos ao respirador nas narrativas dos integrantes dos quatro grupos focais. Os significados foram identificados com a(s) palavra(s) que mais o(s) representava(m). Cabe ressaltar a riqueza das informações recorrentes entre si, encontrando-se a totalidade das narrativas arquivadas no nosso acervo pessoal.

Sintetizamos estas informações no Quadro 1, a seguir:

Quadro 1 - Os Significados do Respirador para o Profissional

Significados
1. Desconforto: falta de ar, interferência na visão e olfato
2. Estética e auto-estima
3. Proteção
4. Desconhecimento do diagnóstico
5. Insegurança
6. Paciente portador de TBP
7. Cuidar no Isolamento Respiratório ou na Enfermaria
8. Tempo e cuidado
9. Escala de trabalho
10. Situações de emergência
11. Medo de adoecer
12. Sentido da humanização
13. Comunicação
14. Dúvidas do profissional
15. Falta do respirador
16. Conservação e armazenamento
17. Preconceito e discriminação
18. Deus como proteção
19. Interação profissional-família
20. Obstáculo, barreira, distância e isolamento
21. Risco de adoecimento
22. Identificação do profissional
23. Responsabilidade Profissional e Institucional

4.2 Reflexão Sistemática

A *reflexão sistemática*, segunda etapa da análise, propôs-se a realizar a revisão dos significados manifestos na descrição das informações, e a sua articulação com as questões norteadoras e os objetivos do estudo. Desta reflexão emergiram as categorias analíticas que nortearam a compreensão do fenômeno. O comprometimento com o mundo conduziu-nos a manter atitude crítica à evidência e ao próprio pensamento. A evidência, assim como a certeza, foram colocadas em dúvida no decorrer deste processo.

Por considerarmos que a percepção ocorre, conforme já discutido, em uma experiência corpórea contextualizada no horizonte temporal, uma nova

representação gráfica do campo perceptual encontra-se expressa na Figura 2, na qual o sentido se anuncia e a significação se processa em perspectivas:

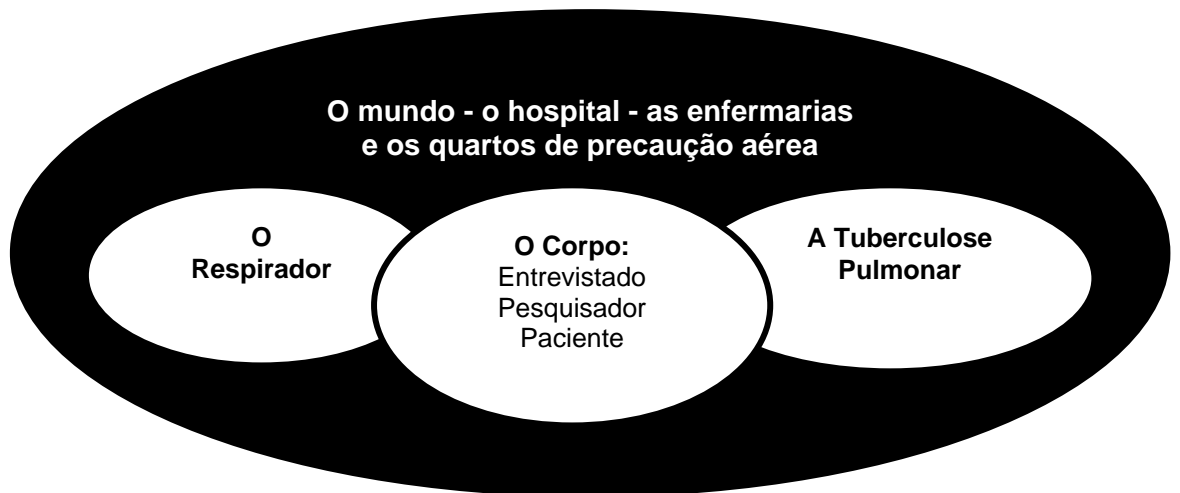


Figura 2 - Representação gráfica do mundo-horizonte de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem

Nessa representação temos as presenças dos entrevistados, do pesquisador e do paciente, todos imersos no *mundo* – o hospital (enfermarias e quartos de precaução aérea), espaço sócio-histórico em que se constróem as experiências com a TBP e com o respirador. Estas pessoas têm, assim, sua existência marcada pela doença e pelo uso do respirador.

Continuando o exercício reflexivo, apreendemos que entre o analisar a percepção e o perceber, havia sempre uma distância, só ultrapassada quando integramos estas ações.

O caminho seguido para vencer a distância pautou-se em uma série de operações e reduções sucessivas. Inicialmente, percebemos que tal construção só existia para nós. Em seguida, nossas observações indicaram que a aparição

do fenômeno ocorria em algum momento que não podíamos precisar com exatidão, no qual se dava uma espécie de encontro. Não conseguíamos apreender todas as faces desta estrutura e algumas sofriam deformações. As relações destas estruturas com o espaço interferiam com o mostrar-se e o velar-se do fenômeno, confirmando o pensamento de Bicudo (2000) no sentido de que a origem deste espaço é oriunda das relações estabelecidas pelo pesquisador.

Conduzidos à última redução, percebemos a importância da apreensão do todo, pois, sendo o fenômeno indiviso, cada parte deste todo oferecia indicativos do solo onde a experiência perceptiva ocorria. Estes pontos permaneciam como vetores interligados e em constante movimento, cada um deles relacionando-se com os demais.

Desta mudança resultou a Figura 3, apresentada a seguir, onde se encontram dispostos os 23 significados atribuídos ao respirador, localizados no mesmo espaço, ligando-se uns aos outros, sem predominância de uns sobre os demais, já que se remetiam todos ao pesquisador, ao profissional, ao paciente portador de TBP e ao próprio respirador.

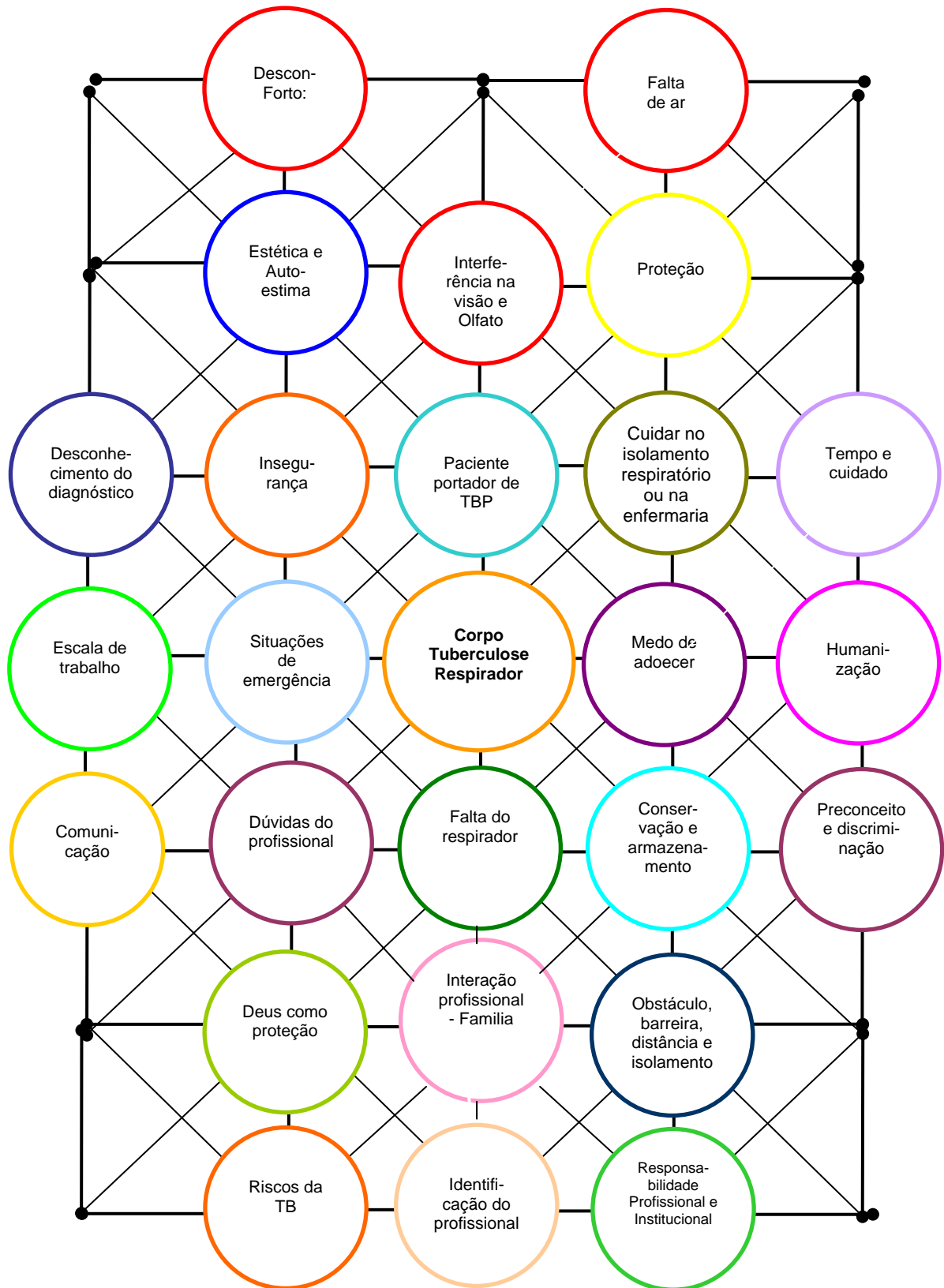


Figura nº 3 - Representação gráfica resultante das falas dos grupos, em relação ao respirador

Uma vez que “compreender é sempre construir, constituir, operar a síntese do objeto” (MERLEAU-PONTY, 2006, p.574), a observação destas estruturas levou-nos em direção à representação exposta no Quadro 2, a seguir, constituído pelos temas e dimensões que compuseram o que denominamos de *rede compreensiva*. A rede foi desenhada em torno de um eixo: **O Respirador e a Experiência da Enfermagem no Cuidado ao Paciente Portador de TBP**, composto por três temas e suas respectivas dimensões:

- **O respirador e o significado da TB para o profissional;**
- **Experiências na interface corpo e respirador; e**
- **O respirador e o espaço institucional no cuidado ao paciente portador de TBP.**

QUADRO 2 - O respirador e a experiência da enfermagem no cuidado ao paciente portador de TBP

I - O respirador e o significado da TB para o profissional	II – Experiências na interface corpo e respirador	III – O respirador e o espaço institucional no cuidado ao paciente portador de TBP
Paciente portador de TB pulmonar	Proteção	Cuidar no Isolamento Respiratório ou na Enfermaria
Preconceito e discriminação	Insegurança	Escala de trabalho
Medo de adoecer	Desconforto ✓ Falta de ar ✓ Interferência na visão e no olfato	Tempo para o cuidado
Risco de adoecer	Estética e auto-estima	Dúvidas do profissional
Desconhecimento do diagnóstico	Humanização ✓ Identificação do profissional ✓ Comunicação ✓ Obstáculo, barreira, distância e isolamento ✓ Sentido da humanização	Conservação e armazenamento
Interação profissional-família	Situações de emergência	Falta do respirador
Deus como proteção		Responsabilidade Profissional e Institucional

A apresentação destas informações, por si só, não esgotou os movimentos da rigorosa investigação, sendo insuficiente para a compreensão da realidade vivida por Auxiliares e Técnicos de Enfermagem que utilizam (ou não) o respirador. Sendo assim, para explicitar a realidade humana, permanecemos em busca de elementos que caracterizassem a imensa rede que trazia as significações formadas pelas palavras e pelo sentido que, emergindo da experiência dos sujeitos direcionava o nosso olhar, conduzindo-nos à terceira etapa de análise.

4.3 Compreensão Reflexiva da Experiência Vivida

Na última etapa de análise, caminhamos para a *compreensão reflexiva* das experiências vividas por Auxiliares e Técnicos de Enfermagem acerca do uso de equipamento de proteção respiratória no cuidado ao portador de TBP. Para tanto, foi necessário buscar nas narrativas destas pessoas, os significados mais profundos, subjacentes às representações gráficas expressas pelo pesquisador em Figuras e Quadros.

Assim, utilizamo-nos destas projeções para ir ao encontro da compreensão do objeto, situando-nos em relação a ele, observando sempre a impossibilidade de, como pesquisador, esgotar as significações oferecidas pelos entrevistados. Neste caminhar, consideramos que o percebido evidencia-se na presença. Existe o entrelaçamento do visível com o invisível, pois a percepção não é apenas o ver da presença (CAPALBO, 2004), como se pode perceber nas dimensões apresentadas a seguir.

4.3.1 O Respirador e o Significado da TB para o Profissional

Passado e presente se encontram e reconduzem o significado da TB para os profissionais, como projeção interligada à rede, permitindo perceber a sua relação com a história social da doença (BERTOLLI FILHO, 2001). Não era nosso desejo retornar ao passado para explicar ou justificar o comportamento que adotaram, mas, a necessidade de compreender suas experiências apontou para o todo indivisível que o constituía.

Entre o todo apresentado, destacamos as dimensões percebidas associadas ao uso do respirador e ao significado da TB para o profissional: o paciente portador de TB pulmonar, preconceito e discriminação, medo de adoecer, risco de adoecer e desconhecimento do diagnóstico, as quais descrevemos na seqüência:

➤ O Paciente Portador de TBP

Na perspectiva aqui adotada, este paciente não pode ser dissociado deste contexto, pois é a partir dele que o respirador se constitui como equipamento de proteção para os profissionais. De tal modo, ele emerge como um dos aspectos desta rede.

O portador de TBP é um paciente que necessita permanecer no isolamento. Ele é considerado isolado, como referido:

(...) Não é por aí não! Isolamento é isolamento, o paciente tem que ficar lá no quartinho!

(G-III/ E-1)

(...) Porque, ele é considerado isolado...

(G-II/ E-3)

(...) É isolado!

(G-IV/ E-2)

A assertiva aponta para a compreensão, pelo profissional, do termo *isolamento*. Ainda que o seu significado se configure como *ato ou efeito de isolar-se, e estado de pessoa isolada, tornar solitário, deixar só* (FERREIRA, 2004, p. 434), o que se pretende não é afastar o doente portador de TBP, e sim, as partículas de *MTB*, os aerossóis infectantes. Ênfase deve ser dada à proteção das pessoas e do ambiente.

Ao buscar entender quem é este paciente, portador de um corpo solitário, isolado, que nem sempre tem a companhia de um familiar, como ilustrado pelos entrevistados:

(...) A família deixou ele lá e sumiu...E ele, muito apegado à mãe, foi ficando deprimido

(G-I/ I-1)

(...) Nem sempre tem familiar com ele...

(G-I/ E-2)

Deparamo-nos com a necessidade de disponibilização de atenção a este paciente, que não parece ser atendida adequadamente, porque o profissional entra e sai do isolamento rapidamente:

(...) Todo mundo entra aqui e sai correndo [o profissional se refere ao pensamento do paciente].

(G-I/ E-1)

(...) Às vezes ele fica 24, 48 horas ali dentro querendo uma pessoa para falar do dia, quem sabe... Porque ele [o profissional] quer fazer o dele ali e sair correndo...

(G-I/ E-2)

(...) Ele fica só, a gente entra e sai!

(G-I/ E-3)

(...) Ele [o paciente] fica comentando: "O que eu tenho? Será que eu vou morrer?"... "Por que eu passo tanto tempo sozinho?". "Não posso ir para outra enfermaria?"

(G-I/ E-6)

A indicação de isolamento do paciente como forma de evitar a disseminação da TBP, é parte da história, desde a confirmação de que a doença poderia ser transmitida por aerossóis oriundos de um homem doente (KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005; NASCIMENTO, 2005).

Em 1840 iniciou-se o tratamento destes pacientes nos sanatórios, estabelecimentos considerados especializados (KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005). Atualmente, apesar das poucas indicações para a internação dos doentes com TBP, não raro, questões relativas ao mau funcionamento do sistema de saúde na atenção básica e à desinformação da população contribuem para a hospitalização. Os pacientes que procuram os hospitais, quando o fazem, têm quadros clínicos mais graves ou de difícil diagnóstico. Acrescentam-se os casos de abandono, recidiva e co-morbidades, em especial a AIDS (BRITO *et al.*, 2003; KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005).

O isolamento do paciente portador de TBP ocorre nas instituições hospitalares por meio da sua manutenção em quartos privativos, destinados à precaução aérea, onde ele deverá permanecer até que apresente pelo menos três baciloscopias negativas, realizadas após quinze dias contados do início do seu tratamento medicamentoso anti-TB. Neste período, deverá ser restrita a entrada de pessoas neste ambiente (BRITO *et al.*, 2003; CASTELO FILHO *et al.*, 2004).

Contudo, isto não significa que este paciente não precise de atenção, tal como expresso pelo depoente G-II/ E-1:

(...) Tem que dar atenção... O paciente já fica isolado... Se estiver no isolamento... Eu entro toda hora. Porque, você tem que ter o cuidado... Eu entro toda hora, porque você tem que ter o cuidado... Está sozinho, o paciente para mim! Então, mesmo quando o meu paciente está lúcido e orientado, eu chego na porta: 'Oi! Tudo bem?' ...

O paciente pode cair da cama... Ou então, acontecer outra coisa...

A atenção ao paciente, porém, obriga o profissional a adotar medidas de proteção, como o uso do respirador, equipamento desconhecido pela maioria dos portadores de TBP, resultando na necessidade de orientação a respeito:

(...) Nós temos o hábito de fazer orientações... Tem que preparar eles, orientar para quebrar a distância... Tem que ter esse cuidado.

(G-III/ E-1)

(...) A gente explica por uma questão de respeito. Eu acho que não vai ter atrito, se qualquer enfermeira explicar legal ... É a forma de abordar!...

(G-III/ E-4)

(...) A enfermeira não coloca aquela plaquinha... A gente vai e explica. Eu não trabalho todo dia, chego no isolamento, oriento.

(G-III/ E-5)

As falas acima apontam para o entendimento dos entrevistados acerca das finalidades do seu trabalho: promover e proteger a saúde individual e coletiva (LIMA, 1994), independente das situações a ele relacionadas, pois, o cuidar significa “manter a vida, garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis ao homem” (COLLIÈRE, 1999, p.28-29), “sem discriminação de qualquer natureza” (COFEN, 2007).

No momento em que o profissional decide pelo isolamento do paciente, deixando de estar com ele, de observá-lo e de assisti-lo em suas necessidades, contribui para torná-lo vulnerável ao ambiente hospitalar; com isso, descumpre o disposto no Capítulo III, Artigo 16, Parágrafo Único da Resolução 311/2007, que aprova a reformulação do Código de Ética dos profissionais de enfermagem, que prevê:

Ao cliente sob sua responsabilidade, deve ser garantida a continuidade da assistência de Enfermagem, livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência. (COFEN, 2007)

Assim sendo, a noção de responsabilidade civil, ou seja, a necessidade de se compensar um eventual erro cometido, resulta do reconhecimento de direitos do ser humano: a vida, a liberdade e a felicidade. Toda vez que esses direitos são ultrajados, cria-se o direito de reparação (UDELSMANN, 2002). O profissional terá o dever de reparar economicamente os danos por ele causados (SILVINO, 2004).

Para pensar o cuidado ao paciente portador de TBP, a partir da responsabilidade civil, precisamos entender que este é um princípio fundamental de justiça, constituindo-se em obrigação, independentemente de acordo prévio, de vontades ou de lei (VENOSA, 2002). Entende-se, portanto, que os Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, assim como qualquer pessoa física ou jurídica, de direito público ou privado, estão subordinadas à lei, devendo responder pela violação do direito alheio.

➤ **Preconceito e Discriminação**

Em geral, as representações e concepções da TB apresentam-se como categorias de ordem simbólica, socialmente construídas (GONÇALVES, 2000; ANTUNES *et al.*, 2000; FERNANDES, 2004; PORTO, 2007; DODOR, NEAL e KELLY, 2008), que nos direcionam para a sua relação com a exclusão social do portador da doença.

Observamos, ainda hoje, alguns aspectos acerca do modo de percepção da tuberculose que pertencem ao passado, como narrado a seguir:

(...) Mas, e se o vizinho ficar sabendo? Se sua tia tiver atravessando a sua casa, ficar sabendo, não vai entrar na tua casa por conta disso! Vou lá para que? Ele já pegou tuberculose dos outros. Se ele é um tuberculoso, vou pegar tuberculose junto.

(G-I/ E-5)

(...) Tem preconceito ali!

(G-I/ E-6)

(...) Em linha geral, eu acho assim: se você vê uma pessoa muito emagrecida, o próprio seu colega, quando faz uma dieta rigorosa, fica magrinho, você fica receosa. Ah! Eu acho que é preconceito mesmo, de você olhar e vê que a pessoa está doente, você não quer se aproximar muito dela... Isso é preconceito: as pessoas ficam pensando no que os outros vão falar, o que os outros vão pensar.

(G-IV/ E-2)

Embora ainda hoje perdurem estas características, elas já foram mais intensas em um determinado momento histórico, tal como percebido na fala do seguinte entrevistado:

(...) A tuberculose tem cura! Minha avó morreu de tuberculose. Minha mãe tem 62 anos, ela tinha 03 anos de idade, não tinha cura, mas agora ... Antigamente, sim: Eu não bebo um copo de água ali. Eu não vou na casa... Eu vou pegar tuberculose! Hoje em dia já não é assim! ... Antigamente não, as pessoas tinham medo, pânico, pavor da tuberculose!...

(G-I/ E-2)

Como este aspecto foi associado ao ano de 1946, destaca-se que, possivelmente, a percepção deste entrevistado tenha decorrido da introdução do tratamento medicamentoso e da melhoria nas condições sanitárias, a partir da década de 50, o que contribuiu para a desativação dos sanatórios destinados aos portadores da doença, na década de 70, e à redução importante no quantitativo de internações hospitalares por TBP (RUFFINO-NETTO, 2002; LAPA e SILVA e BOECHAT, 2004).

Vale lembrar que, no Brasil, o impacto da TB foi intenso no século XIX e

início do século XX (NASCIMENTO, 1999; KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005), época em que o estigma, o preconceito e a discriminação que acompanhavam os portadores da TB, eram percebidos por meio de ações preventivas, como separar seus copos, pratos e talheres. A doença despertava medo naqueles que conheciam o tísico, pessoa que se apresentava magra e com tosse intensa (LIEFOOGHE *et al.*, 1995; PORTO e NASCIMENTO, 1995; JOHANSSON *et al.*, 1999; GONÇALVES, 2000; ATRE *et al.*, 2004; FERNANDES, 2004; NASCIMENTO, 2005).

O entrevistado G-IV/ E-4 apontou para a existência do preconceito, ainda hoje, inclusive por parte dos profissionais de saúde:

(...) Eu acho que nós, que somos da área da saúde, temos mais preconceito. A gente sabe que se ficar doente, sabe como vai ficar...

No momento em que o profissional direciona a sua atenção para o uso do respirador no cuidado ao portador de TBP, emerge dele uma *tomada de posição*, já que a TB está presente no mundo e não é doença do passado. Tanto é verdade que, em meados de 1980, houve uma inflexão da curva de sua prevalência, com uma tendência ascendente que permanece até hoje (LAPA e, SILVA e BOECHAT, 2004; NASCIMENTO, 2005). Aproximadamente 75% dos casos da doença encontram-se entre as pessoas economicamente produtivas (HOPEWELL, MIGLIORI e RAVIGLIONE, 2006), a exemplo dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, categorias de interesse do estudo. Estamos longe de pensar que a TB tenha sido erradicada, pois nunca houve uma redução significativa da magnitude desta doença a ponto de não considerá-la um problema de saúde pública (RUFFINO-NETTO e SOUZA, 2001).

As características da TB modificam o cotidiano do doente (SILVA, 2006),

a doença traz medo (DODOR, NEAL e KELLY, 2008) e expõe a pessoa ao preconceito e à discriminação nos diferentes ambientes. A propósito, Goffman (1988, p.11-12) destaca que “o estigma é assinalado pela sociedade, que estabelece os atributos comuns e naturais para diferenciar as pessoas”, evidenciando-se sobre o corpo e sua imagem por meio de características e manifestações ante o contexto social. Nesse sentido, o estigma classifica o portador de TBP, e o preconceito reforça esse processo identitário com base nas atitudes observadas, gerando opiniões sobre as pessoas, articuladas com valores socialmente aceitos.

A possível transmissibilidade da doença e o uso do respirador destacaram-se como desencadeantes de preconceito ou discriminação, como observado na assertiva a seguir:

(...) A gente chega com a máscara... Eles fazem uma cara, assim de tão desamparados, porque estão nessa situação!...Eu acho que quando a pessoa pode estar transmitindo alguma coisa... Dá certo constrangimento... A gente sente.

(G-III/ E-3)

O preconceito emerge como uma atitude negativa, com predisposição à ação, tendo como foco a exclusão social (MACHADO, 2007). Manifesta-se a partir de uma indisposição ou de um julgamento prévio que se faz acerca de pessoas ou de seus grupos (GOFFMAN, 1988; BRASIL, 2004), cujos atributos incomuns provocam, favorecem ou justificam medidas de discriminação, que incluem o afastamento do doente, como expresso nas narrativas:

(...) Porque eu estou ali olhando para ele, com aquela máscara! Desesperada para correr, sair daquele local o mais rápido possível.

(G-II/ E-1)

(...) Eu estou pensando em mim: eu entro ali, antes respiro fundo, dou bom dia ao paciente e saio batido, está me entendendo?

(G-I/ E-2)

(...) A idéia é sempre essa: sair o mais rápido possível de perto “desse” doente.

(G-I/ E-3)

Estas atitudes são percebidas por diversos profissionais como:

(...) Uma discriminação... Esse afastamento... O medo de se contaminar... Eu fico sempre constrangida.

(G-III/ E-1)

(...) É uma discriminação.

(G - III/ E-3, E-4 e E-5)

Ao cuidarem do portador de TBP, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem emitem julgamentos de conformidade ou não a respeito do doente; consideram os atributos pertencentes ao doente e à doença, relacionando-os à possibilidade do próprio adoecimento. A manifestação comportamental do preconceito e da discriminação ocorre quando o profissional mantém o afastamento do paciente portador de TBP, o que pode resultar em diferenças no atendimento das suas necessidades.

Trata-se, pois, de um comportamento que contraria a proposta governamental que prevê a garantia da igualdade de atenção aos pacientes, e não a sua “exclusão ou preferência, com base na origem social, raça, cor, sexo, religião, entre outros, que tenha por efeito anular ou alterar a igualdade de oportunidades ou de tratamento” (BRASIL, 2004, p. 79).

Reafirmando estes aspectos, Bertazzone, Elucir e Miyeko (2005) observaram que o cuidado de enfermagem ao paciente portador de TBP é, por vezes, prejudicado devido à dificuldade que o profissional tem para lidar com as próprias limitações, que incluem o preconceito, o medo de adquirir a doença e

os aspectos cognitivos, pois não sabe como enfrentá-la por não possuir conhecimentos científicos específicos a respeito da enfermidade.

Estas situações desencadeiam sentimentos de vergonha, egoísmo e tristeza, como narraram os entrevistados:

(...) Fico envergonhado com a minha atitude. Eu me sinto envergonhado diante dele, ele não sabe o que eu estou sentindo, mas eu sei... Então, a gente pensa assim... Ele está imaginando... Está vendo nos meus olhos....

(G-I/ E-1)

(...) Então, quer dizer, no meu ponto de vista, eu acho que é um egoísmo da minha parte.

(G-I/ E-2)

(...) Sinto a mesma tristeza porque eu me ponho no lugar do paciente... Quando eu vejo o paciente assim...

(G-II/ E-1)

Percebemos nas falas dos profissionais, a dificuldade sentida por eles e pelo paciente. Ambos apresentam razões concretas para este desconforto (GOFFMAN, 1988), pois vivem as duas situações. Constantemente esses papéis interpenetram-se na vida social, cada indivíduo tendo vivenciado, em algum momento da sua existência, os dois papéis.

O autor (Op.cit.) ainda chama a atenção para as diversas reações do mundo “normal” frente às pessoas estigmatizadas, porque o mundo é múltiplo e várias são, também, as suas situações sociais. Muitos vivenciaram situações semelhantes e são capazes de se colocar no lugar dos estigmatizados, percebendo-os “*como humanos*” (GOFFMAN, 1988, p.19), como relataram os entrevistados:

(...) Tentando se colocar no lugar do paciente! Porque, todo mundo assim, mascarado, entrando aqui, não é? É uma distância que fica assim do paciente até a pessoa.

(G-I/ E-4)

(...) *Eu também penso assim.*

(G-I/ E-1)

(...) *Se põe no lugar do doente...O constrangimento que o doente deve sentir...*

(G-I/ E-2)

(...) *Porque tudo que eu faço, eu me ponho como se eu fosse o paciente.*

(G-II/ E-1)

(...) *Assusta... Se coloca no lugar dele: chegar todo paramentado...*

(G-III/ E-2)

Daí a proposta de Goffman (1988) para se pensar o estigma a partir do processo social, no qual os papéis do normal e do estigmatizado interpenetram-se, não mais aparecendo reificados em categorias, mas como perspectivas geradas em situações sociais; neste caso, o cuidado ao paciente portador de TBP ante o uso do respirador.

Ainda que os aspectos relacionados ao imaginário da TB, como os fatos históricos, sejam datados, o seu sentido continua interferindo em nossa existência, desencadeando conseqüências em nosso mundo atual. Este passado não está morto, pois nos interpela no presente e tem algo a nos dizer para o futuro. A TB segue, assim, repleta de sentidos que não esgotam os diversos significados descobertos em cada momento histórico.

➤ **Medo de Adoecer**

Ao pensar em si, assim como outras pessoas, e sobretudo por conhecer as conseqüências do adoecimento, o profissional revela o *medo de adoecer* por TB:

*(...) Nós somos profissionais de saúde, nós temos medo!
Que dirá quem não conhece.*

(G-I/ E-1)

(...) Eu acho que, além do desconforto da máscara, no fundo, todos nós temos medo.

(G-I/ E-6)

(...) Dá para tolerar [a máscara], eu não quero é pegar tuberculose... Já pensou, fazer esquema RIP daquilo!?

(G-III/ E-5)

Para outros dois entrevistados, o medo associa-se à desinformação dos profissionais. Encontra-se ainda no presente das pessoas, assim expressando o entrelaçamento da percepção com o mundo e sua história:

(...) Não, porque estão cada vez mais aparecendo doenças novas, o estudo está cada vez mais avançado. Então, cada dia aparece coisa nova e a gente tem que estar cada vez mais... Hoje está uma coisa, amanhã está outra.

(G-IV/ E-1)

(...) Esclarecidos o suficiente?... Ah! Eu não! Eu sei que ainda tenho muito que aprender...É igual à tuberculose, está cada vez mais resistente...

(G-IV/ E-3)

Na sociedade ocidental, a TB só ganhou proporções significativas para o trabalhador nos primórdios da Revolução Industrial (BRITO, 1998; NASCIMENTO, 2005), período em que as condições epidemiológicas determinadas pelas transformações econômicas e sociais, proporcionaram a disseminação da enfermidade em grandes centros urbanos, que passou a ser reconhecida como doença contagiosa, grave, estigmatizante e de difícil controle.

É válido ressaltar a associação do medo de adoecer com algumas das sensações que o respirador provoca no corpo do profissional. Os entrevistados referiram que:

(...) É o medo de você estar ali dentro e pegar a doença.
(G-I/ E-2)

(...) Temos medo por que: o que acontece?...Se você ficar no isolamento com um paciente mais crítico... Já chegou...Colocar aquela máscara cirúrgica por baixo e a bico de pato por cima e entrar... Medo é medo.
(G-I/ E-5)

A TB permeia o cotidiano dos profissionais de enfermagem e provoca reações em seus corpos. Possibilita ainda a ocorrência de situações que envolvem o medo de adoecer (BERTAZONE, ELUCIR e MIYEKO, 2005).

Os resultados do estudo de Dodor, Neal e Kelly (2008) realizado com pacientes portadores de TB, profissionais da saúde e membros da comunidade, para explorar o estigma da TB e explicar quais os ajustes da comunidade e dos serviços de saúde para identificar casos de TB e promover a adesão ao tratamento, mostraram que o medo da infecção e adoecimento por TB foi identificado como a principal causa do estigma da doença. Ele aparece como base para as opiniões, atitudes, ações e comportamentos das pessoas sadias ao interagir com os pacientes.

Se eles atuam com medo de seu objeto de trabalho – o cuidado do paciente, há que se acreditar que exista uma tensão entre fuga e aproximação, inserindo obstáculos naquilo a que se propõe ao cuidar, ainda que o cuidado não deixe de ocorrer, como observado nas assertivas:

(...) Não... Até que eu procuro filtrar tudo isso... Mesmo porque, eu acho uma carga muito pesada para gente... Então, eu procuro....tentar executar meu trabalho bem, gerar para o paciente o que eu puder de conforto... Bem-estar... (pausa)... Mas, procuro também me proteger!
(G-II/ E-3)

(...) Claro que tem que cuidar, e a gente vai cuidar.
(G-III/ E-4)

(...) Não, se eu tiver de lidar com o paciente com tuberculose, eu vou lidar. Eu vou cuidar, você não vai ter medo de cuidar, tem que cuidar.

(G-III/ E-5)

Sendo assim, e fugindo a posturas de julgamento acerca dos comportamentos causados pelo medo, é preciso ir além, ampliar o olhar para compreender o sujeito. Ao considerá-lo não apenas como um corpo que age e reage ao meio à sua volta, torna-se possível buscar intervenções que contribuam para resolver esta situação. Eis porque é necessário descobrir, nas interseções desta rede, aquilo que o amedronta ante o paciente com TB.

Dialeticamente, a experiência dos profissionais, repleta de mitos e significados oriundos do imaginário de cada um, desvela o medo não como um sentimento negativo. Para os entrevistados, ao mesmo tempo em que intimida, o medo faz com que revejam suas práticas em busca de maior segurança:

(...) Eu concordo com a entrevistada 4! Não é um medo destrutivo, que me impeça. Não! É claro que não!

(G-III/ E-2)

(...) Eu acho que o medo, ele é importante. Nós, como profissionais, a gente tem que ter medo sim. Claro que ele não te aprisiona, o medo, ele faz bem....Eu penso de outra forma. E acho que o medo também não é só o fator que te derruba. Às vezes ele te joga para cima. O medo, em doses normais, ele te orienta. Agora, a ausência do medo te deixa solta demais. Fica relaxada demais.

(G-III/ E-4)

Reiteramos a necessidade de desfazer o mito de que a TB é problema do passado (RUFFINO-NETTO, 2000). A percepção do risco e o medo não paralisante da TB devem ser incorporados nos diversos segmentos sociais (CARMO, 2002; COSTA e COSTA, 2002). Se o profissional banalizar a possibilidade de adoecer, estará optando por não adotar os procedimentos necessários à sua segurança. Nesse sentido, cabe lembrar que a

manutenção da biossegurança depende da incorporação, pelo profissional, de conhecimentos, hábitos, comportamentos e sentimentos que contribuam para o desenvolvimento seguro de suas atividades.

É preciso lembrar que o adoecimento do profissional resulta no seu afastamento do trabalho para tratamento de saúde; em consequência, destaca-se a possibilidade de perdas em seus rendimentos mensais, como se pode observar nas falas abaixo:

(...) Eu vou ter que ficar de licença, meu rendimento vai cair, vou ter problema com a minha família, "n" coisas.
(G-I/ E-1)

(...) O medo da doença!...É, tem o lado financeiro... É o medo de você estar ali dentro e pegar a doença, sabe?
(G-I/ E-2)

(...) Eu também tenho medo! ...Qual a doença que não envolve o seu rendimento, a família?
(G-I/ E-3)

Para as Auxiliares e Técnicas de Enfermagem que participaram do estudo, o medo da doença está vinculado ao fato de que, na atualidade, as mulheres, além de donas-de-casa, exercem outras atividades remuneradas no mercado de trabalho e, portanto, contribuem com parcela significativa de seus salários para a manutenção econômica da família, ou são totalmente responsáveis por ela. Daí porque há necessidade de terem corpos sadios para que possam enfrentar a concorrência laboral e assegurar a permanência no emprego (AQUINO *et al.*, 1995).

➤ Risco de Adoecer

Outro sentido para a TB apresenta-se quando os entrevistados discordam do significado de *doença ruim* que lhe foi atribuído por um entrevistado (G-I/E-4), e apontam para a possibilidade de tratamento e cura

com o uso de antimicrobianos:

(...) Na nossa cabeça, a gente vai se curar! Doença ruim? Acho que não! Porque a gente acha que, sei lá ... Vai fazer aquele esquemazinho. Hoje em dia tem cura!
(G-IV/ E-5)

(...) A tuberculose tem cura! Se eu me contaminei, tudo bem vou lá fazer o esquema RIP e vou ficar curada.
(G-IV/ E-2)

(...) Se pegar tuberculose, a gente faz o esquema depois!
(G-IV/ E-6)

(...) Vou ficar doente! Vou pensar assim: Ah! Eu vou entrar, vou dar suporte ao paciente, Se eu pegar, eu vou me cuidar.
(G-IV/ E-1)

O entrevistado G-IV/ E-3 corrobora estas opiniões ao afirmar:

(...) Se o paciente está parando... Quer dizer... Eu sei que estou correndo todos os riscos. Vou fazer exames... Sabe, para a minha consciência, para mim. Espera, vou lá, vou fazer um testinho¹⁰, vou fazer um teste de escarro.

Já foi dito que ainda hoje a TB é uma doença grave. Entender que ela pode ser curada por ‘aquele esquemazinho’, ou ainda, aventar a possibilidade de fazer ‘um testinho’ como método diagnóstico, reduz o medo do profissional de se infectar ou adoecer, contribuindo para que banalize os riscos de contaminação.

Neste sentido, não podemos deixar de apontar a relação possivelmente existente entre o tratamento realizado de forma irregular ou inadequada (BARROSO *et al.*, 2003; MELO *et al.*, 2003) com as taxas de resistência aos fármacos e a contaminação em ambiente fechado, como é o caso do hospital (BRITO *et al.*, 2004), demonstrando certo descaso por parte do profissional e da

¹⁰O ‘testinho’ mencionado é a baciloscopia direta do escarro, método simples e seguro que permitem a descoberta dos casos bacilíferos, importantes fontes de infecção (SILVA e BARBOSA, 2004).

sociedade. Ressalta-se a importância da associação medicamentosa adequada, com doses corretas e uso por tempo suficiente, além de supervisão da ingestão dos medicamentos, como meios para evitar a persistência bacteriana e o desenvolvimento de resistência às drogas, assegurando a cura do paciente (RUFFINO-NETTO, 2002; SILVA, ALVES e KRITSKI, 2004).

Vale lembrar que a *MTB* é um agente de risco por ser um componente de natureza biológica que compromete a saúde do homem e do meio-ambiente, assim como a qualidade de vida dos trabalhadores envolvidos (ODA e ÁVILA, 1998). Ao tempo em que a doença perde o perfil de *doença ruim*, emergem novos sentidos que apontam para a subestimação do risco biológico de *MTB*.

Oda e Ávila (1998) enfatizam que, em sua dimensão histórica, o conceito de risco deve ser compreendido por meio de suas características temporais e espaciais, observadas igualmente as práticas que ele reproduz e multiplica ao gerar formas de conhecimento e experiências consolidadas. Objetivamente, é preciso avaliar os riscos inerentes ao trabalho no ambiente hospitalar (ODA e ÁVILA, 2000; TAKEDA, ROBAZZI e LAVRADOR, 2001; ROTH *et al.*, 2005), pois, como mencionado, o hospital é um *espaço contaminado*:

(...) Trabalhando com a Clínica Médica, atualmente, você com a experiência que eu estou desenvolvendo aqui, eu já procuro o máximo de proteção que eu posso ter dentro da Clínica Médica. Já imaginando o tipo do paciente que eu estou cuidando... Então, se tem material disponível, eu estou me protegendo!

(G-II/ E-3)

(...) No lugar em que eu já trabalhei, tinha paciente com tuberculose. Se eu botasse na cabeça que eu ia ficar... 'Meu Deus, eu vou ficar doente!' Estou 'ferrada'!... Então eu acho que... Se acontecer... Você tem que estar sempre... Não sei, fazendo um check-up! Você tem que estar se cuidando, vendo...

(G-III/ E-3)

(...) Desde o momento em que ele entra no quarto, não é só no quarto.... Até o paciente fora do quarto... Está contaminado!

(G-IV / E-1)

Assim como Machado, Minayo Gomes e Thedim Costa (1997); Oda e Ávila (1998) e Brandão Junior (2001), entendemos que, por vezes, os agentes e os riscos inerentes ao ambiente de trabalho podem estar descontextualizados dos elementos que os originam, tal como observamos nas seguintes narrativas:

(...) Se acontecer alguma coisa... Você não tem como evitar... Infelizmente, é a profissão que você escolheu, então, assim eu já estou com essa calma, não sei!

(G-III/ E-3)

(...) É a profissão da gente! Tem os riscos! Todo mundo está na chuva! Vai fazer o que? Está na chuva é para se molhar!

(G-IV/ E-1)

Naturalizar a TB no ambiente de trabalho, para nós, é entender que este risco é próprio da profissão, banalizando as situações ao não adotar as medidas recomendadas para proteção, sob a justificativa de que se “*está na chuva, é para se molhar*”.

Não obstante as medidas administrativas e de proteção ambiental sejam prioritárias para o controle da TB, a proteção resultante do uso do respirador não pode ser descaracterizada (ANTUNES, WALDMAN e MORAES, 2000; BRITO, 2001; BRITO *et al.*, 2003; CASTELO FILHO *et al.*, 2004; MARTINS *et al.*, 2004 e SILVA, ALVES e KRITSKI, 2004).

Estas pessoas vivem suas experiências sempre a partir de seu corpo que, por ser histórico, carrega os invariantes destas experiências. A propósito, Merleau-Ponty (2006) lembra que para conseguir compreender o sujeito, não podemos permanecer apenas em sua forma pura, mas procurá-lo na interseção de suas dimensões, o que supõe uma visão sobre o tempo, o espaço e a

história com suas circunstâncias.

Além de se referir à possibilidade de contaminação oriunda do ambiente, o profissional não desconsidera a sua exposição à infecção por *MTB* durante a realização de suas atividades:

(...) Não, eu penso assim. De repente, tem mais alguma coisa que a gente não sabe!

(G-II/ E-1)

(...) Eu acho que imediatamente, numa situação dessas, deveríamos procurar para saber o que aconteceu... Você nunca procura imediatamente... Eu acho que nesse caso, então, de isolamento respiratório, você está sempre assim: vamos esperar para ver.

(G-II/ E-2)

(...) Eu acho que na Clínica Médica a gente corre esse risco sempre! Você está ali, lidando com o paciente, muitas vezes você acaba de cuidar do paciente, de dar banho, de fazer tudo, aí é que ele entra em precaução.

(G-II/ E-3)

(...) Bom, o primeiro dia quando eu voltei de licença, eu fiquei lá nessa enfermaria. O paciente fazendo febre... Hoje nós sabemos que ele estava positivo!

(G-IV/ E-4)

A esse respeito, especificamente no HUCFF, destacamos os estudos, em nosso meio, realizados por Muzy de Souza (2000), Costa (2005) e Kritski, Conde e Muzy de Souza (2005), que demonstram o aumento da prevalência da infecção por *MTB* e a tendência crescente da prova tuberculínica (PT) positiva entre os profissionais da equipe de enfermagem. Portanto, é necessário levar em conta, além das vivências subjetivas do perigo que a TB representa, a vulnerabilidade do profissional à doença (GONÇALVES, 2000; ANTUNES, WALDMAN e MORAES, 2000; RUFFINO-NETTO e SOUZA, 2001; FERNANDES, 2004 e SOUZA e BERTOLOZZI, 2007).

Ainda que o adoecimento por TB ocorra apenas para 10% dos infectados não imunodeprimidos durante a vida, os fatores genéticos associados ao

hospedeiro, à idade, à presença de co-morbidades e ao estado nutricional, pode contribuir para a vulnerabilidade destes profissionais (KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005; SOUZA e BERLOLOZZI, 2007). Esses aspectos foram identificados por alguns entrevistados, como narrado a seguir:

(...) É porque ele está com problema que está sendo investigado, vem à parte da imunidade! Daí eu conversei: olha, enquanto meus anticorpos não estiverem fortes, eu posso não entrar lá? ...O risco não é só meu, não sou só eu.

(G-II/ E-1)

(...) Eu fico fazendo dieta, meu organismo às vezes fica meio fraco. Mais para lá do que para cá. Eu tenho anemia. E, de repente, eu fico meio assim, deixo a alimentação meio de lado, eu como pouquinho. Então, eu ultimamente, fico me alimentando melhor, por causa dessas situações... Tipo assim, o paciente chega sem ser suspeito, e de repente vai para o isolamento.

(G-II/ E-3)

(...) Assim, se eu chegar aqui resfriada, eles não põem, porque sabem que se eu estou com a imunidade baixa, então eu fico mais propícia a pegar do que aquele que não está resfriado, mesmo com a máscara. Então, eles evitam colocar as pessoas que estão resfriadas, gripadas, tendo febre. Então você não vai ficar no quartinho.

(G-IV/ E-1)

(...) Eu vou entrar...Mas, eu sei que vou me prejudicar, vou pegar o bacilo, às vezes minha imunidade pode estar baixa... Ela só vive baixa, eu já até sei quando ela está baixa (risos)...

(G-IV/ E-2)

(...) E quando você está, no período em que você está gestante... Como eu fiquei. Ninguém explicou o porquê, só me disseram assim, que não podia, não era bom ir. Desde que eu engravidei, eu nunca mais entrei no quarto de isolamento.

(G-IV/ E-4)

Contudo, é preciso que o profissional informe acerca de sua situação, para que seja excluído do cuidado ao paciente portador de TBP:

(...) Não, a gente mesmo fala: hoje eu não vou ficar no quartinho porque eu não estou legal, estou com a imunidade baixa.

(G-IV/ E-1)

(...) Mas, a gente tem que falar!

(G-IV/ E-2)

Há que se considerar, também, os momentos em que o profissional cuida de pacientes portadores de TBP em outras Instituições, principalmente quando nelas, em sua grande maioria, não está estabelecido o uso do respirador como uma das medidas de controle da TB:

(...) Em outros lugares você tem aquela outra “mascarazinha comum” [máscara cirúrgica]... A primeira vez que coloquei as mãos na máscara [respirador], foi aqui no mês passado, quando eu comecei ali no XX, ali fora, naquele espaço do isolamento. Então você trabalha aí fora com aquela máscara, que é cirúrgica.

(G-II/ E-1)

(...) Não tem como usar a máscara lá! E se usar a máscara lá [no DD], o pessoal “cai de pau” em cima de mim. Vai me achar nojenta, vai me achar isso e aquilo.

(G-III/ E-1)

(...) eu já trabalhei com pessoa com tuberculose... Em outras instituições.

(G-III/ E-3)

(...) Porque tem setor, que eu já vi, pessoas colocam aquela máscara cirúrgica só! Em hospital bem pobre... Uma só, cirúrgica, porque não tem, porque lá fora não tem... Eu não sabia que ela não me protegia, depois que eu vim para cá é que eu soube que ela não protege.

(G - IV/ E-2)

Neste sentido, lembramos que o conceito de vulnerabilidade emerge para ampliar a visão acerca do conceito de risco. Tem como característica um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau, ao modo de exposição, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger, tanto do agravo quanto de suas conseqüências indesejáveis. Orienta-se pelo deslocamento de horizontes normativos: do ideal de controle da doença para o

ideal de respeito e promoção dos direitos humanos. Assim, dialoga com interesses de natureza estética, emocional e moral, entre outros, oriundos de áreas de conhecimentos como a Filosofia, o Direito, certos ramos das Ciências Humanas, e até das sabedorias práticas transmitidas secularmente nas diversas tradições culturais (AYRES, 1999, 2001, 2002; AYRES *et al.*, 2003).

No cuidado ao paciente portador de TBP, consideram-se para avaliação alguns aspectos que apontam para a maior ou menor vulnerabilidade do profissional, com destaque para os seguintes: contato direto com doentes com exames bacteriológicos positivos, tempo de trabalho com pacientes portadores de TBP e trabalho no hospital por mais de 12 horas por dia, incluindo a possibilidade de outro vínculo trabalhista (BARROSO, 2001; BEJGEL e BARROSO, 2001; SIMÕES, 2002; DIMITROVA *et al.*, 2005; TEIXEIRA *et al.*, 2005, KRITSKI, CONDE e MUZY de SOUZA, 2005; SOUZA e BERLOZZI, 2007).

Não obstante tenhamos considerado, para esse estudo, os profissionais de um hospital público, é preciso lembrar que no HUCFF nem todos pertencem ao quadro permanente de servidores da Universidade, já que parte dos entrevistados foi contratada por uma Cooperativa de saúde.

Destaca-se a insegurança gerada pelas próprias questões contratuais, que os impulsiona a submeterem-se a regimes e contratos de trabalho precários, além da rotatividade nos setores a fim de substituírem servidores efetivos em situação de licença ou aposentadoria, e até os próprios cooperativados ausentes, cuja precariedade do vínculo empregatício sequer lhes assegura garantia de liberação remunerada para eventual tratamento médico.

Retomamos, então, o estudo sobre a caracterização de riscos no ambiente de trabalho, realizado por Hokerberg *et al.* (2006), lembrando que uma das principais questões nele levantadas referiu-se aos diferentes vínculos empregatícios existentes na Instituição, a saber: servidores públicos, prestadores de serviço, funcionários de cooperativas, bolsistas e estagiários. Para os autores, a grande quantidade de trabalhadores sem vínculo empregatício, torna a percepção de risco variável e, possivelmente, minimizada pelo temor de desemprego.

A situação dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem do HUCFF apresenta também semelhança com a dos profissionais destas mesmas categorias que atuam em 23 unidades de saúde pública e privada em Minas Gerais (MUROFUSE, 2004), cujos distintos vínculos empregatícios diferenciam-se pela carga horária de trabalho de 30 horas semanais (na prática, apesar de constar no contrato de trabalho, 40 horas semanais) para servidores públicos (vínculo permanente), e de 40 horas para os cooperativados (contrato de trabalho), o que justifica o aumento de tempo junto ao paciente portador de TBP.

Outros aspectos que emergiram no HUCFF, tal como mencionado por Elias e Navarro (2006), referem-se aos múltiplos vínculos trabalhistas que envolvem os profissionais de enfermagem. Em busca de outras remunerações para complementar seus salários, estas pessoas optam por vínculos externos à Instituição, ou internos, seja pela 'compra' de plantões ou pela substituição de posições de outros profissionais (a partir de solicitação do Enfermeiro chefe de setor, seção ou serviço).

É preciso ter claro que isto resulta em aumento da jornada de trabalho

(ELIAS e NAVARRO, 2006). Significa dizer que os vários vínculos e/ou as escalas extras efetivamente trabalhadas, podem chegar a 80 ou até a 120 horas semanais (VERAS, 2003), o que aumenta o contato com o portador de TBP e contribui, sobremaneira, para a vulnerabilidade destas pessoas.

Em caso de adoecimento, os profissionais admitidos pela Universidade em caráter efetivo por concurso público, embora gozem daqueles direitos, permanecem impossibilitados de substituir os colegas de trabalho por meio da ‘compra’ de plantões, o que concorre para que não tenham os ganhos extras. Já os profissionais contratados por cooperativa, são excluídos das escalas e têm seus rendimentos suspensos. Percebe-se, pois, que os efetivos e os cooperativados estão sujeitos a perdas financeiras, e que a classe social acaba se revelando uma categoria analítica importante na representação da enfermidade.

➤ **O Desconhecimento do Diagnóstico**

Por ser um hospital-escola, o HUCFF recebe inúmeros pacientes sem confirmação diagnóstica. Sendo assim, os profissionais ficam mais expostos e vulneráveis à infecção por *MTB*. Emerge, então o *desconhecimento do diagnóstico de TBP* como situação que se associa ao uso do respirador, contribuindo para a vulnerabilidade já referida, como observamos nas seguintes falas:

(...) É na NNN, é muito difícil ...quando detecta que o paciente está com o bacilo, ele sobe para o NNI. Lá tem isolamento ...Mas, assim, não quer dizer às vezes, até descobrir que o paciente é contaminado com o bacilo, a gente fica lidando com ele ali, sem saber que o tal apresenta.

(G-I/ E-2)

(...) Isso é o que mais acontece na enfermaria! Depois ... Foi para o isolamento.

(G-II/ E-1)

(...) É, às vezes, o paciente foi admitido...E a gente ficou lidando com ele...E, foi ver depois que ele estava com tuberculose. É o que mais acontece... Foi para o isolamento do JJ. Ele quando chegou, chegou numa enfermaria comum.

(G-II/ E-2)

(...) Às vezes passa pelo WW... Quando o médico vai internar é que vai constatar o que ele tem, o que o paciente tem e o que ele não tem.

(G-II/ E-3)

(...) Porque o paciente que a gente está cuidando... Vira para um lado, vira para o outro... A gente, já está todo contaminado!... Se o paciente se interna, até ter certeza... Aqui é um hospital-escola! Então, às vezes, a evidência, o diagnóstico demora. Pegou, faz a anamnese do paciente. Fica pesquisando.... Até descobrir!

(G-IV/ E-1)

Estes aspectos encontram-se associados ao tempo decorrido para o estabelecimento do diagnóstico, e ao uso ou não das medidas preventivas de controle, que podem propiciar a infecção e/ou o adoecimento do profissional (PENTEADO,1999; NISHIDE e BENATTI, 2004; KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005; BERTAZONE, ELUCIR e MIYEKO, 2005; FRANCO e ZANETTA, 2006). Significa dizer que as situações de trabalho são freqüentemente marcadas por imprevistos e incertezas que geram um conjunto de conseqüências cujo alvo é o profissional.

Os Auxiliares e Técnicos de Enfermagem assumem grande parcela de cuidados diretos ao paciente portador ou suspeito de TBP; permanecem próximos a ele por longos períodos de tempo para executar os cuidados diretos, mesmo desconhecendo o diagnóstico da doença. A proximidade e a permanência junto ao paciente, embora facilitem o convívio (BAPTISTA,

ALMEIDA FILHO e LOPES, 2006), contribuem para deixá-los mais vulneráveis.

A relação de proximidade é percebida pelo 'beije', como relatou uma entrevistada:

(...) Igual ali na XXX: a gente beija, beija, beija. Depois... Oh! O paciente está contaminado. Agora eu já beije, já beije, já beije...

(G-I/ E-2)

Em geral, estes profissionais são os primeiros a atender as necessidades do paciente. Nas situações de emergência, permanecem junto dele enquanto aguardam a chegada dos demais membros da equipe de saúde, como descrito no relato abaixo, acerca do atendimento a um portador de TBP com diagnóstico ainda desconhecido:

(...) O que aconteceu foi o seguinte: eu estava numa enfermaria, os pacientes vieram lá do 00-Z, para o nosso setor e uma paciente fez um choque e parou. Foi todo mundo lá para socorrer a paciente, entendeu? ... Estava eu lá, toda empolgada: caramba, os médicos não chegam! A paciente fazendo uma taquicardia... Aí chegaram os médicos...

(G-I/ E-5)

Apreendemos que estas situações podem estar relacionadas ao desconhecimento *de fato*¹¹ do diagnóstico, ao descumprimento das orientações prescritas para o atendimento de pacientes suspeitos de TBP, além da dificuldade de fazer circular as informações entre o grupo de pessoas (Auxiliares e Técnicos de Enfermagem) que permanecem com os pacientes, tal como narrado:

(...) Quantas vezes a gente já não deu com paciente com tuberculose... Depois que... Já aconteceu mesmo... Naquele dia, a gente já fica: fazer o que? O que a gente vai fazer?

(G-II/ E-1)

¹¹Grifo nosso: refere-se aos diagnósticos inconclusos.

(...) E a gente fica aquela situação... Sei lá... Ninguém falou nada, o paciente foi para o isolamento, sei lá! A gente fica assim, meio...

(G-II/ E-2)

(...) Quando o paciente está na enfermaria e ninguém sabe o que ele tem. Chega uma pessoa e diz assim: Oh, fulano, aquele cliente, fulano de tal, está com tuberculose.

(G-IV/ E-2)

Realça-se a associação da vulnerabilidade do profissional à TB com as relações técnicas de trabalho existentes internamente na categoria de enfermagem e a ausência de informação acerca dos riscos que deveriam ser repassados pelo próprio enfermeiro ou por outras categorias profissionais, tal como observado:

(...) Acho que o problema são os líderes... Porque se os líderes fossem mais esclarecidos, esses problemas não aconteceriam.

(G-I/ E-4)

(...) Esclarecidos eles são...Muitas vezes, eles querem passar o plantão deles, tudo certinho, à custa daquela pessoa que não fica em cima dos seus direitos... Tem que me dar condições de trabalho.

(G-I/ E-3)

(...) Também acho...Tem muito isso. [fala e gesticula com a cabeça].

(G-I/ E-6)

Retornando à concepção de enfermagem de Nightingale (1989) e à história que marca a atividade profissional no HUCFF, lembramos que a DEN, implantada nesta Instituição em 1978, a partir de modelo norte-americano de administração, é caracterizada pela rigidez disciplinar e pela hierarquização de sua estrutura organizacional, desde então (MENEZES, 1983; MARQUES, FERREIRA e FIGUEIREDO, 2003). Nela está previsto que a Enfermeira pode assumir a posição de líder, chefe de setor, seção ou serviço, e ainda de diretor da divisão. É, pois, uma estrutura que lhe permite reproduzir o poder

institucional sobre os demais trabalhadores de enfermagem.

Na divisão do trabalho, o Enfermeiro líder e o chefe de setor têm a responsabilidade de realizar apenas alguns procedimentos junto aos pacientes, em geral os de maior complexidade e/ou invasivos, cabendo aos Técnicos e aos Auxiliares de Enfermagem a execução dos cuidados diretos. Como resultado da distribuição de atividades e tarefas por categoria profissional, estes últimos não têm a "visão do todo" em relação àqueles de quem cuidam, o que pode contribuir igualmente para o desconhecimento do diagnóstico de TBP.

Destaca-se a gravidade destas situações, principalmente porque a Enfermagem é uma profissão constituída, em sua maioria, por mulheres, das quais grande número trabalha em hospitais (ROCHA, 2000). Representa 40% do total de profissionais de saúde do HUCFF, sendo que os Auxiliares e Técnicos de Enfermagem correspondem a aproximadamente 80% da força de trabalho nesta equipe. Ao refletir acerca do cuidado ao paciente portador de TBP e das situações que envolvem o uso do respirador, desvelam-se aspectos ligados às relações de gênero.

A partir dos relatos, observa-se ainda no HUCFF, a divisão social e técnica do trabalho entre profissionais de categorias distintas (enfermeiro-médico) ou da própria categoria (Enfermeiro - Auxiliar e Técnico de Enfermagem). Esta divisão faz com que estes últimos permaneçam nos setores junto aos pacientes, e continuem se expondo à MTB, tal como observamos nas seguintes assertivas.

(...) pegaram o prontuário do paciente e viram que ele tinha história de BK... Todo mundo se afastou [faz gesto com as mãos para trás], parecia que tinham levado um choque... Todo mundo estava falando perto dela e tal... De repente, saiu todo mundo... Por quê? Porque tinha história de BK! (...) Todos! Os médicos e a enfermagem

também! Todo mundo se afastou...todo mundo levou um choque!

(G-I/ E-5)

(...) Teve uma vez que o médico chegou, eu estava no isolamento... Já era o que? Eram 05 horas da tarde; tinha mandado fazer um Rx para o paciente e falou assim... 'Olha, é melhor, vocês usarem a máscara que o resultado foi horrível!' Eu fui correndo na HH [referindo-se ao setor] e peguei a máscara.

(G-II/ E-2)

(...) No local que eu trabalhava acontecia isso, do paciente internar e depois saber que tinha tuberculose... Às vezes, quando você pega um doente que é interrogado... Eu já passei por isso, eu sei que o paciente é tuberculoso.

(G-III/ E-3)

(...) Assim no caso dela ficar muito tempo lidando com o paciente, que estava supostamente... Agora foi constatado!

(G-IV/ E-3)

Destacam-se, ainda, as questões relacionadas à hegemonia do saber médico (LOYOLA, 1984; BOSI, 1996; MAXIMO e BOSI, 2006), contribuindo para a manutenção do modelo laboral em que a enfermagem, por vezes, só consegue elaborar a organização do seu trabalho com o paciente portador de TBP a partir do que os médicos têm a dizer. Isto porque estes profissionais nem sempre valorizam as informações oferecidas pela enfermagem, como relataram dois entrevistados:

(...) Às vezes, já tem muito tempo que a gente está falando para o médico "olha, ele está tossindo muito, tosse seca, escarro saiu com sangue, tudo que condiz que ele está com o bacilo... Mas, não dão crédito. Só vão dar crédito quando vêm os exames. Quanto tempo o paciente ficou exposto ali?

(G-I/ E-2)

(...) A gente ficou chocado, porque de alguma forma a gente já sabia que a paciente tinha tuberculose. O médico cismou de tirar ela do isolamento. Agora a gente está com cara que está tudo bem.

(G-I/ E-5)

Neste contexto, urge que busquemos os fundamentos do trabalho em equipe, modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e as diferentes áreas profissionais (PEDUZZI, 2001), para que situações como estas sejam excluídas do espaço hospitalar, até porque concebe-se que todo paciente com tosse há mais de três semanas é considerado suspeito respiratório, e como tal, deve ser submetido às ações previstas para a precaução aérea (SILVA, ALVES e KRITSKI, 2004).

Significa dizer que, o cuidado no hospital é, por sua natureza, necessariamente multidisciplinar, isto é, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais. Mesmo desconsiderando as opiniões de outros membros da equipe de saúde, o médico deve estar atento aos sinais e sintomas apresentados pelo paciente e, se for o caso, cumprir as normas preestabelecidas para cuidá-lo adequadamente.

Vale lembrar os estudos realizados no HUCFF (1998) com 2.300 profissionais em atividades clínicas, cujos resultados apontaram para uma taxa de conversão da prova tuberculínica anual de 8% em 351 profissionais avaliados. Entre estes, destacaram-se os resultados referentes à categoria médica (15%) e de enfermagem (13%), enquanto os funcionários administrativos permaneceram com taxas anuais de 0,9% (KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005). Reafirmando estes resultados, em estudo longitudinal realizado por Muzy de Souza *et al.* (2002), observou-se que os profissionais de medicina e de enfermagem apresentaram risco significativamente maior de conversão à PT.

Pelo acima exposto, todos os profissionais de saúde que têm contato com portadores de TBP são vulneráveis, pois a *MTB* não respeita fronteiras,

classe social, cor da pele, sexo, idade, hierarquia ou categoria profissional (ODA e ÁVILA, 1998; BARROSO, 2001).

Ao considerar as especificidades que marcam as atividades de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem no HUCFF, percebemos que se faz necessário investimento em informações com a finalidade de prevenir, ou minimizar, os efeitos deletérios destas situações sobre os profissionais. Para tanto, é preciso que não se tenha como barreira o diagnóstico tardio da doença (MOURA, 2004), e que nas unidades ocorra o início rápido do tratamento medicamentoso de pacientes com diagnóstico de TBP, como medida fundamental no controle da doença no ambiente hospitalar (FRANCO e ZANETTA, 2004).

Os relatos comprovam a importância da manutenção de práticas seguras (MELO, 2005) no ambiente hospitalar para o controle da TB, a fim de que o profissional não tenha que vivenciar emoções como as descritas a seguir:

(...) Eu também não ... Também não vai adiantar você entrar em pânico! Vai adiantar o que? Você já cuidou do paciente e tudo!

(G-II/ E-1)

(...) Eu realmente não costumo entrar em pânico ... Entrar em pânico, assim, por isso, não! ...Eu não costumo...

(G-II/ E-3)

(...) Se sente traída, assim, no caso?

(G-IV/ E-3)

(...) Não, não é traída não, por que... Sei lá, é um negócio estranho!

(G-IV/ E-1)

➤ **Interação Profissional-Família**

A interação do profissional com sua família emerge entre o preconceito, a discriminação, o medo, o risco de adoecer e o desconhecimento do diagnóstico

de TB como outro aspecto que interfere com o significado da doença, e envolve o uso do respirador. Isto ocorre porque a enfermagem:

(...) É uma profissão que as pessoas acham que o paciente é que vai se contaminar, o paciente é que vai pegar alguma coisa com a gente...mas, se a gente não tomar cuidado, a gente é que vai.

(G-IV/ E-2)

(...) A gente é que vai se contaminar.

(G-IV/ E-3)

Ao pensar no uso do respirador, o profissional direciona a atenção para a própria família. Ante a possibilidade de infectar-se e adoecer por TB, assinala os riscos de *levar a doença para casa*, tal como observamos nos relatos:

(...) No princípio, quando eu tive TB, que eu descobri, fiquei muito receosa... Meu filho era bebê e eu tinha medo.

(G-III/ E-5)

(...) Paciente, a gente abraça, beija... Daí a pouco vem aquela plaquinha: isolamento. Nem tanto eu me preocupo comigo, não, mas assim de levar para casa, sabe!

(G-IV/ E-2)

(...) Porque você tem família também, você fica doente em casa... Você tem que pensar não só em si, mas em sua família!

(G-IV/ E-4)

A interação profissional-família é uma forma de o profissional pensar em si, em se cuidar, usar o respirador para manter seu corpo sadio, já que dele depende o próprio doente e a saúde de seus familiares, tal como observamos:

(...) O que acontece: eu fiquei na semana passada, no plantão retrasado e depois falei com a chefe: "olha... Eu tenho um bebê em casa de 07 meses e eu não quero entrar ali no isolamento"... Porque, você fica com medo... Eu não sei, eu não estou protegida realmente...E se eu estou levando aquilo tudo para minha casa?

(G-I/ E-1)

(...) Não! Sem máscara você não entra! Qualquer profissional eu acho que não entraria, porque ele tem a sua família também, tem o outro lado, não é? Ele tem que pensar nele e na família dele em casa também!

(G-I/ E -2)

(...) Porque se eu não estiver bem eu não vou cuidar dele... A gente leva para família, a gente vai fazer o que?...

(G-IV/ E-1)

(...) Vai ser um ciclo vicioso! Eu vou ficar doente, não vou poder vir trabalhar, não vou poder cuidar dele, minha família vai contrair a doença... Até eu sei que nós temos que nos cuidar para depois dar um suporte melhor, não é? Porque depois, quem vai cuidar deles!

(G-IV/ E-2)

(...) Quero ver quem vai cuidar da gente depois!

(G-IV/ E-3)

Ressalta-se, ainda, a ambigüidade do profissional que aceita cuidar do portador de TBP sem usar o respirador, ao pensar na possibilidade de o paciente ser ele próprio ou seu familiar:

(...) Cada um é cada um!... Sabendo que o paciente está com TB no pulmão, e trabalhando com duas máscaras... Também não correu o risco?... Não tem que prestar assistência ao paciente?...E se fosse ele ali? Amanhã pode ser eu, pode ser meu pai, pode ser meu familiar...Então eu não parto desse principio...

(G-I/ E-2)

Esta decisão tem como fundamento o período em que ele atuou sem utilizar o respirador por desconhecer o diagnóstico de TBP:

(...) Eu não posso dizer, porque eu já trabalhei até sem ela... Eu já trabalhei nessa situação sem nenhuma proteção...Eu já trabalhei.

(G-I/ E-1)

Acompanhar de perto o sofrimento dos pacientes mobiliza sentimentos de compaixão em quem cuida (SHIMIZU e CIAMPONE, 2002). Lembramos que a característica do trabalho de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem tem, entre seus fundamentos, o estabelecimento de vínculos com os pacientes sob seus

cuidados (BOEMER e SAMPAIO, 1997; SHIMIZU e CIAMPONE, 2002), tal como se espera que ocorra em relações pautadas pelos princípios da humanização (BRASIL, 2004). Possivelmente, contribuem para a criação desses vínculos o caráter humanitário implícito na própria enfermagem, assim como o fato de os pacientes encontrarem-se frágeis e dependentes (NIGHTINGALE, 1989; BORSOI, 1993; COFEN, 2007).

➤ **Deus como Proteção**

A presença de *Deus como proteção* no cuidado ao paciente portador de TBP caracteriza outro sentido que envolve o significado da TB. Emerge nas situações em que o profissional atua sem utilizar o respirador, daí porque o seu pensamento voltar-se para Ele como proteção, conforme relatado nas seguintes falas:

(...) Eu vou, sabendo que estou desprotegida e Papai do Céu me ajuda!

(G-I/ E-2)

(...) É entregar para Deus!

(G-III/ E-2)

(...) É pedir para Deus!

(G-III/ E-5)

Relembramos, então, que a enfermagem guarda resquícios da visão idealizada de uma prática pautada em princípios religiosos (NIGHTINGALE, 1989). Contudo, esta idealização não está voltada só para o cuidado do outro, sendo percebida também como mecanismo de proteção, tal como observamos nas narrativas a seguir:

(...) Eu não vou simplesmente dizer: não vou fazer nada com o paciente porque não tem uma máscara! Então, nessa hora é que eu acho que entra o seu emocional... Você nem sabe se está protegido... Eu acho que deve ser aquela história de que Deus é brasileiro ...

(G-II/ E-3)

(...) Então já cuidamos, fala que Deus te protegeu. Porque, não tem outra coisa mais para te proteger... Já foi tarde demais.

(G-IV/ E-2)

(...) Eu entraria, atenderia o paciente... Entregaria minha vida nas mãos de Deus e... Pediria... [sorrisos dos participantes]... Ué, gente! Eu estou sendo franca! O paciente está parando! ... Quer dizer... Eu sei que eu estou correndo todo o risco.

(G-IV/ E-3)

O enfrentamento de situações em que “*entra o seu emocional*”, como mencionou o entrevistado G-II/ E-3, são consideradas sobrecarga (FOLKMAN *et al.*, 1986) para os recursos emocionais do profissional que, para superá-las, recorre a Deus (PARGAMENT *et al.*, 1990), o que é entendido por Farias e Seidl (2006) como enfrentamento religioso.

Em outras palavras: já que os cuidados a estes pacientes não podem ser interrompidos, o recurso é acreditar na possibilidade de proteção oferecida por Deus, como relatou outro entrevistado:

(...) Porque depois que dou o banho, abraço, converso, é que a gente vem a saber que ele está no isolamento... Só Deus! Pede a Deus!

(G-III/ E-1)

A vulnerabilidade à TB impulsiona os profissionais para além de suas próprias capacidades, levando-os a um processo dinâmico de enfrentamento no qual, como observado por Harrison *et al.* (2001), podem estar inseridas crenças e práticas religiosas. Todavia, o uso do enfrentamento religioso só têm sentido se essas crenças fizerem parte do sistema geral de valores da

pessoa (PARGAMENT, 1997).

O modelo difundido no século XIX por Nightingale (1989), que iniciou a enfermagem moderna, não excluiu as convicções religiosas que a envolvem. O profissional não nega a sua responsabilidade ante a necessidade de utilizar o respirador; contudo, subentende que quando desconhece o diagnóstico, Deus estará cuidando dele:

(...) Geralmente, a gente está assim, quando a gente não sabe, Deus cuida!... Está inocente? Então, Deus cuida da gente!

(G-IV/ E-4)

Quanto a isso, Chauí (2003) assinala que a ética cristã traduz uma afirmação dos antigos: a de que a virtude se encontra no agir em conformidade com a natureza e com a vontade de Deus. Por desconhecer o diagnóstico do paciente, o profissional entende que agiu de boa fé, de acordo com a vontade de Deus, e por isso Ele o protegeu.

A religião pode assumir funções diferentes nos diversos estilos de solução de problemas (PARGAMENT, 1997). Neste sentido, o entrevistado G-IV/ E-4 parece adotar o estilo colaborativo, no qual a responsabilidade é atribuída tanto ao indivíduo que cuida (ciente da necessidade do uso do respirador), como a Deus (que estará cuidando dele, quando ele não souber o diagnóstico do paciente).

Reforçando este estilo, outro entrevistado enfatiza a responsabilidade do profissional. Ao utilizar o respirador, *Deus vai cuidar porque ele também está se cuidando*. E quando não houver máscaras disponíveis no setor, a única existente deverá ser utilizada por ele, porque a responsabilidade não pertence somente a Deus:

(...) No dia-a-dia, claro que este paciente precisa de cuidados...Vai entrar naquele quatinho, então você tem a sua máscara. Então, Deus vai cuidar, porque, você também está se cuidando! Agora, quando a gente coloca que não tem máscara, têm intercorrências [situações que exigem o uso da máscara]. Então, a única máscara que tiver, você vai tentar usar, porque mesmo Deus te guardando, mas você também não pode colocar tudo em Deus, você também tem responsabilidade.

(G-IV/ E-3)

Neste sentido, lembramos que, no caso da TB, a resistência após a infecção não é completa, pois persistem bacilos viáveis nos organismos dos que não adoecem após a primoinfecção, fazendo com que estas pessoas permaneçam sob risco de adoecimento. Apesar de os profissionais não estabelecerem a relação entre o cuidado ao paciente portador de TBP - proteção - infecção - adoecimento por TB, isto pode ainda ocorrer ao longo de suas vidas (KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005).

Preocupa-nos o fato de que estas pessoas transfiram esta responsabilidade para Deus esperando que soluções venham por meio das intervenções d'Ele, assim não aderindo o uso do respirador devido ao desenvolvimento de um excesso de otimismo em relação à proteção divina, que acaba por se configurar como mais uma forma de banalizar a doença.

4.3.2 Experiências na Interface Corpo e Respirador

Consideramos a experiência dos profissionais que cuidam do paciente portador de TBP para apreender o seu *modo de estar no mundo*; como eles se *envolvem e se engajam* ante as situações em que necessitam utilizar o respirador, *ao longo de suas vidas*¹². Isto envolveu a inclusão de demandas

¹²Grifo do autor do estudo.

subjetivas, valores, sentimentos e desejos (BOSI e UCHIMURA, 2006).

As experiências dos profissionais, neste estudo, apontaram o respirador como forma de proteção; contudo, em alguns momentos, a insegurança faz parte do dia-a-dia do cuidado ao paciente portador de TBP, quando necessitam utilizar este equipamento. Acrescentam que ele promove desconforto, caracterizado por duas subdimensões: falta de ar e interferência na visão e no olfato. No corpo, o respirador exerce influência na estética e auto-estima do profissional.

Outro aspecto apreendido esteve associado à humanização do cuidado a este paciente, representada pelas subdimensões: identificação do profissional; comunicação; obstáculo, barreira, distância e isolamento; além do sentido da humanização. Emergiram, ainda, as situações de emergência que envolve o profissional e o portador de TBP.

➤ **Proteção**

A partir de suas experiências, os profissionais percebem o respirador como proteção, aspecto deste equipamento que emerge como um dos eixos que compõem a rede, tal como observamos a seguir:

(...) Para mim, também...Proteção... Prevenção... Para você não se contaminar com a tuberculose...Para se prevenir e não se contaminar... Eu me sinto protegida.
(G-II/ E-2)

(...) Uma forma de proteção contra a tuberculose. É uma máscara específica! É uma forma de se proteger.
(G-II/ E-3)

(...) É para te proteger!
(G-III/ E-5)

(...) Proteção!...Para nós, é um meio de proteção.
(G-IV/ E-1, E-2, E-4, E-5)

(...) Para mim, aquela coisa assim, como sufoco, é para minha proteção, sabe?

(G-IV/ E-3)

A exemplo da percepção dos entrevistados, a literatura destaca que o respirador é uma das medidas universais destinadas ao controle da TB no ambiente hospitalar. Objetiva formar uma barreira de proteção ao trabalhador, a fim de reduzir a sua exposição à *MTB*. Junto às medidas administrativa e ambiental, o equipamento contribui para a diminuição dos custos indiretos, no caso de possível afastamento do profissional por adoecimento, e para a redução da incidência da TB (ANTUNES, WALDMAN e MORAES, 2000; BRITO, 2001; BRITO *et al.*, 2003; CASTELO FILHO *et al.*, 2004; MARTINS *et al.*, 2004; SILVA e BARBOSA, 2004).

Para os entrevistados, a proteção foi associada ao tipo de respirador utilizado. O modelo PFF2, mais conhecido como 'Escrava Anastácia', dá a *impressão* de não proteger, levando-os a optar pelo uso do respirador PFR95 (bico de pato), que lhes parece oferecer melhor proteção:

(...) A Anastácia é horrível! Dá a impressão que não protege. Eu não gosto de botar aquela máscara não. Boto porque eu sou obrigada, mas... A outra não [PFR95], eu entro numa boa. Boto, converso com o paciente e tudo. Ela protege sim... Eu prefiro a bico de pato....

(G-IV/ E-1)

(...) Quando você coloca a Anastácia sozinha dá a impressão que ela não fica bem aderida [fala dupla com entrevistado nº 03]...É pode ter uma brechinha... Mas, realmente, a bico de pato, ela protege...

(G-IV/ E-2)

(...) Eu me sinto mais à vontade com a bico de pato.

(G-IV/ E-3)

Já para outro entrevistado, o respirador PFR95 (tipo Bico de Pato) é o que não protege:

(...) Agora, a bico de pato, eu acho que eu não estou protegida com ela, porque eu acho que ela está folgada...

(G- IV/ E-4)

Esta sensação, de acordo com o entrevistado G-IV/ E-3, possivelmente está relacionada com o formato do respirador (bico de pato) que parece permitir uma respiração melhor:

(...) É porque ela te dá a sensação de melhor respiração, né! Porque ela é chata [refere-se ao formato da máscara bico de pato]. Mas, fora isso ela protege da mesma forma.

➤ Insegurança

A *insegurança* emergiu para outros entrevistados, relacionando-se com a incerteza em saber se realmente o equipamento irá protegê-lo. Esta dúvida ficou clara nos recortes das seguintes falas:

(...) É por achar que a máscara não te protege... Não te dá segurança.

(G-I/ E-1)

(...) Eu não confio, sinceramente não confio... É uma máscara que é usada três, quatro meses. Uma máscara que não é guardada num local adequado... Será que realmente aquele filtro ainda está válido? Fica essa interrogação. Será que eu realmente estou protegida?

(G-I/ E-2)

(...) Na realidade, nós não confiamos na máscara.... Dá insegurança!...É o medo da máscara!... Até sabendo que a máscara protege, a gente tem medo de uma falha, um buraco que a gente não está vendo, qualquer coisa nesse sentido.

(G-I/ E-3)

(...) É porque não confio.

(G-I/ E-5)

(...) Na realidade, eu acho que o profissional não se sente seguro com essa máscara. Porque, na verdade, a gente não sabe se realmente está protegendo ou não. Quem te garante que você está ficando protegido?

(G-IV/ E-6)

A esse respeito, destacamos que na literatura científica (FENNELLY, 1997; SIMÕES, 2002; BRITO *et al.*, 2003; MORO *et al.*, 2005; COFFEY *et al.*, 2006) não existem dados conclusivos que confirmem ou contradigam a eficiência da proteção respiratória pessoal na prevenção da TB ocupacional. Em contrapartida, os mesmos autores entendem que há evidências que suportam o uso destes equipamentos como complemento valioso das medidas administrativas e ambientais visando a redução do risco da exposição inalatória à *MTB* e/ou ao adoecimento por TB ocupacional.

A insegurança em relação ao uso do respirador tem base material, já que nem sempre se consegue garantir que todos os profissionais disponham de equipamentos adequados às suas necessidades, conforme relato do entrevistado G-IV/ E-5:

(...) É um meio de proteção, que muita das vezes é ineficaz. Porque, com essa mudança de fornecedor, nunca é o mesmo fornecedor, então eu creio, não sei o que acontece, mas já tivemos momentos da gente grampear a máscara, para ela acoplar no rosto ... Entrava todo o ar, todo o vento. A gente reclamava e parecia que ninguém ouvia.

Entendemos que esse procedimento pode interferir com a fixação do equipamento e propiciar o aparecimento de *áreas de fuga* entre a face do profissional e o respirador (LEE, SLAVEC e NICAS, 2004; LAWRENCE *et al.*, 2006), principal fator que limita a sua efetividade (FENNELLY, 1997; BRITO *et al.*, 2003; KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005).

Lembramos que o respirador deve se adaptar perfeitamente ao formato

de rosto do usuário (GONÇALVES, 2001; ZHUANG, COFFEY e ANN, 2005). A propósito, para o entrevistado G-IV/ E-2:

(...) Ah, o que eu falo de proteção é quando a 'Anastácia', está bem apertaaaaada, presa!

Caso não seja colocado corretamente, os núcleos de gotículas infecciosas, após o ressecamento, podem ingressar facilmente nas vias respiratórias da pessoa, potencializando a infecção e/ou o adoecimento. Destaca-se ainda que a certificação técnica (garantia de proteção) do equipamento só é válida para amostras dos filtros. Não há controle de possíveis áreas de fuga existente entre a face e o respirador (FENNELLY, 1997; SIMÕES, 2002).

Quanto a isso, comprovamos que o HUCFF disponibiliza apenas um tamanho de equipamento para os profissionais, o que não atende às diversas formas e tipos de faces dos que necessitam utilizá-lo. Lembramos, todavia, que o equipamento nacional PFF2 encontra-se disponível no mercado, nos tamanhos P/M e M/G (Certificado de Aprovação do Equipamento de Proteção Individual de fabricação nacional nº 13.040). Sendo assim, para garantir a segurança destes profissionais, a Instituição necessitaria adquirir pelo menos dois respiradores de tamanhos diferentes, preferencialmente o pequeno e o médio, para facilitar esta adaptação (GONÇALVES, 2001).

Ressalta-se, ainda, a importância de o profissional assegurar a adaptação do equipamento recebido ao seu biotipo, colocando-o em sua face antes de se dirigir à unidade do paciente, pois consideramos inadmissível que haja necessidade de *“(...) grampear a máscara, para ela acoplar no rosto”*, como relatou o entrevistado G-IV/ E-5. Destaca-se que o uso deste equipamento, de forma imprópria, não garante proteção contra a TB (FARIAS,

1999; GOUVEIA, 2000).

Não desconsideramos a possibilidade de que a insegurança esteja associada à preocupação com a transmissão da doença, consoante o resultado de estudo realizado por Marques *et al.* (2004a) com alunos de um curso de graduação em Enfermagem no município do Rio de Janeiro.

➤ Desconforto

O uso do respirador, para alguns entrevistados, é motivo de *desconforto*, por vezes, associado à *falta de ar* ou à interferência na *visão e no olfato*.

O desconforto associado ao uso do respirador pode ser observado nas assertivas abaixo:

(...) A meu ver, eu acho essa máscara muito desconfortável.

(G-I/ E-2)

(...) Essa máscara é desconfortável demais.

(G-I/ E-3)

Já outros entrevistados aceitam o uso do respirador, sem restrição:

(...) A máscara não te atrapalha para fazer os cuidados do doente! Não!.

(G-III/ E-2)

(...) Eu não acho, não!...Eu não me sinto, não!... Eu já estou acostumado, eu não sinto nada.

(G-III/ E-3)

O entrevistado G-IV/ E-1 acrescenta que o respirador é o responsável pelo incomodo durante a realização de suas atividades e não o medo da doença, como apreendido anteriormente:

(...) A única coisa mesmo que me incomoda, não é medo, não é assim: Ah! Vou ficar lá dentro, vou pegar a doença... É aquela máscara...!

✓ **Falta de ar**

De acordo com Fennely (1997), junto à face, o respirador causa aumento da resistência respiratória do profissional durante a inspiração. Este é um dos limites destacados por Simões (2002) para o seu uso. No HUCFF, esta característica parece contribuir para a *falta de ar*, atributo percebido como uma sensação:

(...) Você não vai morrer, mas você está sentindo falta de ar mesmo, do ar natural, você está sufocando!

(G-III/ E-3)

(...) É assim como vocês falaram mesmo, é uma sensação de... Falta de ar, porque tampa boca e nariz! A gente vai respirar ou pela boca ou pelo nariz, tampa boca e nariz, a gente vai ficar sem ar!

(G-III/ E-4)

(...) Não tem ar suficiente! Eu ficaria sem falar, mas sem respirar um pouquinho eu não ficaria.

(G-III/ E-5)

(...) Dá falta de ar, eu tenho que sair do quarto rápido quando começo... Dá falta de ar mesmo!

(G-IV/ E-1)

(...) O nosso ar vai diminuir...

(G-IV/ E-3)

Não obstante as questões objetivas que envolvem a respiração destes profissionais, há que se destacar a subjetividade deste ato. Ao que parece, o profissional não se sente *preparado psicologicamente* para cuidar do paciente portador de TBP, como mostram as narrativas:

(...) Eu acho que a gente não se prepara psicologicamente... Ah! Eu acho que é o psicológico também, porque quando coloca, dá coceira, dá coceira no nariz, dá tudo.

(G-IV/ E-2)

(...) Eu também acho que é psicológico, que tem que ser mais trabalhado. Não é proposital! Quando eu coloco, eu quero coçar aqui... É uma coisa absurda!

(G-IV/ E-3)

Em relação à falta de ar, relembramos os aspectos que envolvem o significado da TB, em especial o medo de adoecer, isto porque nos momentos em que permanece cuidando do portador de TBP, o profissional afirma respirar o mínimo possível:

(...) Eu fico sem respirar, eu entro, me preparo e fico sem respirar, presto o cuidado o mais rápido possível.

(G-I/ E-2)

(...) Porque mesmo eu, por exemplo, quando coloco essa máscara, eu procuro respirar o mínimo possível quando estou com ela, por que... Quando você está usando, é uma coisa assim, que não dá nem para explicar.

(G-I/ E-3)

(...) O que acontece: as pessoas respiram tudo o que tem que respirar lá fora, bota a máscara, entra, respira o menos possível igual à entrevistada 03 falou, e a gente sai.¹³

(G-I/ E-5)

Para os entrevistados essas características não anulam a proteção oferecida pelo equipamento. Entre o incômodo e a necessidade de utilizá-lo, existe o reconhecimento de que o respirador:

(...) É desconfortável, desagradável. Mas, dá para tolerar. Eu faço questão! É precaução, claro!

(G-III/ E-1)

(...) é desconfortável sim, mas é necessário! É uma forma de precaução.

(G-III/ E-2)

O entrevistado G-III/ E-4 acrescenta que:

(...) Com todo incômodo que a máscara traz, por esta questão do abafamento que a gente falou, mas dá para trabalhar com ela, dá para trabalhar com ela...

¹³Neste momento, ao falar, a entrevistada estala os dedos indicando a sua pressa para sair.

O corpo é o principal instrumento para a realização dos cuidados de enfermagem (FIGUEIREDO e CARVALHO, 1994). É nele que o respirador exerce influência, já que afeta o profissional com o seu ponto de fixação entre o nariz e a boca, órgãos essenciais à respiração. Além de precisarem respirar, para estabelecer relação e cuidar de seus pacientes (FIGUEIREDO, 1995), Auxiliares e Técnicos de Enfermagem utilizam outros órgãos de sentido: visão, olfato, audição e fala, nos quais o respirador interfere.

✓ **Visão e Olfato**

Ao considerar o desconforto resultante do uso do respirador, foi destacada sua influência nos órgãos de sentido destinados à *visão* e ao *olfato*.

Os usuários de óculos alegam que se sentem *obrigados* a retirá-los, durante o cuidado, pois ficam embaçados quando utilizados concomitantemente com o respirador. Vejamos o que disseram os entrevistados a esse respeito:

(...) Você é obrigada até a tirar os óculos... Tem que ficar sem os óculos!

(G-II/ E-1)

(...) A maior dificuldade que eu encontrei foi o uso da máscara junto com os óculos. Porque ela embaça os óculos... O incômodo que eu tenho são os óculos... Quando você coloca os óculos e você respira, embaça... É horrível!

(G-II/ E-3)

(...) Eu uso óculos... O meu, fica embaçado... Eu já sou cego. A prescrição embaçada, eu fico com dificuldade de cuidar do paciente... De dar o banho de leito ou qualquer coisa... Ter que ficar ali, no outro plantão, ter que ficar de novo, é uma manobra!... Eu acho que se todo plantão seguido tiver que usar a máscara, não dá não... Tem que ficar sem os óculos!

(G-III/ E-1)

(...) Eu, com óculos embaçados... Você está com o paciente, aquela luva, às vezes você não pode tirar, limpar.

(G-III/ E-5)

A dificuldade de cuidar, referida pelo entrevistado, diz respeito a preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos; observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas ao nível de sua qualificação; executar procedimentos prescritos ou de rotina; e desenvolver outras atividades de enfermagem pertinentes à sua categoria profissional (COFEN, 2007).

Embora os óculos fiquem embaçados, o profissional não pode retirá-los para limpeza, já que tem as mãos protegidas por luvas durante a execução de procedimentos, como confirmado pelo entrevistado G-III/ E-5.

Nestas situações, assim como Bulhões (1994) e Fennelly (1997), não desconsideramos a possibilidade de que o respirador contribua para a ocorrência de acidentes laborais, já que o profissional que usa óculos, ao ter sua visão prejudicada pelos motivos citados, pode não conseguir executar corretamente os procedimentos de rotina.

Outro aspecto que envolve os órgãos de sentido aponta para o odor, ao utilizar o referido equipamento, conforme apontado por dois entrevistados:

(...) Aquele cheiro, sabe? Incomoda muito mesmo!
(G-II/ E-1)

(...) É Isso! Eu encontrei dificuldade, o cheiro da máscara também, o odor dela também não é muito agradável realmente.
(G-II/ E-3)

O entrevistado G-IV/ E-3 acrescenta que:

(...) No caso, o ar que você solta é o mesmo que você respira, inspira e expira... É o mesmo ar que está ali...

Essa característica pode estar associada com a posição do respirador sobre a boca e o nariz do profissional e, portanto, com a impossibilidade de o profissional manter trocas freqüentes de ar com o ambiente. Explicando melhor:

o odor inerente ao respirador, acrescido ao da expiração retida no equipamento, resultante do tempo de jejum por vezes prolongado e da impossibilidade de realizar a higiene oral no decorrer do dia, resultam em maior sensação de desconforto para o profissional durante o uso deste equipamento.

➤ **Estética e Auto-estima**

O respirador interfere também na aparência do profissional, tornando-se um novo obstáculo que ele necessita transpor para assegurar a *estética e a auto-estima*.

Isto nos conduziu a reflexão acerca das raízes históricas e culturais que acompanham as experiências de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem no cuidado ao paciente portador de TBP. Inicialmente, devido à designação popular do respirador brasileiro como “*Máscara Escrava Anastácia*”¹⁴ (G-I/ E-5), aquela que “(...) *parece uma cuiazinha*” (G-III/ E-1).

A fixação deste equipamento no rosto, além de incômoda, não é bem aceita, já que o equipamento possui quatro grampos laterais metálicos, dois de cada lado, por onde passam as pontas de dois tirantes elásticos, perfazendo quatro alças: duas na parte superior, para fixação da peça no alto da cabeça, e outras duas na parte inferior, para fixação na altura da nuca. Ao colocar ou retirar o equipamento, é comum o elástico ficar preso nos cabelos e deformar o penteado, em especial no caso de quem tem cabelo crespo, como relatado por dois entrevistados:

¹⁴Anastácia foi uma bela escrava de olhos azuis, que não podia falar, pois, como castigo “usava um açaim e um anel grosso de ouro em sua garganta que a silenciava e escondia-lhe a face” (WATSON-AIFAH, 2003, p.230).

(...) Ah, para mim, a única dificuldade que tem é que toda hora que botar e tirar, o cabelo fica assim não é? [coloca a mão sobre o cabelo, indicando que ele vai para o alto]. Mas, fora isso, nada me incomoda! Eu mesmo não noto... Os outros são quem dizem: Ih! Olha lá como está seu cabelo! Eu vou olhar e está assim [põe a mão na cabeça]... Aqueles dois elasticozinhos [utilizado para fixação da máscara]... Bota a máscara e tira de novo.

(G-II/ E-1)

(...) É, para mim é o cabelo.

(G-II/ E-2)

➤ **Humanização**

Percebemos que o respirador retém algumas similaridades com o açaimo utilizado pela escrava Anastácia, entre elas destaca-se a dificuldade de identificação e o estabelecimento da comunicação. Este equipamento apresenta-se como *um obstáculo, uma barreira* entre o profissional e o paciente, que *distancia e isola* os doentes já *discriminados* pela própria doença; aspectos relacionados com a humanização do cuidado ao paciente portador de TBP, apresentados a seguir.

✓ **Identificação do Profissional**

A possibilidade de estabelecer interação é um dos princípios que fundamentam o cuidado (AYRES, 2004). Entretanto, as narrativas apontam que, ao utilizar o respirador, o profissional nem sempre consegue sair do anonimato e ter acesso à vida de relações humanas, ou estabelecer o encontro terapêutico, pois, além dos limites já explicitados, o uso do respirador impede a sua identificação, caracterizando outro aspecto deste equipamento:

(...) A dificuldade de ver o rosto, de visualizar o rosto todo da pessoa.

(G-I/ E-2)

(...) Não dá para ver o rosto direito, ele está todo coberto pela máscara.

(G-I/ E-4)

(...) Normalmente guardam a gente pelo rosto...

(G-I/ E-5)

O anonimato só acaba quando o profissional utiliza adornos pessoais visíveis para o paciente, conforme relatou o mesmo depoente:

(...) Eu tive um paciente que só me reconhecia pela pulseira, que era a única coisa que ele via...Ele consegue identificar a gente só por um objeto... Olhava para o meu braço e dizia assim "Oi! Hoje é você, meu amor!"E só me reconhecia pela pulseira.

(G-I/ E-5)

Viver é uma operação em que se torna possível estar no mundo com o outro (MERLEAU-PONTY, 2006). Assim, a visão, a audição, a fala, a respiração e o corpo não são apenas os pontos de passagem. A vida de relações humanas retoma e recolhe em si aquela existência dada e anônima. Ao que parece, é nessas vidas que o respirador tem atuado, dificultando a relação entre pacientes e profissionais no processo de produção do cuidado e na garantia de práticas humanizadas e, portanto, dialógicas.

✓ **Comunicação**

Apreendemos que o profissional tem a voz tamponada pelo respirador, o que torna difícil a fala e a escuta, imprescindíveis à comunicação com o paciente, como relatado por alguns entrevistados:

(...) A gente tenta... Procura conversar.

(G-III/ E-1)

(...) A máscara tampa a boca e o nariz... Você não escuta... O paciente não escuta direito o que estamos falando.

(G-III/ E-4)

(...) Com esta máscara você não escuta. Assim, o paciente não escuta direito o que a gente está falando. É difícil para a gente falar, é difícil para ele...

(G-IV/ E-1)

Para Fennelly (1997), Simões (2002) e Zhuang, Coffey e Ann (2006), a dificuldade em estabelecer a comunicação independe do tipo do respirador utilizado (dobrável ou em formato de copo); sendo assim, infere-se que seja um atributo da tecnologia.

Estas são características que marcam a ausência do *diálogo* (BOSI e UCHIMURA, 2006, p.100-101) entre o profissional e o paciente portador de TBP. Destacamos que a linguagem expressa na fala é uma manifestação de profissionais e pacientes que os une ao mundo e aos seus semelhantes; “ela encarna significações, estabelece a mediação entre o eu e o outro e sedimenta os significados que constituem uma cultura” (MERLEAU-PONTY, 1984, p. xii). A fala dá sentido humano ao objeto, ao mesmo tempo em que apreende e comunica o sentido ao outro. Ela é “a única, entre todas as operações expressivas, capaz de sedimentar-se e de constituir um saber intersubjetivo” (MERLEAU-PONTY, 2006, p.257), porque existe “uma retomada do pensamento do outro, por meio da fala, uma reflexão no outro, um poder de pensar segundo o outro, que enriquece nossos pensamentos próprios” (Op. cit., p. 243).

Reforçando estes aspectos, os entrevistados mencionaram:

(...) quer conversar. Mas, você está ali, agoniado, como é que você vai sentar e ‘Bom dia! O senhor está bem? Não sei o que’... Conversar para distrair... O doente deve querer falar com a pessoa da enfermagem, bater um papo, ter contato porque ele fica sozinho, isolado... E a gente [profissional], por medo, se anula dessa conversa com o paciente....

(G-I/ E-2)

(...) *Mas se você prende a respiração, como é que você vai conversar com ele?*

(G-I/ E-3)

(...) *Ele [o paciente] não tem a oportunidade de abrir a boca...porque a gente entra, faz o procedimento e...*

(G-I/ E-4)

Percebemos que o profissional demonstra o desejo de estar com o doente, de conversar, mas, por estar *agoniado* (G-I/ E-2), não consegue sentar-se e dialogar. Isto faz com que as relações entre ambos fiquem limitadas.

O estado de *agonia*, a *inquietação*, a *aflição* e a *angústia* fazem parte do lidar com o paciente portador de TBP, uma *doença ruim* que, entre os seus significados, guarda o *medo*, o *preconceito* e a *discriminação* que impossibilitam, portanto, pensar apenas nos limites objetivos relacionados ao uso do respirador.

Não há como distinguir a quem pertence o desejo de conversar. Todas essas percepções estão intimamente inter-relacionadas, uma vez que fazem parte de um todo, um corpo que necessita ver, falar, escutar e ser visto para estabelecer a relação com o outro.

A propósito, Merleau-Ponty (2006) refere que o corpo se destaca pela reflexividade, como atributo da consciência, e pela visibilidade, como característica do objeto. Assim,

o corpo é o visível que se vê, um tocado que se toca, um sentido que se sente. Quando a mão direita toca a mão esquerda, há um acontecimento observável cuja peculiaridade é a ambigüidade. Isto dificulta determinarmos quem toca de quem é tocado. (MERLEAU-PONTY, 1984, p. xi)

Do mesmo modo que o corpo do profissional, como sistema de suas abordagens sobre o mundo, funda a unidade dos objetos que ele percebe, o corpo do outro (do paciente), como portador das condutas simbólicas e da

conduta do verdadeiro, propõe-lhe a tarefa de uma verdadeira comunicação, conferindo a dimensão nova do ser intersubjetivo (MERLEAU PONTY, 2006). A intersubjetividade emerge, assim, no momento em que o profissional se mostra sensível à situação do paciente. Para o entrevistado G-III/ E-2:

(...) A questão é agir naturalmente, e a única forma que a gente tem de quebrar essa barreira é conversando.

Neste sentido, apresentamos a narrativa do entrevistado G-I/ E-1 que optou por retirar o respirador para conversar com um paciente em fase terminal, expondo-se à doença:

(...) Uma vez um paciente na emergência, ele era HIV positivo e BK, e a família deixou ele lá e sumiu...Ele, muito apegado à mãe foi ficando deprimido ... Eu fui me apegando a ele, me aproximando. Até que um dia, ele estava quase morrendo...Eu tirei a máscara... Dei a mão e ficamos conversando. Eu falei: “- eu estou aqui para te ajudar, sou seu amigo, não tem problema nenhum, vamos conversar”...

Apreendemos que a este paciente foram destinadas ações de cuidado, de acordo com as necessidades identificadas pelo entrevistado G-I/ E-1. Nesta perspectiva, resgatamos a citação de Horta (1979, p.4) para lembrar que:

transcender a enfermagem é ir além da obrigação, do ter o que fazer. É estar comprometido, engajado na profissão, é compartilhar com cada ser humano sob seus cuidados a experiência vivenciada em cada momento.

Entendemos que a experiência de *dar a mão e conversar* aponta para o aspecto relacional deste encontro, em que o Eu se define em relação ao Tu (BUBER, 2003). Nesta situação, ambos (profissional e paciente) foram afetados. Eles foram um para o outro – uma pessoa.

Ao que percebemos, o profissional parece ressentir-se da ausência do *contato dialógico* (HYCNER, 1997), do encontro entre duas pessoas, de

cumprimentar com um ‘*bom dia*’ e se distrair apenas conversando. A disponibilidade em ouvir o outro e seus problemas, ou seja, a dimensão relacional, prioritária no dia-a-dia dos pacientes portadores de TBP e no processo de cuidar dos profissionais de enfermagem.

Neste espaço assistencial, assim como em Silva (2006), o aspecto relacional revelou-se como preocupação autêntica. Em alguns momentos, o profissional pode desviar-se do paciente portador de TBP; entretanto, não deixa de estar situado em relação a ele.

O encontro entre profissionais e portadores de TBP não parece traduzir-se de modo restrito ao êxito técnico, mas refere-se a um *sucesso*, a uma situação de felicidade que abarca as dimensões éticas do cuidar (AYRES, 2001).

✓ **Obstáculo, Barreira, Distância e Isolamento**

Os relatos oferecidos apontam para o respirador como *um obstáculo*, *uma barreira* entre o profissional e o paciente, que *distancia* e *isola* os doentes:

(...) A máscara é como se fosse uma barreira, eu sinto que cria uma distância.

(G-I/ E-1)

(...) A máscara cria uma distância.

(G-I/ E-3)

(...) É uma barreira! Ela fica entre as pessoas, é um obstáculo. Fica você e do outro lado fica o doente, é bem isso...Como se fosse uma barreira...Cria uma distância.

(G-III/ E-1)

(...) É, mas isola... Distancia, sim!

(G-III/ E-2)

(...) A máscara lá é distanciamento para eles e isolamento do paciente... Isola, gente! Claro! Claro que é isolamento. A máscara isola!.... É um obstáculo...

(G-III/ E-4)

✓ Sentido da Humanização

Nessa linha de raciocínio, o entrevistado G-I/ E-1 resgata a própria experiência, quando retirou o respirador (um obstáculo, uma barreira que distância e isola pacientes e profissionais) para conversar com o paciente, e conclui o seu relato:

(...) Eu já fiz uma besteira assim... Mas eu não me arrependo, não!... Eu me senti bem. Naquele momento, eu não tive medo... Ele precisava olhar para alguém no rosto, conversar com alguém, que alguém desse atenção!

(G-I/ E-1)

Reafirmando estes aspectos, os entrevistados mencionaram que retirar as barreiras e eliminar a distância que interfere na relação profissional-paciente, depende de cada um, significando *ir além do agir com o coração*. Este é o lado humano do cuidado ao paciente portador de TBP:

(...) Não! Besteira não, porque ela se apegou a ele!... Ela sentiu pena dele estar ali... Ela, como profissional, vendo que ele estava morrendo, a família abandonou. Ele estava se sentindo desprezado por tudo e por todos, então ele se apegou, e o emocional dela falou acima de tudo e ela quis, sabendo que ele ia morrer, dar conforto, apoio, amor para aquela pessoa que estava ali, aquele ser... É a questão da humanização! ... Para ela, este é o lado humano! ...Depende do momento, do afeto, porque você se apega também ao paciente.

(G-I/ E-2)

(...) Isso é agir com o coração! Eu acho que isso é agir com o coração.

(Todos responderam)

(...) De maneira confiante... Ela viu que só tinha ela mesma.

(G-I/ E-6)

Posteriormente, ao avaliar sua experiência, o entrevistado reconheceu:

(...) Eu fui inseqüente e me arrependo, mas naquele momento eu achei que aquilo era necessário. Foi bom para mim, como pessoa, e para ele! Disso eu não me arrependo.

(G-I/ E-1)

A experiência resultante da necessidade de fazer escolhas destaca o aspecto existencial da relação estabelecida entre profissional e paciente portador de TBP. Ao perceber a proximidade da morte do paciente e a possível necessidade demonstrada por ele de compartilhar este momento com outra pessoa, o profissional se põe em um espaço onde não vê riscos, e sim, o outro, como um ser humano.

Não demonstrar arrependimento de algo realizado evidencia que este profissional, como ser humano, tem que fazer escolhas, mesmo em situações de risco (AYRES, 1995; 1997; 2007). A dialética entre o arrepender-se ou não, revela-se como parte da ambigüidade do humano (MERLEAU-PONTY, 2004); “caracteriza a possibilidade do re-encontro, do contato genuíno que representa não a captura do que se é, mas a revelação do que é preciso expressar” (BOSI e UCHIMURA, 2006, p. 100).

Enfatizamos que não se deve desconsiderar a importância do respirador como uma tecnologia para o cuidado, e sim inter-relacionar as dimensões tecnológica (transformação instrumental do mundo) e dialógica da razão (construção de mundos e de intersubjetividades).

A partir desta experiências emerge, então, o *sentido da humanização* do cuidado ao paciente portador de TBP:

(...) Humanizar é aproximação, acho que é você se aproximar mais, não é? Deixar de lado um pouco só aquela frieza do jaleco ou da máscara... Aquela distância

que você tem para se proteger [o entrevistado 02 fala baixinho: “o egoísmo, não é?”]. Você procura se proteger mantendo distância dos pacientes, não se envolvendo emocionalmente. Humanizar é me aproximar mais.

(G-I/ E-1)

Destaca-se a vivência relacional como possibilidade de criar identidades para profissional e paciente. Impõe-se, contudo, repensar a diferença entre *humanizar* e ser *inconseqüente*. Neste caso, o sentido dado à palavra *inconseqüente*, na fala do entrevistado G-I/ E-1, apontou para o descuido com o próprio corpo, caracterizado pelo não uso do respirador para cuidar do paciente portador de TBP.

É possível considerar que os principais significados atribuídos às iniciativas de humanização têm foco relacional (DESLANDES, 2004; BOSI e UCHIMURA, 2006). Nele inserem-se a qualidade da relação interpessoal e o estabelecimento de vínculos entre profissionais e pacientes portadores de TBP.

Destaca-se, ainda, a necessidade de valorização dos profissionais de saúde, como fundamento para o projeto humanizador no cuidado a este paciente, sem desconsiderar a sua vulnerabilidade à TB durante o processo relacional, isto porque ‘humanizar’ não pode ser entendido como descuidar da própria saúde.

Ao deixar de pensar em si para cuidar do paciente, o profissional *esquece-se do próprio cuidado*; assim, não utiliza o respirador como recurso para sua proteção, mesmo com o risco de adoecer e ficar de licença médica, ter seus rendimentos reduzidos e precisar afastar-se da família, tal como observamos nas narrativas:

(...) Você, quando deixa de se proteger porque ficou com pena do paciente, porque você olhou aquele vózinho, olhou aquela vózinha... Quando você faz isso, você se esquece da sua família. E seus filhos, sua família? Você vai ficar com dor na coluna, ficar tuberculoso, ficar de licença.

(G-I/ E-1)

(...) Na humanização você esquece de você para cuidar primeiro do seu paciente não é isso?... Você esquece do que pode acontecer com você, e só pensa nele.... Você se esquece da sua família. Você vai ficar tuberculoso, ficar de licença. Seus rendimentos vão cair, você vai se afastar da sua família.

(G-I/ E-6)

Voltando ao jogo das interações, das relações face-a-face que constroem o cotidiano do cuidado (DESLANDES, 2005), apreendemos que este posicionamento não é aceito por todos, pois:

(...) Ele agiu inconscientemente... A primeira humanização começa com a gente mesmo... Se você não estiver bem, não vai fazer nada bem... Se for uma coisa que eu vou pegar tuberculose, eu não vou não!...

(G-I/ E-3)

(...) eu não, se eu precisar, eu não entro! Se eu fizer isso, eu morro!

(G-IV/ E-1).

Embora alguns profissionais pensem como o entrevistado G-I/ E-3, referem que na hora de colocar este pensamento em prática, ainda que seja uma incoerência, não podem deixar o paciente precisando deles, pois não fariam com ele o que não gostariam que fizessem com alguém de sua rede social, tal como observado:

(...) Incoerência, mas e aí? Você vai deixar o seu cliente/paciente lá precisando? Eu não queria que fizesse com meu pai, um amigo meu! Mas, fazer o que?

(G-I/ E-2)

(...) Acho que assim... Tem que respeitar o direito que o paciente tem que é estar ali recebendo o cuidado que tem que receber, mas... Acho que a gente pensa todo mundo igual ao entrevistado 03... Só que na hora de agir, na hora de atuar, você não tem o posicionamento que ele tem.

(G-I/ E-4)

(...) Na verdade, a gente pensa como o entrevistado 03, mas só que não age com a cabeça, como ele... A gente acaba agindo com o coração... E dói muito. ..Eu não vou fazer com uma pessoa o que eu não quero que façam comigo... Porque a gente não age com a cabeça, e sim com o coração.

(G-I/ E-5)

Ao pensar que a humanização deva passar pela radicalidade democrática do bem comum (AYRES, 2005), é preciso vislumbrar o profissional como parte de um todo, já que não há verdadeira saúde pública que não passe por um atento cuidado de cada um de seus sujeitos.

Assim, quando pensamos em bem comum para Auxiliares e Técnicos de Enfermagem que cuidam do paciente portador de TBP, percebemos que podemos não estar vivendo o processo relacional, e sim, que estamos ante um posicionamento profissional pleno de conformismo, aceitação, abnegação, obediência, dedicação (GERMANO, 1993) e disciplina (MENEZES, 1983; LOYOLA, 1984; MARQUES, FERREIRA e FIGUEIREDO, 2003). Esta idéia é reforçada pela fala do entrevistado G-I/ E-2 ao afirmar que *“este é o lado humano! (...) Infelizmente na nossa profissão é isso!”*.

No momento em que a literatura chama a atenção para os aspectos *desumanizantes* do cuidado, configurados como ações que fogem ao esperado do humano (PESSINI, 2002; CASATE e CORREA, 2005; BACKES, LUNARDI e LUNARDI FILHO, 2006), observamos que ao cuidar do portador de TBP, alguns profissionais têm estado atentos à humanização, “preservando a relação entre pessoas” (BOSI e UCHIMURA, 2006, p.101).

O cuidado ao ser humano deve ser o foco da atenção em quaisquer espaços assistenciais de saúde. Está relacionado ao modo como os profissionais desempenham suas funções, e ao respeito pelo ser humano durante os procedimentos adotados ou as manifestações que lhe são dirigidas (MONTIEL, 2004).

Concebemos as idéias centrais da humanização articulando os avanços tecnológicos com a adaptação do respirador às necessidades do profissional e do paciente, para que ambos possam vivenciar, como fundamento do cuidado, a relação interpessoal. Desta forma, estaremos promovendo melhorias nas condições de trabalho e valorizando o profissional, como alerta Deslandes (2004).

Auxiliares e Técnicos de Enfermagem percebem o cuidar como expressão humanizadora (WALDOW *et al.*, 2006), um traço permanente na caracterização da enfermagem (VIEIRA, 1999). O cuidado é a essência da profissão, do qual derivam todas as funções. Seu enfoque é o atendimento ao ser humano em suas necessidades bio-psico-sócio-espirituais, e não apenas a sua doença (HORTA, 1979).

Apreendemos que no espaço hospitalar o respirador, como tecnologia, foi percebido como um equipamento que interfere com a comunicação e identificação do profissional, além de atuar como obstáculo, barreira que distancia e isola paciente e profissional, aspectos básicos da humanização (AYRES, 2006), o que nos parece um achado de grande importância no bojo de um estudo voltado para a compreensão do uso dessa tecnologia. Poderia, então, ser visto como um objeto que desumaniza as relações. Eis porque entendemos a necessidade de superar a dureza da ciência (MERHY, 2000) e

transformar as suas transcrições técnicas em arranjos tecnológicos, equitativamente interativos para profissionais e pacientes.

➤ Situações de Emergência

A experiência dos entrevistados aponta que o cuidado ao portador de TBP, em *situações de emergência*, pode resultar na decisão de não usar o equipamento de proteção, isto porque o paciente encontra-se em risco de vida, e os profissionais optam por atendê-lo:

(...) É uma emergência com uma vida! É diferente... Você não pensa na hora...Na hora, não tem como...Você só pensa em salvar...

(G-I/ E-2)

(...) Você está com o paciente no isolamento... Ele tem uma parada ali...E não tem máscara! Você vai deixar o paciente morrer?...

(G-I/ E-6)

(...) Tem que entrar, estender a mão, pois esta é uma situação em que ou você entra ou o paciente vai a óbito.

(G-II/ E-1)

(...) Em situações de emergência, tem que entrar... Não tem como você não entrar...é questão de minutos!

(G-II/ E-3)

(...) Eu penso assim, no caso, uma emergência... O paciente está parando! Está bem crítico!... Ele é Tuberculoso, e você tem que entrar para dar assistência a esse paciente...Você não entraria? ... Ele morreria, mas você não entraria?...

(G-IV/ E-3)

Nestas situações, o profissional *foge da lógica* e concebe não usar o respirador, alegando que são circunstâncias em que tudo é possível:

(...) Numa emergência, foge-se da lógica...É uma questão de emergência...Tem que fugir da lógica!. Nesse momento é agir com o coração.

(G-I/ E-3)

(...) Não...Eu estou falando assim porque a gente às vezes tem uma emergência, mas muitas vezes a gente deixa de agir com a razão, entendeu? O que está precisando ir fazer, a gente vai e faz.

(G-I/ E-6)

(...) Tudo é possível!

(Todos falam)

Supõe-se que é facultado ao profissional não pensar no próprio cuidado, mesmo sabendo dos riscos aos quais está exposto:

(...) Você pensa em salvar a vida, e não em si próprio... Você não pensa em si numa emergência... Você pensa naquela pessoa que está precisando do seu cuidado. É emergencial...está morrendo! Então, você vai prestar sua assistência. Depois que você prestou e salvou a vida é que você vai pensar nas conseqüências “Puxa. Entrei lá no isolamento sem máscara. E agora?”

(G-I/ E-2)

(...) Entraria assim... Numa emergência! Tampe a respiração um pouquinho e vou... Tem risco de ficar com TB!... Mas, numa emergência, eu entraria! O paciente está passando mal. O paciente está parando... Eu entraria.

(G-IV/ E-2)

Estas situações não devem ser confundidas com as de rotina (*eletivas*), como ressaltou o entrevistado G-I/ E-2:

(...) É uma questão emergencial, que fique bem claro... Deixar não pode!

Ou seja: nas ocorrências passíveis de previsão, o profissional deve utilizar o respirador PFR95 ou o PFF2 como recurso para sua proteção, já que existe o risco de se infectar ou de adoecer se deixar de utilizá-lo, como foi expresso:

(...) Mas uma coisa é eletiva...Eletiva, tem que estar tudo eletivamente preparado [fala batendo na mesa] para você dar uma boa assistência.

(G-I/ E-3)

(...) Não sei, também não entraria não... Se você não está se protegendo... No final das contas, você seria um profissional sem saúde para cuidar dele... Você seria um profissional doente que nem ele.

(G-IV/ E-3)

(...) Não, só com ela [a máscara cirúrgica] não! Só com ela não entraria, não! Porque corre o risco de ficar doente.

(G-IV/ E-1 e G-IV/ E-4)

Confirmando estas informações, no estudo realizado por Phipps *et al.* (2002) para investigar a adesão a práticas preventivas, foi observado que 75% dos sujeitos achavam impossível o uso das barreiras protetoras durante o atendimento de situações de emergência com o paciente portador de TBP. Estes profissionais acreditavam que deveriam priorizar a segurança do paciente em detrimento da própria, pois o tempo utilizado para a colocação do equipamento poderia submetê-lo ao risco de morte.

As situações de risco inerentes ao cuidar do portador de TBP em situações de emergência, quando não é possível utilizar o equipamento necessário à proteção, apontam para a necessidade de tomada de decisão que envolve “a razão e o coração” (G-I/ E-2). Nestes casos, é indispensável reconhecer as crenças e os valores (BERTAZONE, 2003; MOURA, 2004) destas pessoas, para então compreender as suas experiências.

Trata-se de circunstâncias extremamente críticas para o profissional que deseja cuidar. Por ser um ato humano, ele precisa decidir por entrar ou não; proteger-se ou não; recusar-se a realizar os cuidados ou cuidar. Todos se vêem desafiados a restabelecer a normalidade, visando atingir a meta socialmente construída: a preservação, neste momento, da vida do paciente.

Assim como Melo (2005), observamos que na vivência subjetiva dos entrevistados, vale a pena negligenciar o uso do respirador como equipamento

de proteção, porque a *causa é nobre*¹⁵. Para eles, mesmo que isto traga conseqüências à sua vida, a intenção é válida. Quando conseguem alcançar a vitória e preservar a vida do paciente pelo menos naquele momento, sentem-se satisfeitos porque cumpriram o seu dever.

Aqui o cuidado deve ser entendido como algo que precisa se expandir para a totalidade (AYRES, 2001) e ir ao encontro das necessidades (pessoais, coletivas e ambientais) daqueles que cuidam: o Auxiliar e o Técnico de Enfermagem. Urge pensar em abordagens para a doença que incorporem uma visão holística (RUFFINO-NETTO, 2000). Significa abraçar o princípio da integralidade utilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir ao profissional

uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades. (BRASIL, 2004, tópico: 422)

A integralidade surge aqui como possibilidade de a Instituição adotar processos coletivos de trabalho (MATTOS, 2004; 2001) que permitam, principalmente, oferecer ações de promoção e prevenção da TB no ambiente laboral, mesmo nestas situações, considerando que, de acordo com o Artigo 196 da Constituição Federal (Título VIII, Capítulo II, Seção II - *Da Saúde*),

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2000)

¹⁵Grifo do autor do estudo.

Destacamos, ainda, o Artigo 200, inciso VIII, que menciona como competência do SUS “colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho” (BRASIL, 2000).

Situações de emergência ocorrem a qualquer momento; quando surgem, podem impedir o uso do respirador, tendo como consequência, a exposição do profissional à TBP. Ficam pendentes questões acerca dos princípios, valores, direitos e deveres (BACKES, LUNARDI e LUNARDI FILHO, 2006) que regem a prática dos profissionais que cuidam do paciente portador de TBP, para serem repensadas por gerentes do cuidado, a fim de que estes conflitos deixem de ser vividos como escolha pessoal, sobretudo em situações críticas.

É preciso lembrar que, mesmo em se tratando de *situação de emergência*, a indisponibilidade do respirador no setor pode ser observada e comunicada antes que seja necessário o seu uso, evitando, assim, que o profissional suspenda os cuidados ou fique indeciso entre cuidar ou não, já que ao paciente sob “sua responsabilidade, deve ser garantida a continuidade da assistência de Enfermagem” (COFEN, 2007).

Pensamos que “perder a razão” ou “fugir da lógica!” (G-I/ E-3) não significa estar indo além do que precisa ser feito (HORTA, 1979). Em todas as situações, deve-se agir em conformidade com o bem-estar do paciente, mas sem esquecer da própria segurança, do próprio bem-estar. Ao pensar nesses processos de subjetivação, apoiados no perder a *lógica* e a *razão*, deparamo-nos com o contra-senso desta ação proposta. Reiteramos que o cuidar é uma chance preciosa para incorporar a sensibilidade técnico-científica e humana.

Portanto, mais do que uma postura dedicada e abnegada, cabe ao profissional assumir um papel transformador das circunstâncias em que deve

impor seus direitos, ou seja, exigir que o equipamento de proteção esteja disponível para uso em qualquer situação.

4.3.3 O Respirador e o Espaço Institucional no Cuidado ao Paciente Portador de TBP

Para compreender os aspectos relacionados ao uso do respirador no espaço institucional, apreendemos algumas situações relacionadas ao processo de trabalho da enfermagem, pois é na forma da organização sócio-ambiental que as doenças encontram espaço para emergir ou ganhar novas faces (PIGNATTI, 2004).

Entre elas estiveram: o cuidar do portador de TBP no isolamento respiratório (precaução aérea) ou na enfermaria; a escala de trabalho; o tempo destinado ao cuidado; as dúvidas do profissional; a conservação, o armazenamento e a falta do respirador; além da responsabilidade profissional e institucional ante o uso deste equipamento.

➤ O Cuidar no Isolamento ou na Enfermaria

O espaço onde nos situamos é o HUCFF, “(...) *um hospital-Escola (...)*” (G-IV/ E-1), terciário-quaternário, cuja missão consiste em atuar na assistência, no ensino e na pesquisa, como já mencionado. Referência para a TB na cidade do Rio de Janeiro, tem capacidade de oferecer assistência a uma média anual de 200 pacientes portadores de TB (SILVA, ALVES e KRITSKI, 2004).

A reflexão realizada até o momento levou-nos a confirmar que o ambiente hospitalar foi reconhecido no final da década de 90 (BONIFÁCIO, SAITO e GILIAN, 2002), ante a elevada possibilidade de infecção por *MTB* seguida ou não de adoecimento por TB entre pacientes e profissionais de

saúde (ODA e ÁVILA, 1998; TAKEDA, ROBAZZI e LAVRADOR, 2001; KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005; ROTH *et al.*, 2005).

Isto apontou para a necessidade de implementação de medidas de biossegurança destinadas ao seu controle, descritas como administrativas, de engenharia e de proteção respiratória individual (ANTUNES, WALDMAN e MORAES, 2000; BRITO, 2001; BRASIL, 2002; BRITO *et al.*, 2003; CASTELO FILHO *et al.*, 2004; MARTINS *et al.*, 2004; SILVA, ALVES e KRITSKI, 2004).

Contudo, estas medidas nem sempre estão em conformidade com o preconizado. Por não dispor de aeração e/ou ventilação natural, cuidar do paciente no isolamento (quarto de precaução aérea) é motivo de preocupação e contribui para que o profissional opte por oferecer o cuidado nas enfermarias, como observamos nas assertivas:

(...) Porque a enfermaria eu acho que é um lugar mais arejado, um monte de janelas abertas, têm as portas. Então, é um lugar mais arejado, não como no quartinho, o quartinho é que fica ... Fechado... É isolado... Não é arejado. É uma ventilação que não é corrida, assim como na enfermaria. Então eu fico preocupada, mas um pouco mais tranqüila, porque a enfermaria é mais arejada do que dentro do quartinho!

(G-IV/ E-4)

(...) Ele estava fazendo pesquisa para saber o que tinha. Quando foi descoberto, foi colocado no isolamento. Mas até então, as janelas estavam todas abertas, ele transitava livremente, como os outros pacientes. Eu não me senti em nenhum momento, assim, prejudicado, porque ele estava em um setor bem arejado.

(G-IV/ E-3)

Garantir a continuidade do cuidado e o atendimento das necessidades do paciente nestes ambientes é diferente porque:

(...) na enfermaria ela passa, está vendo. No isolamento não... Não tem ninguém para ver... Porque na enfermaria eu vejo... Ela vê... Todo mundo que passa vê o paciente... Agora, no quarto de isolamento, quem vai lá

ver?... Eu não estou no isolamento... Não vou entrar no quarto! Quer dizer, a toda hora ver!... Olhar pelo menos, ver como está o paciente... Se está bem, se não está!
(G-II/ E-1)

A inquietação com os aspectos relacionados ao ambiente hospitalar remonta aos primórdios da história dos hospitais (NIGHTINGALE, 1989). Desde então, a enfermagem previne a infecção com limpeza, ar puro vindo das janelas abertas e assistência contínua ao enfermo. *A pureza do ar* (NIGHTINGALE 1989, p. 21; 41) ou a boa qualidade do ar interno (BRITO, 2001) caracteriza-se por um conjunto de propriedades físicas, químicas e biológicas do ar que não apresentem agravos à saúde humana, aplicando-se, então, na prevenção da TB no ambiente de trabalho.

Ainda nos dias de hoje permanece o princípio da aeração para prevenir doenças como a TB. No ambiente hospitalar, todas as áreas nas quais os pacientes suspeitos ou portadores de TBP recebem cuidados, são consideradas de risco, que pode ser minimizado se este princípio for observado (GONÇALVES, 2001; BRITO *et al.*, 2003, KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005).

No HUCFF, as enfermarias apresentam-se como unidades de seis ou sete leitos, com ventilador de teto, janelas voltadas para a parte externa do prédio e porta permanentemente aberta com saída para o corredor interno. Os quartos privativos destinados à precaução aérea, são unidades individuais com uma ante-sala, cujas portas permanecem fechadas. As janelas externas ficam fechadas quando o quarto possui filtro HEPA e aparelho para refrigerar o ar (aparelho de janela). Ressalta-se que o ambiente fechado do quarto dificulta a observação do paciente pelo profissional.

Preocupado com a manutenção da observação e segurança do paciente,

o profissional opta por cuidá-lo na enfermaria. No entanto, a orientação técnica (BRITO *et al.*, 2003; CASTELO FILHO *et al.*, 2004; KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005) é para mantê-lo em quarto privativo destinado à precaução aérea, ou isolamento, como é reconhecido na prática. Apenas em caso de inexistência de vaga nos quartos, o paciente poderá permanecer na enfermaria, onde não é possível garantir a ventilação natural adequada para a promoção da renovação do ar ambiente, com o agravante de que a utilização de ventiladores de teto não é indicada, já que não direcionam o ar para a área externa (BRITO *et al.*, 2003; HOKERBERG *et al.*, 2006). Isto aumenta o risco de transmissão da doença para profissionais e demais pacientes.

É preciso ponderar que um paciente com baciloscopia positiva é capaz de produzir, em média, 250 núcleos de Wells por hora. Não se sabe ao certo qual a intensidade de exposição aos núcleos de Wells ou o número de horas necessárias, junto ao paciente, para que ocorra o contágio. Contudo, destaca-se que:

sob condições adequadas de temperatura e umidade, cerca de 70% dos bacilos de Koch lançados no ambiente permanecem viáveis por até três horas, 50% por até seis horas e até 30 % deles por um período de nove horas. (KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005, p. 24)

Neste sentido, chama-se a atenção para a missão do HUCFF que se caracteriza pelo atendimento de pacientes complexos, entre eles: imunodeprimidos, portadores de diabete melito, insuficiência renal crônica, em uso de quimioterápicos, entre outros, vulneráveis à infecção e adoecimento por TB neste ambiente (MUZY DE SOUZA, 2000; ANDRADE, 2001; KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005).

Enfatiza-se, ainda, a vulnerabilidade à doença apresentada pelos

profissionais (BARROSO, 2001; COSTA e COSTA, 2002; SOUZA e BERTOLOZZI, 2007), visto que o cuidado destes pacientes com co-morbidades exige de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem um maior número de horas de trabalho e, consecutivamente, maior tempo de contato e exposição à *MTB*. Podemos, então, concluir que a manutenção do portador de TBP, com baciloscopia positiva, na enfermaria, impõe ao profissional e a outros pacientes maior risco de infecção ou adoecimento por *MTB*, resistente ou não, pois nem sempre são respeitadas as medidas de controle da TB neste ambiente.

A fim de minimizar estes riscos, quando for impossível manter o paciente em quarto para isolamento, a sua permanência na enfermaria deve ser norteada pela adoção das seguintes medidas: manter janelas abertas, desligar ventilador de teto, alocar ventilador que promova fluxo aéreo em direção do local do paciente para a janela, orientar o paciente para o uso de máscara cirúrgica, disponibilizar o respirador PFR95 ou PFF2 para os profissionais e visitantes que terão acesso ao paciente, restringir a entrada de pessoas, além de evitar a internação de doentes imunocomprometidos nesta enfermaria (BRITO *et al.*, 2003).

No cuidar do paciente, utilizar o respirador na enfermaria ou no isolamento também aponta para especificidades na percepção do profissional. Para o entrevistado G-III/ E-5, a manutenção do *quarto de precaução aérea fechado* interfere na respiração do profissional, devido à ausência de *correntes de ar*. Associada ao uso do respirador, surge a sensação de estar sufocando, tal como expresso:

(...) Você respira, fica falando com o paciente, fica mais sufocado ainda. Porque, não tem por onde sair o ar... O quarto fechado, tudo fechado, não tem uma corrente de ar, eu já saio dali doido para respirar. Eu saio de lá

sufocado!... Dá para respirar, mas não é a mesma coisa que o ar normal. Fica tudo fechado...Até se tivesse alguma coisa circulando, ficaria melhor... Tenho que ver no máximo o que eu posso fazer ali, para poder chegar lá fora e respirar melhor....

(G-III/ E-5)

(...) O paciente fica ali sufocado! Quando eu entro fico mais sufocado! ...Eu não consigo! Eu tenho que entrar e sair rápido quando me põem naquele quartinho, porque sinto sufoco.

(G-IV/ E-1)

No quarto para precaução aérea, as medidas destinadas ao controle ambiental que acompanham os avanços científicos e tecnológicos objetivam reduzir o risco de infecção por *MTB*. Recomenda-se o uso de exaustores para que se obtenha pressão negativa no ambiente. Neste caso, independente do uso de ventilador ou exaustor, a porta do quarto deve sempre permanecer fechada. Orienta-se para a manutenção de ventiladores de paredes ligados, voltados para a janela durante a realização de atividades. As janelas devem permanecer abertas voltadas para a parte externa, e a porta interna (ligada aos corredores) fechada. Destaca-se, ainda, que as principais modificações proposta nestas áreas dizem respeito às medidas administrativas (BRITO, 2001).

No HUCFF, a manutenção do *ar puro* no quarto de isolamento ocorre com a utilização do filtro HEPA, consoante a assertiva:

(...) Ali dentro do quarto está contaminado. Para isso que tem o filtro HEPA!

(G-IV/ E-1)

Conforme descrito anteriormente, os filtros do tipo HEPA podem auxiliar no controle da transmissão nosocomial da tuberculose na medida em que removem as partículas infectantes do ar. São considerados HEPA os filtros que conseguem remover 99,97% das partículas com diâmetro $>0,3\mu m$ em

suspensão. Considerando que as partículas infectantes variam de $1\mu\text{m}$ a $5\mu\text{m}$ de diâmetro, tais filtros podem ser utilizados na sua remoção (GONÇALVES, 2001; KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005).

Não obstante a manutenção do ar puro faça parte da história (NIGHTINGALE, 1989) este princípio nem sempre é mantido nas unidades onde se encontra o paciente portador de TBP, como observamos na narrativa do entrevistado G-IV/ E-1:

(...) Tem o filtro HEPA, mas não tem ar condicionado. Então, o que o pessoal faz? Eles ligam o filtro HEPA, fecham a janela, fecham tudo e o paciente fica ali, sufocado! Quando eu entro, fico mais sufocado!...O paciente fala: 'Não, a médica foi quem falou que é para ficar ligado'. Eu digo: 'não, só se o ar condicionado estivesse bom, o ar condicionado não está bom, a gente vai abrir a janela.' Eu desligo e deixo a janela aberta e comunico à enfermeira que estava errado. Mas geralmente, eu entro lá e está tudo errado. O filtro ligado, o paciente sufocado e a gente lá, ficando mais sufocado.

Esta situação é mais intensa nos dias em que a temperatura do ar está mais elevada, como foi destacado nas falas de dois entrevistados:

(...) quando está calor é pior!

(G-IV/ E-2; G-IV/ E-4)

Ante estas ocorrências, torna-se evidente que o quarto privativo destinado a estes pacientes, quando não associado ao tratamento da temperatura do ambiente, não atende às necessidades do paciente e do profissional, como enunciado pelo entrevistado. Lembramos que, em geral, os sistemas de ar condicionado são centralizados (BRITO, 2001 e BRITO *et al.*, 2003). No caso do HUCFF, o sistema em uso é comercialmente conhecido como aparelhos de janela, denominados erroneamente de condicionadores de ar ou de ar condicionado.

Estes sistemas destinam-se a reduzir a temperatura do ar e, na maioria das vezes, não emprega outros controles, como os de aquecimento, de umidade, de pressão do ar ambiente e de número de trocas (BRITO, 2001). São aparelhos de fácil instalação e custo relativamente baixo. Têm como limitações gerar ar seco, que causa o ressecamento da pele e das mucosas dos usuários, além de não renovar o ar do ambiente devido à baixa pressão gerada pelo ventilador incorporado ao refrigerador que, por fazer uso de filtragem grossa, só retira as partículas maiores do ar circulante, não abrangendo as partículas infectantes da TB. Isto significa que não torna o ar livre do bacilo da TB, o que só seria possível com a instalação simultânea de exaustores ou, preferencialmente, de filtros especiais (HEPA) (BRITO, 2001).

Embora os aparelhos de janela tenham custo relativamente baixo (BRITO *et al.*, 2003), observa-se que a Instituição não os mantém funcionando, fazendo com que a *efetividade tecnológica*¹⁶ do filtro HEPA não seja alcançada. Do mesmo modo, a *eficácia tecnológica* só será garantida se forem mantidas as condições ideais de uso. Assim, nas condições reais de uso deste equipamento, não se pode garantir o benefício esperado por esta tecnologia.

Tal realidade denuncia a necessidade de constante monitoramento das atividades implantadas na área da saúde, pois, apesar de o HUCFF ser um dos poucos hospitais do Estado do Rio de Janeiro que dispõem de leitos de isolamento com filtros HEPA para pacientes suspeitos de TBP, ainda assim, requer controle de qualidade das ações normativas relacionadas à sua eficiência.

¹⁶*Efetividade tecnológica e eficácia tecnológica*: é a probabilidade de que indivíduos de uma população definida obtenham um benefício de uma dada aplicação de tecnologia a um problema determinado em condições reais ou ideais de uso consecutivamente (BRITO, 2001, p. 34).

Em paralelo, em decorrência do mau uso dos equipamentos, este espaço adquire como característica, a temperatura elevada que indica, também, a inadequação das condições térmicas do ambiente tanto para os trabalhadores como para os pacientes. Ressalta-se que o desconforto representado pela sensação de estar sufocado em dias quentes, esteve presente também entre os alunos que cuidam do pacientes portadores de TBP, como constatado por Marques (2004a).

Acreditamos que estes elementos sejam fundamentais não só para o sucesso das medidas de controle de prevenção da TB, mas também para evitar a sobreposição de ações profissionais durante as orientações ao paciente, tal como narrado pelo entrevistado G-IV/ E-1, já que os processos de trabalho e os recursos materiais são partilhados por diversas categorias submetidas a riscos comuns e a cargas laborais inadequadas.

➤ **Escala de Trabalho**

O setor onde se processa o cuidado reúne vários pacientes com significativo grau de dependência, por vezes sob a responsabilidade do mesmo profissional. Durante a organização do trabalho, para garantir o quantitativo e qualitativo de pessoal destinado ao cuidado, torna-se necessária a distribuição de pessoal de enfermagem por meio dos planejamentos mensal e diário. Nestes planejamentos, a *escala de trabalho*, elemento essencial para a organização do cuidado, é apontada como outro aspecto que se relaciona ao uso do respirador porque, para o profissional que trabalha em regime de plantão,

(...) É uma manobra. Todo plantão ir para o isolamento, trabalha de máscara direto....Eu acho que em todo plantão seguido tiver que usar a máscara, não dá, não!

(G-III/ E-1)

(...) Eu acho que se todo plantão tiver que usar a máscara...A gente não agüenta não!... É uma manobra!

(G-III/ E-2)

(...) No XX, tem 02 quatinhos de isolamento. É, não é bom! Todo dia, como ela falou, toda escala.

(G-III/ E-4)

(...) Você está na enfermaria AA, você vem e até chegar lá no quatinho do isolamento, no mês, coincide um ou dois plantões! Assim não acontece, você de novo entrar. Mas, todo plantão a gente ter que ficar no isolamento...!

(G-III/ E-5)

Associadas à escala de trabalho, encontram-se as situações próprias do cuidado a este paciente. Entre elas, a quantidade e a complexidade dos pacientes, das atividades e dos equipamentos a serem utilizados, como enunciado nos relatos:

(...) É uma coisa que eu acho errado ... Se o profissional está escalado para o isolamento, ele só teria que trabalhar no isolamento, e não ter acesso a outras enfermarias com sete leitos, com pacientes que estão debilitados ou no pós-operatório.

(G-II/ E-2)

(...) Saio do isolamento... Deixo ela [a máscara] guardadinha. Você não fica só no isolamento... Você fica no isolamento e na enfermaria. Deixa guardadinha, para lidar com os outros... Vai pegar a medicação... Vai lá, pega ela... Coloca, faz o que tem que fazer... Guarda... Então, assim essa dificuldade que, às vezes, a gente tem... Às vezes, é a complexidade do setor.

(G-II/ E-2)

(...) É, tem aquele intervalo... Banho... Medicação... A padronização da medicação é um pouco complicada ... Na realidade, nós temos medicação de duas em duas horas.

(G-II/ E-3)

(...) No caso do LL agora, por exemplo, o paciente tem característica de CTI... Quer dizer, é muito complexo... Às vezes, você está com o paciente entubado na enfermaria com precaução... Isso é muito complicado no dia-a-dia...

(G-III/ E-2)

A insuficiência quantitativa e/ou qualitativa de pessoal pode interferir na elaboração das escalas de trabalho, culminando por direcionar o mesmo profissional para cuidar do portador de TBP em plantões seguidos, conforme observamos nos relatos:

(...) Querer a gente não quer, todo plantão ficar lá. Eu não quero, mas se for necessário, a gente fica! Se for obrigado... Se for necessário.

(G III/ E-1)

(...) Mas se acontece, é chato! ...Se for necessário então!? ...A gente aceita porque faz parte da nossa rotina de trabalho.

(G-III/ E-4)

(...) De repente faltou um colega que estava naquela escala, não é assim no XX que funciona? A gente começa na AA ou então da BB e vai até a AA. Você sabe, ontem eu fiquei naquele quatinho. De repente, ficar de novo. Pode faltar alguém... Só nessas condições.

(G-III/ E-5)

O entrevistado G-II/ I-3 complementa:

(...) De certa forma, eu acho que nós estamos assim muito sobrecarregados... Muito cobrados!.... Principalmente a enfermagem... Se você faz incorretamente, é punido porque fez incorretamente... Se você deixou de fazer... Também é punido porque deixou de fazer... Então, é uma coisa que fica assim, meio em suspense.

Por efeito destes relatos, em primeira instância é preciso ampliar o olhar para as condições de trabalho de enfermagem, caracterizada por sobrecarga de trabalho, jornadas extensas, turnos rotatórios, trabalho noturno, freqüentes trocas de serviços e carga psicológica por lidar com situações críticas

(MALVÁREZ, 2005; RUTENFRANZ, KNAUTH, e FISCHER, 1989).

Posteriormente, associamos a macro e a micropolítica voltadas para a área da saúde (AYRES, 1997). A macropolítica define-se pelas políticas públicas que subsidiam a manutenção de material e pessoal para as instituições públicas. A dinâmica deste mercado de trabalho distingue-se pela oferta e demanda de força de trabalho, cuja configuração se dá em função de um conjunto de determinações políticas, econômicas e institucionais (AYRES, 1997).

Destarte, o processo de organização (MENDES GONÇALVES, 1994) ou o entendimento ampliado da organização tecnológica do trabalho, com a compreensão da micropolítica (MERHY, 1997, 2000, 2002) no processo de trabalho de enfermagem, pode ser extremamente profícuo na abordagem da questão do uso do respirador, isto porque a TB é uma doença infecciosa ligada aos ambientes social e de trabalho.

O PCTH e a DEN, em parceria, avaliam as necessidades do paciente e do ambiente destinado ao cuidar do portador de TBP. A DEN, responsável pelo dimensionamento de pessoal das suas equipes, tem como concepção filosófica o assistir e o cuidar, com respeito à dignidade humana e à preservação dos direitos e dos valores inerentes à profissão e ao trabalho desenvolvido nos processos assistencial, administrativo e educacional (MENEZES, 1983).

Na organização interna do trabalho, a Resolução COFEN nº 168/1993 determina que cabe ao Enfermeiro Responsável Técnico da Instituição, garantir os recursos humanos assistenciais necessários à segurança do paciente (COFEN, 1993).

Nosso pensamento volta-se, então, para a distribuição dos elementos da

equipe de enfermagem, realizada por meio das escalas mensal e diária de cuidados. A primeira destina-se à distribuição dos elementos da equipe em uma unidade, durante todos os dias do mês, de acordo com os turnos de trabalho (manhã, tarde e noite); enquanto a segunda garante o número satisfatório de funcionários durante 24 horas por dia, a partir do quantitativo de pessoal disponível para o setor. O objetivo é dividir as funções de enfermagem equitativamente entre os funcionários, a fim de manter a continuidade da assistência, evitar a sobrecarga de alguns elementos e a ociosidade de outros (KURCGANT, 1991). Na organização do cuidado, esta escala garantirá que um profissional não permaneça, em todos os plantões, cuidando do paciente portador de TBP.

A missão e os objetivos do HUCFF emergem como aspectos a serem considerados, porque nesta Instituição priorizam-se os pacientes de maior complexidade. Destaca-se que os pacientes internados na Clínica Médica, espaço em estudo, ocupam 240 leitos, considerando-se a capacidade instalada em operação (527 leitos, em 2007), o que exige maior empenho dos profissionais.

No HUCFF, a escala diária de cuidados tem como base a prestação de cuidados integrais. Trata-se de um método que prioriza a designação de um profissional para oferecer atendimento a um ou mais pacientes, durante um turno de serviço. Este método, considera o número e a complexidade de cada paciente para direcionar a distribuição equitativa das atividades. Tem como princípios a manutenção do cuidado individualizado, a observância dos preceitos da integralidade e o resgate da intersubjetividade (MANDU, 2004; SILVA, MERHY e CARVALHO, 2003).

Mesmo considerando a concepção da integralidade da assistência, nem sempre o profissional demonstra satisfação com a sua escala, como relatou o entrevistado G-II/ E-3:

(...) essa, muitas vezes, é uma relação complicada! Não só com o doente que tem precaução respiratória... No setor, geralmente a gente fica com 07 pacientes. Às vezes, paciente bem complexo. É uma Clínica Médica, um pouco pesada! Muitas vezes, coincide o paciente estar com precaução de contato e precaução respiratória. Então, não é o desconforto de usar esse material. É a quantidade de vezes que você tem que fazer a troca. Entrar na enfermaria. Porque, normalmente, quem cuida do isolamento, cuida de outros pacientes fora do isolamento.

Apontamos a demanda de cuidados mínimos, intermediários, semi-intensivos ou intensivos do paciente (COFEN, 2004) e o método de cuidado integral como elementos que devem ser considerados para elaboração das escalas em setores com pacientes portadores de TBP, já que eles contribuem para o menor ou maior número de horas de trabalho do profissional, ou seja, de contato com este paciente, reafirmando a vulnerabilidade da equipe de enfermagem à TB.

Na perspectiva da integralidade, a transversalidade do cuidado realiza-se em uma rede mais ampla de serviços. É necessário pensar nos arranjos institucionais e nos modos de operar a organização no cotidiano sobre a micropolítica do trabalho, que resultem em uma atuação profissional mais solidária (MERHY e CECÍLIO, 2003).

Neste estudo, a solidariedade foi observada quando os entrevistados, entendendo que não podem permanecer em todos os plantões cuidando do paciente portador de TBP, optam por outras escalas (mesmo que seja com pacientes mais complexos) e encontram apoio na equipe, conforme as narrativas:

(...) Para mim, não faz diferença! Ela não quer ficar...Ela não vai ficar sem fazer nada! Ela vai trabalhar normal. Ela vai pegar outra escala. Hoje eu estou com os dois quartinhos. Não estou fazendo nada! Nem medicação o paciente tem! Só estou indo lá para botar o termômetro.

(G-IV/ E-1)

(...) Às vezes, pega a mais pesada.

(G-IV/ E-3)

Para os profissionais que têm dificuldades de adaptação ao respirador ou demonstrem resistência ao seu uso, confirmamos a orientação de Barroso (2001) no sentido de que devem permanecer impedidos de desenvolver atividades que demandem risco biológico por produção de aerossóis. Observa-se, contudo, que esta conduta decorreu da prática, a partir da reorganização interna das escalas por Auxiliares e Técnicos de Enfermagem.

Além dos aspectos apresentados, é preciso considerar a distribuição espacial do HUCFF para a organização do trabalho, pois o profissional tem “(...) *aquela diversidade de estar toda hora andando*” (G-II/ E-3). Neste sentido, a *complexidade* no oferecimento de cuidado do portador de TBP foi caracterizada em relação à distância que o profissional precisa percorrer para cuidar dos pacientes que estão na enfermaria e no quarto de precaução aérea.

Vale lembrar o modelo da estrutura física da Instituição, em estilo monobloco vertical, que ocupa 110.000m² distribuídos em 13 andares, além do subsolo, onde o atendimento dos pacientes, o ensino e as pesquisas são realizados. Especificamente o nono, o décimo e o décimo primeiro andares englobam quatro setores independentes (A, B, C e D), que fizeram parte do estudo. Em geral, a distância percorrida pelo profissional quando cumpre sua escala de atividades em um dos setores é de, aproximadamente, 240m². A maior distância entre o quarto de isolamento e o posto de enfermagem é de

cerca de 180m². As enfermarias têm 60m² em média, e os quartos de isolamento, 15 m² (ANEXO B).

Oferecer cuidado ao outro requer investimento em várias áreas, além da necessidade de manter a quantidade e a qualidade do material a ser utilizado. É necessário, também, investir nas pessoas que o executam, para que suas atividades possam ser melhor distribuídas.

Destacamos, ainda que inadequadas condições laborais e de organização das equipes de enfermagem, podem resultar em graves conseqüências na qualidade do cuidado (MALVÁREZ, 2005) e no cumprimento das normas de controle da TB no ambiente hospitalar.

➤ **Tempo para o Cuidado**

A associação de *tempo e cuidado* mostra-se como outra nuance desta rede, pois, a garantia do cuidado ao portador de TBP que, em geral, apresenta maior dependência da enfermagem devido à co-morbidades (RUFFINONETTO, 2002; SIMÕES, 2002) nem sempre é possível porque:

(...) Você não pode a da hora, não tem um tempo de chegar lá e saber como ele está, insistir, conversar, falar... Você tem que estar ali... Tem que sair para cuidar, ao mesmo tempo olhar outro paciente... Às vezes, a gente gostaria de ter mais tempo com o paciente! Mas, devido à complexidade do setor, não consegue. Nem da porta da enfermaria... Não consegue estar dando atenção ao paciente.

(G-II/ E-3)

Outros entrevistados acrescentaram que, embora o uso do respirador seja desconfortável, o tempo disponibilizado para permanecerem no quarto de precaução aérea é suficiente para a execução dos cuidados:

(...) Se tiver que ficar um dia todo, também, ou 12 horas, eu fico, não é agradável, mas também fico ... Direto não! No tempo hábil para fazer os cuidados.

(G-III/ E-1)

(...) Você consegue fazer os cuidados no tempo hábil, certo, tudo no tempo.

(G-III/ E-2)

(...) Direto não [referindo-se a não utilizar a máscara por longo período de tempo]. Mas é o tempo básico. O tempo que dá para fazer tudo o que você tem que fazer.

(G-III/ E-5)

Acompanhando o pensamento dos integrantes do G-III, o entrevistado G-IV/ E-2, indo mais além, ponderou:

(...) se [o respirador] fosse mais confortável, ficaria até mais tempo com o paciente.

As questões assinaladas, como disponibilidade de tempo para execução das atividades e o tempo suportável de uso do respirador pelo profissional, dificultam a permanência junto ao portador de TBP; apontam, ainda, para o modo como esses profissionais organizam o seu trabalho e tentam garantir os preceitos descritos no Código de Ética (COFEN, 2007; TREVIZAN *et al.*, 2002).

Estas questões confirmam que o trabalho em saúde produz certo modo de cuidar, que poderá (ou não) curar ou promover a saúde (MERHY,1997). Assim, foi preciso que nos distanciássemos para entender, na interface da subjetividade, a relação do tempo, como eixo fundamental para a organização do trabalho de enfermagem, pois:

(...) Até para a gente dar o banho no paciente acamado, fica muito tempo.

(G-IV/ E-1)

Em relação ao tempo limite para uso do respirador, o entrevistado G-IV/ E-1 relatou que “(...) muito tempo é mais de 10 minutos!”. Contudo, para a realização dos cuidados, afirmou utilizar o equipamento durante “(...) muito mais

de 10 minutos”, como narrado:

(...) Se o paciente for acamado, muito mais! Você já entra no quarto de máscara. Você tem que separar a roupa de cama, tirar a roupa do cliente, preparar isso tudo. Tudo que faz no quarto. Entrou, já tem que botar a máscara. A gente demora uns 30 minutos lá dentro, para dar um banho.

Isto significa que este entrevistado permanece com o respirador por um tempo superior (30 minutos) ao estabelecido por ele como limite (10 minutos), o que deve ser considerado na organização do trabalho.

Tempo e limite relacionam-se; ambos pertencem a um Eu. Ainda que o profissional refira não conseguir utilizar o respirador continuamente, ele vai além ao *conversar um pouquinho* com o portador de TBP, embora relate estar no seu limite, como observamos na assertiva:

(...) A gente até conversa um pouquinho. Mas, eu estou no meu limite.

(G-III/ E-5)

Observa-se, a partir deste relato, que a Enfermagem, como parte do trabalho em saúde, e como profissão voltada para o ato de cuidar, vem reconstruindo suas práticas, procurando realçar a relação sujeito-sujeito, pois as necessidades de ambos (profissional e paciente) demandam uma atenção que leve em conta a integralidade de cada um como ser humano. Para tal, tem sido necessário conciliar o uso das tecnologias dura, leve-dura e leve (MERHY, 1997).

Como *tecnologia dura*, destaca-se o respirador, instrumental complexo. A tecnologia leve-dura refere-se ao saber utilizado para realização das atividades, inscrito na maneira de organizar a atuação individual no processo de trabalho, tal como observamos:

(...)... Eu faço tudo com o paciente, banho, TPR, vou arrumar a cama, vou dar o café, alimentação. Cuidei dele, eu não consigo mais ficar assim algum tempo.

(G-III/ E-5)

Finalmente, a *tecnologia leve* é produzida durante o trabalho vivo, em atos, no processo de relações, isto é, no encontro entre o profissional e o paciente portador de TBP, tal como expresso pelo entrevistado G-II/ E-1:

(...) Quando vejo o paciente lá triste, eu sento do lado dele e converso... Brinco...Não tem diferença... Às vezes, está chorando e você chega...

No momento de falas e escutas em que eles conversam “(...) *um pouquinho*” (G-III/ E-5), criam-se cumplicidades, relações de vínculo e de aceitação, e também se produz a responsabilidade em torno do problema que vai ser enfrentado.

➤ **Dúvidas do Profissional**

As concepções acerca do trabalho com o paciente portador de TBP desviaram o nosso olhar para a importância da mão-de-obra qualificada (tecnologia leve-dura), o que nos conduziu a apreender as incertezas associadas ao uso do respirador.

Embora a importância deste equipamento não tenha sido negada, foram relatadas algumas dúvidas a respeito, com destaque para os *tipos de respirador*, o uso da máscara cirúrgica e a validade do equipamento.

A identificação dos diferentes tipos de respirador utilizados no HUCFF, o PFF2 (‘Escrava Anastácia’) e o PFF5 (Bico de Pato), foi destacada nas seguintes narrativas:

(...) Sei, parece uma cuiazinha, não é? [faz o gesto]. Eu usei, mas não sabia o nome dela... A verdinha, não é?

(G-III/ E-1)

(...) Tem até aqui no meu bolso!...Eu já usei no ZZ [referindo-se ao setor].

(G-III/ E-3)

(...) Lá a gente usa a 'Anastácia'.

(G-III/ E-4)

(...) Eu também já usei!

(G-III/ E-5)

Em relação à suposta proteção oferecida ao profissional com o uso da máscara cirúrgica, apresentaram-se as seguintes narrativas:

(...) Não, porque eu acho que ela não protege [a máscara verde]. Eu acho que ela não protege! Eu sei que o paciente pode usar, no caso dele sair do quarto para fazer exame.

(G-IV/ E-1)

(...) Eu penso da mesma forma, você vê que não protege.

(G- IV/ E-3)

(...) Eu achava que protegia.

(G-IV/ E-2)

O uso da máscara cirúrgica junto com o respirador, além de tornar “(...) mais difícil respirar” (G-II/ E-2), é outro aspecto que confunde os profissionais, como relatado abaixo:

(...) Coloco uma máscara cirúrgica por baixo e uso a máscara do colega...

(G-I/ E-6)

(...) Eu tenho que pegar a cirúrgica e pegar outra usada...

(G-II/ E-2)

(...) Eu sou uma que falo assim:...Não, pega a cirúrgica, [e coloca] uma por baixo e coloca a outra...

(G-IV/ E-5)

Alguns entrevistados reconhecem que este procedimento invalida a proteção oferecida pelo respirador:

(...) Porque na realidade você está enganando a si próprio. Quando você está andando com duas máscaras... Você está enganando a quem?

(G-I/ E-3)

(...) É para ser usada sem nada por baixo, ela faz aquela pressão, com a máscara cirúrgica ela não faz aquela pressão...A pressão que faria sem a máscara cirúrgica...

(G-II/ E-2)

(...) eu acho se botar a máscara verdinha por baixo e a outra por cima, você vai perder ...[a proteção]... Porque ela não vai... [refere-se à fixação da máscara na face do profissional].

(G - IV/ E-2)

(...) Eu colocaria, atenderia o paciente... Quer dizer... Eu sei que eu estou correndo todos os riscos...

(G-IV/ E-3)

Outra situação apresentada refere-se à validade de uso do equipamento, expressa a partir de dúvidas em relação ao tempo de uso e conservação:

(...) Depende muito...Se você suar, sentir que está suja, troca a máscara...Danificou a máscara, você troca... Tem que trocar! Como eu às vezes, também, estou gripado. Molho ela, danifico com a saliva. Para mim, ela já está danificada e eu tenho que trocar. Ela já não vale mais está entendendo! Eu sudo muito, transpiro muito, molhou... Para mim já não tem mais efeito.

(G-I/ E-2)

(...) E outra coisa dessa máscara, aqui no nosso setor...Essa máscara, ela foi-nos dada...Hoje que eu fiquei sabendo da duração dela de 30 dias porque por um acaso alguém comentou comigo.

(G-I/ E-3)

(...) O fabricante não informa a validade.

(G-I/ E-5)

As principais situações que contribuem para a deterioração dos respiradores são a umidade, a sujeira e o desgaste ocasionado pela manutenção do equipamento dobrado (SIMÕES, 2002; COFFEY *et al.*, 2004).

Este equipamento pode ser reutilizado pelo mesmo profissional, por períodos longos de trabalho, em várias ocasiões e durante vários meses, desde que o seu filtro esteja íntegro. A preservação do filtro exige que permaneça

seco, limpo e íntegro, sem molhar, dobrar, amassar ou rasgar (FENNELLY, 1997; BARROSO, 2001; SIMÕES, 2002; COFFEY *et al.*, 2004; KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005). Isto dependerá da temperatura ambiental; das características individuais do profissional que possibilitam a ocorrência de transpiração e do modo como ele utiliza o equipamento.

Apreendemos que as dúvidas enunciadas fazem parte das experiências destas pessoas, oriundas de situações em que o profissional utiliza o respirador sobre a máscara cirúrgica, molhado e/ou amassado porque não há garantia de reposição do equipamento, aspecto que consideramos grave já que estas experiências ocorrem em uma instituição universitária, espaço destinado ao ensino de futuros profissionais.

Reforçamos a importância de investir na formação e treinamento dos profissionais em relação a esta temática (CHAULET, 2007; SOUZA e BERTOLOZZI, 2007), como forma de minimizar as dúvidas acerca da necessidade de proteção individual e contribuir para que eles incorporem corretamente as medidas de prevenção à TB.

Destacamos o estudo realizado por Avelar, Paula e Shimizu (2006), objetivando investigar o conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca das medidas preconizadas para evitar a disseminação da TB ao cuidar do paciente suspeito ou portador da doença. Em relação ao uso de equipamento de proteção individual apenas 44% de Auxiliares de Enfermagem mencionaram o uso do respirador, e 23% relacionaram o uso de máscara (cirúrgica) para proteção, o que reafirma a necessidade de treinamento e educação continuada para as pessoas que se envolvem no cuidado ao portador de TBP.

Ressaltamos, contudo, a dificuldade para a formação de profissionais no

momento em que, no Brasil, o ensino da tuberculose nas Escolas Médicas encontra-se fragmentado e restrito às atividades práticas (53%), principalmente nos hospitais universitários, espaço onde emergiram estas dúvidas (TRAJMAN *et al.*, 2007).

O ensino oferecido nos cursos de graduação em Enfermagem também é insuficiente para promover assistência sistematizada aos portadores de TBP, abordar aspectos do tratamento, vigilância epidemiológica e gerência deste cuidado (VILLA *et al.*, 2006).

O estudo realizado por Santos, Azevedo e Marques (2006) com Auxiliares e Técnicos de Enfermagem objetivando caracterizar os profissionais que cuidam do paciente portador de TBP no HUCFF, destacou a renovação freqüente do quadro de profissionais contratados pela Cooperativa, nessa Instituição, o que implica em dificuldade para o treinamento e manutenção da educação permanente do grupo em relação à TB.

A propósito, vale ressaltar que 33% dos profissionais entrevistados (com vínculo permanente ou cooperativado) declararam que não receberam formação específica, nas escolas de origem, para o trabalho com estes pacientes, assim como 43% nunca realizaram treinamento relacionado com a temática TB no HUCFF. Os autores concluíram que isto pode influenciar no uso de medidas de controle para TB, ou ainda em seu uso incorreto (SANTOS, AZEVEDO e MARQUES, 2006).

Ressaltamos o paradoxo desta informação, já que o HUCFF é uma Instituição universitária cuja missão está voltada para a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão, servindo ainda como campo de treinamento para o ensino médio de graduação e pós-graduação em saúde e atenção à educação

permanente em saúde de seus profissionais (UFRJ, REGIMENTO, 1978).

Enfatizamos que as atividades de educação continuada e treinamento, modalidades vigentes no HUCFF, devem fazer parte da organização do trabalho de enfermagem, pois de nada adiantarão as normas se o profissional não conseguir compreendê-las. Este saber possibilitará a sua participação na organização do setor, como usuário do mesmo, além de contribuir para que utilize o respirador com segurança e sem dúvidas.

➤ **Conservação e Armazenamento**

As formas de conservação e armazenamento dos diferentes respiradores é outro ponto em destaque na rede compreensiva, relacionada à organização do trabalho de enfermagem, pois nos setores:

(...) Não tem um local adequado para se guardar a máscara!...

(G-I/ E-2)

(...) Então, pelo que eu estou vendo, a nossa aqui fica muito mal armazenada. Nós não temos um local adequado... Tem que ter uma maneira mais segura de guardar essas coisas no próprio setor...

(G-I/ E-3)

(...) Tem várias e você tem que procurar a sua...

(G-I/ E-6)

(...) É necessário que o profissional saiba usar e guardar.

(G-IV/ E-2)

Os profissionais optam por conservar e armazenar o respirador de diferentes formas, para proteger de danos e evitar que seja usado por outros profissionais, como retratado nas seguintes assertivas:

(...) Ah! Porque é uma caixa de papelão... Uma porção de máscaras de todo mundo ali... Só que é identificada... Num saquinho sujo de soro.

(G-I/ E-2)

(...) Eu peguei a minha e coloquei na minha bolsa... Tem que ter um meio de armazenar essa máscara durante um período, porque no caso de uma pessoa que trabalha em dois quartos de isolamento, numa enfermaria com sete doentes...

(G-I/ E-3)

(...) antigamente no JJ, era tudo num saquinho plástico, cada um tinha o seu, colocava, agora acabou, agora não tem mais isso. Hoje a recomendação é para conservação em saco de papel. Eu nunca usei, eu quando pego a minha eu já guardo para mim só! Eu guardo no armário... A minha tem meu nome e eu deixo no armário.

(G-II/ E-1)

(...) Ultimamente, agora eu tenho armário, porque a gente é antigo... Mas tem colegas meus que não têm armário. A minha é guardada no meu armário! Eu não deixo mesmo... A gente vê nossos colegas usarem...

(G-IV/ E-5)

É preciso ressaltar que nem todos os profissionais dispõem de um armário para guardar seus pertences enquanto estão trabalhando. Isto contribui para que cada um desenvolva seu próprio método de preservação e guarda, dependendo do tipo de equipamento (dobrável ou não), nem sempre de acordo com as normas instituídas devido à falta de local e/ou organização do setor para esse fim.

A conservação deste equipamento, na opinião do entrevistado G-I/ E-3, não tem diferença, porque (...) “todas elas são a mesma coisa”. Já para outros profissionais:

(...) Depende de qual máscara...A Anastácia pode ficar num saquinho plástico, dentro de um lugar, lá onde todo mundo bota ... A bico de pato, você tem que manter ela dentro de um papel... Envelope... Papel pardo... Dentro de um livro [referindo-se ao respirador dobrável]. Tem que manter ela esticadinha, não pode amassar, não pode dobrar, porque o filtro está ali. Se você dobrar, de alguma forma você vai cortar o filtro.

(G-I/ E-5)

(...) Mas a sua é aquela que pode dobrar, é a... Porque tem aquela outra...A minha, eu geralmente, coloco numa embalagem de plástico.

(G-II/ E-3)

Concordamos que tudo dependerá da forma de apresentação do equipamento, em estilo dobrável ou não, devido à possibilidade de danificar o filtro do produto. Devemos destacar, porém, que o modelo não dobrável dificulta sua conservação e armazenamento pelo profissional.

Manter o respirador em saco de papel é uma prática recomendada para conservá-lo, já que o saco plástico é contra-indicado por reter a umidade (SIMÕES, 2002; COFFEY *et al.*, 2004). Assim, durante o dia de trabalho, as opções do profissional são:

(...) pendurar no botão do jaleco.

(G- IV/ E-1)

(...) deixar em um cantinho.

(G- IV/ E-3)

(...) por deixar assim no cantinho ...deixar na gaveta do posto de enfermagem.

(G-IV/ E-4)

(...) manter dobrada no bolso.

(G- IV/ E-5)

Para eles, isto se justifica devido à necessidade do uso deste equipamento em situações de emergência que envolva o portador de TBP, quando não houver tempo para buscar o equipamento no posto de enfermagem. Todavia, há o risco de danificá-lo, fato que não é desconhecido, como destacado nestas narrativas:

(...) Ele acaba também danificando a máscara, porque ele pendura aqui.

(G-I/ E-2)

(...) Por exemplo, usei uma máscara, só eu pendurar ela no pescoço que eu acho que ela já está (...) [refere-se à possibilidade de amassar a máscara].

(G-I/ E-3)

(...) A minha dura um dia, está toda amassada, tem que desprezar. Ah! Praticamente, porque bota aqui, não, não bota. Quando eu almoço tira, bota de novo! Sabe ela vai ficando toda tortinha, quando eu acabo o expediente, ela já está quase toda amassadinha. É só tem essa!

(G-II/ E-2)

(...) Quando não fica aqui debaixo do pescoço... Eu sou chamado a atenção que estou errado. Ela está amassadinha, não pode jogar fora.

(G- IV/ E-5)

A guarda do respirador, de forma inadequada, resultará em dobras no filtro; em consequência, não estará garantida a barreira protetora ao profissional. Concluímos que as *condições reais de uso* interferem na probabilidade de estes profissionais obterem o benefício que se espera deste equipamento, ou seja a *efetividade tecnológica*.

Estas ações não são condizentes com as condições ideais de uso ou de conservação do respirador. Além de não estarem normatizadas na Instituição, foram adotadas a partir da prática, como uma forma encontrada pelo profissional para atender as próprias necessidades e a dos pacientes. Sob o olhar de terceiros, tais condutas podem parecer rotina da Instituição, contribuindo para que se perpetuem.

Portanto, torna-se necessária a reavaliação da área física do setor e a disponibilização de espaço que possibilite a guarda do equipamento nos intervalos em que o profissional não necessite utilizá-lo, e ainda ao final do turno de trabalho. É imprescindível que o respirador permaneça em local de fácil acesso, preferencialmente próximo à unidade onde se encontra o paciente em precaução aérea. Isto contribuirá para a inexistência de ações paralelas, já

que estas experiências narradas pelas equipes de enfermagem do HUCFF podem interferir com a incorporação das normas de prevenção à TB.

➤ Falta do Respirador

Não podemos deixar de relatar a experiência vivida pelos entrevistados em relação à *falta do respirador* no cuidado ao paciente portador de TBP, expressa no quantitativo insuficiente ou na inadequada avaliação e organização para distribuição do equipamento aos profissionais, desvelando outro limite institucional de atuação no controle desta doença, aspecto ainda mais significativo se considerarmos que o espaço do estudo é um Hospital Universitário, portanto, um *locus* de formação profissional.

A propósito, os entrevistados relembram a época em que houve *falta do respirador* na Instituição:

(...) É, no setor 00-W, teve uma época que os funcionários estavam usando máscara cirúrgica. Deve ter um ano, mais ou menos...Não, não tem isso tudo de tempo não!...

(G-I/ E- 2)

(...) Você fica sem opção!... Todos os setores são dessa forma...E, muitas vezes ali no posto...Isso já aconteceu comigo!...Eu não ter máscara. Ter que ficar no isolamento e ter que usar a máscara do colega que está lá...

(G-I/ E-6)

(...) Às vezes, no posto falta, tem que pegar usada ...Porque eu tenho que entrar no isolamento.

(G-II/ E-2)

(...) Às vezes não tem no setor disponível naquela hora a máscara, você tem que entrar, fazer medicação, olhar o paciente, porque às vezes é um paciente que vem complicado. No isolamento está tudo fechado! Então, muita das vezes, você não pode esperar, você tem que dar um jeito! De entrar para ver o paciente...

(G-II/ E-3)

(...) Me incomodou no plantão passado, porque o paciente era TB... Ele estava ainda transmitindo... A gente teve que colocar duas máscaras... Tinham poucas máscaras, o pessoal de enfermagem que precisava entrar no quarto tinha que utilizar. Chegavam os médicos que precisavam. Não tinha a máscara, então a gente estava fazendo o que?...Revezando!... Ao ir ver o paciente!

(G-IV/ E-3)

O uso inadequado do equipamento pode aumentar a dificuldade para respirar; além de não garantir a fixação do equipamento na face, propiciando o aparecimento de áreas de fuga entre a face e o respirador, como já referido. Para garantir o atendimento dos pacientes, o profissional opta por tentar buscar o respirador em outros setores ou utilizar o de outros profissionais, com a máscara cirúrgica por baixo para sua proteção:

(...) Primeiro a gente vai nos postos vizinhos. Vizinho não tem, andar não tem (referindo-se aos demais setores existentes no andar) ... Eu vou ter que me virar! Entendeu?

(G-II/ E -2)

Além da falta deste equipamento no setor, existe a dificuldade de reposição:

(...) A nossa operacional nos dá a máscara e fala "guarda essa máscara". Cada vez que você acha que tem que trocar, tem que pedir e "- me dá; - tem; - não tem!... Ainda vai chegar amanhã...".

(G-I/ E-3)

(...) É, assim mesmo, você fica com aquela máscara até fazer parte de você...

(G-I/ E-1; G-I / E-3)

(...) Já aqui a gente tem máscara, é tudo direitinho! Mas, também tem dificuldade para darem uma nova, todo plantão tem que usar a mesma...

(G-III/ E-1)

O quantitativo insuficiente, a inadequada avaliação e a organização para distribuição do respirador aos profissionais estão presentes, também, nos casos

em que ocorre o remanejamento de pessoal, como expresso na narrativa do entrevistado G-IV/ E-5:

(...) Não sei se encaixa no que a gente está falando. No meu setor, eu brigo muito, porque eles escondem muito a máscara. Eu sei que há poucas no hospital. Ficam questionando quem vai usar, quem não vai. A colega foi remanejada, para fazer um favor para o nosso posto... A pessoa que é remanejada... Não cedem a máscara para aquela pessoa.

No HUCFF, o processo de trabalho se desenvolve mediante as várias atividades realizadas por profissionais de enfermagem, fisioterapia, nutrição, farmácia e medicina, dentre outros que compartilham o mesmo ambiente físico e a pouca disponibilidade de recursos materiais. As atividades desempenhadas por tais profissionais, embora sejam distintas, caracterizam-se por grande interdependência que os condiciona a situações em que não há o equipamento de proteção respiratória para o atendimento do paciente portador de TBP.

Embora os depoimentos dos profissionais, assim como a literatura consultada (FENNELLY, 1997; KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005) reafirmem a importância do respirador como equipamento para *prevenção* da transmissão da TB hospitalar, ainda nos dias de hoje, o não uso deste equipamento ou o seu uso incorreto fazem parte da vida destas pessoas. Estes resultados corroboram o estudo realizado por Malveira, Griep e Cardoso (2002) em outro hospital universitário no município do Rio de Janeiro. Ao entrevistar alunos do curso de graduação de enfermagem acerca do não uso do respirador, concluíram os autores que 43% dos alunos não faziam uso deste equipamento devido à quantidade insuficiente do mesmo.

Em geral, a enfermagem tem como uma de suas competências a organização do ambiente de trabalho e, consecutivamente, a guarda deste

equipamento no setor para distribuição a todos os profissionais e visitantes que necessitarem. Nos casos em que o quantitativo de equipamentos é insuficiente, a distribuição é garantida prioritariamente aos membros da equipe de enfermagem. Contudo, em situações de desabastecimento na Instituição, todos os profissionais sentirão a falta do equipamento.

A exposição de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem à *MTB* é constante, pois permanecem nos setores durante as 24 horas, o que se agrava devido à falta ou ao uso impróprio deste equipamento. Destacam-se os prejuízos possíveis para esta categoria, por estarem designados aos cuidados diretos aos pacientes, cujo nível de complexidade exige maior tempo junto a eles. O ônus resultante destas situações tem manifestações diferenciadas em função da vulnerabilidade destas pessoas, conforme apreendido anteriormente.

Estas situações precisam ser repensadas para tentarmos compreender as experiências relacionadas ao uso do respirador pelo profissional de enfermagem, pois não há como desconsiderar sua influência ao refletirmos acerca dessa prática. Os agravos decorrentes destas situações não resultam apenas em perdas materiais ou no tempo da produção (PITTA, 1994), mas têm repercussões deletérias para as vidas humanas.

➤ **Responsabilidade Profissional e Institucional**

Estas circunstâncias conduziram-nos à *responsabilidade profissional e institucional* para assegurar o controle da TB no ambiente de trabalho.

Em relação à garantia do equipamento para uso durante o cuidado ao portador de TBP, os entrevistados expressaram:

(...) O profissional tem que ter o material de biossegurança! Se não tem... Então, não vamos trabalhar! A instituição tem que dar o material para a gente trabalhar. À instituição! À direção, não sei!

(G-I/ E-2)

(...) Se não tiver material, a culpa é da Instituição. Do setor que é responsável pelo material. Da Organização. Não sei, a Instituição, a Direção...

(G-I/ E-3)

(...) A responsabilidade é da Instituição.

(G-III/ E-4)

(...) Se não tiver material, a culpa é da Instituição...

(G-III/ E-5)

(...) A Instituição tem que dá suporte, a gente, para trabalhar com aquele paciente. Então se a Instituição dá o suporte vai ter material lá para a gente trabalhar... Eu jamais entraria sem a máscara... Você vai trabalhar, ficar no isolamento, tem que me dar uma máscara, tem que me dar suporte... Algum jeito a Instituição tem que dar!...

(G-IV/ E-1)

(...) Tem que ter... O hospital tem que ter.

(G-IV/ E-2)

(...) Porque, a Instituição, eu sei que tinha condição de ter as coisas, de ter a máscara. Então, a Instituição, me dando suporte para trabalhar, eu vou trabalhar o meu melhor possível.

(G-IV/ E-4)

Não obstante, os entrevistados sentem-se responsáveis pelo não uso do respirador quando ele está disponível no setor:

(...) Se tiver o material, a culpa é minha...

(G-I/ E-3 e G-III/ E-5)

Assim como Machado, Minayo Gomes e Thedim Costa (1997), concebemos que o profissional não pode ser advertido pelo não-uso ou uso incorreto deste equipamento. Isto não deve ser configurado como culpa pessoal, e sim como parte do processo de trabalho inserido nos aspectos apreendidos até aqui.

Nos casos em que ocorre a falta do material, o entrevistado G-I/ E-2 propõe que, assim como a Direção da Instituição se apresenta à mídia para divulgar a abertura de leitos, também exponha a falta do material e a necessidade de sua aquisição:

(...) A direção não vai para a mídia e não fala que abriu leito de transplante? Então, vai para mídia também falar que não tem o material de biossegurança para os profissionais trabalharem!

Ainda que para estes profissionais esta seja “(...) *uma questão de saúde*” (G-I/ E-3), o uso adequado do respirador está para além de haver ou não o equipamento no setor. É necessário que o profissional tenha esclarecimentos acerca da doença e das medidas de controle no ambiente de trabalho, tal como observamos em sua narrativa:

(...) Eu tive esclarecimento sobre essa máscara. E a segurança da validade dessa máscara. O local que essa máscara deve ser armazenada, após uso do dia ou após cada dia. É uma questão de saúde nossa! Não é do Chefe, nem do Líder ou do diretor, não! ...

(G-I/ E- 3)

Estas são situações em que:

(...) Na realidade nós não estamos ajudando...porque se ninguém fizesse, eles iriam tomar providências.

(G-I/ E-1)

(...) Mas, eu já penso, eu já tenho um ponto de vista diferente...Eu acho até que você está certo, mas o certo dele não é só o entrevistado 03 pensar e não fazer, e sim a equipe toda, sabem por quê?...Porque quem faz é o bonzinho e ele vai passar pelo ruim...Então, teria que ser o conjunto e não só um ou dois não fazer!

(G-I/ E-2)

(...) Existe uma questão jurídica! Se a gente não usa, se a gente é contaminado por uma bactéria ou alguma coisa, é porque a gente não fez uso de EPI.

(G - III/ E-3)

(...) Se for negligente, vai ser como um todo. Às vezes eu estou no quatinho. A primeira coisa que eu pergunto: cadê a máscara? Não tem máscara, eu não vou ficar. Não tem ninguém que me obriga a ficar... Eu não entraria não! (demonstra irritação)

(G-IV/ E-1)

(...) Porque você negou a assistência ao paciente... Porque não tinha máscara!...

(G-IV/ E-3)

(...) Eu não me sentiria negligente porque eu não entrei.

(G-IV/ E-4)

Discordando deste posicionamento, outro entrevistado opinou:

(...) Eu acho que a legislação deve me amparar sobre isso!... Mas, eu acho que provavelmente em relação às outras pessoas... A minha consciência fala mais alto que essa legislação... É, porque se eu me propus a trabalhar com isso... Pelo menos para mim que gosto... Que fiz porque gosto... Então, eu acho que está dentro disso daí, tentar agir dentro dessa situação... Minimizar o possível para você não ser tão prejudicado, mas também não prejudicar a pessoa que está necessitando.

(G-II/ E-3)

Possivelmente, as experiências em que o profissional é submetido a cuidar do paciente sem o uso do respirador sejam percebidas diferentemente entre efetivos e cooperativados.

(...) Entra outra situação... Você [referindo-se ao entrevistado 03] é um funcionário... Nós não podemos nem tomar essa posição... Nós somos cooperadas... Ou vai, ou então... Existe lei, mas não funciona...

(G-I/ E-6)

Ainda que para o entrevistado G-I/ E-5,

(...) Independente de ser cooperado ou funcionário, como pessoa a gente tem que se impor nesse caso...

Assim como estes entrevistados, pensamos na necessidade de garantir a proteção e o uso do equipamento nos setores entre profissionais efetivos e cooperativados para manutenção do cuidado ao portador de TBP. Isto envolve, além da organização, o custo e benefício deste equipamento, o que nos leva a

reforçar a afirmativa do entrevistado G-I/ E-3:

*(...) Ela é cara! Mas, mais caro é ficar tuberculoso ...
Tuberculose mata!.*

A literatura confirma o custo elevado deste equipamento (KRITSKI, CONDE e MUZY DE SOUZA, 2005), destacando suas indicações pontuais para as pessoas que mantiverem contato com pacientes suspeitos ou portadores de TBP (GONÇALVES, 2001; SIMÕES, 2002). Ressaltamos que atualmente¹⁷ o respirador nacional é adquirido por quatro reais e oitenta centavos a unidade. As compras de material no HUCFF são realizadas a partir de contrato emergencial, quando a Instituição adquire o produto para um período de 30 dias. O controle do quantitativo em depósito é realizado pelo Serviço de Material. A informatização do sistema possibilita o acompanhamento do estoque pela DEN.

Mesmo com o empenho da gerência Institucional para adquirir o produto, nem sempre o êxito é alcançado. Nos casos em que ocorre o desabastecimento, precisamos concordar que esta é uma problemática que envolve a organização interna do trabalho, a micropolítica no âmbito institucional e a macropolítica de saúde governamental.

A responsabilidade institucional com as situações associadas ao respirador no ambiente hospitalar, é vislumbrada pela possibilidade de apoio da Direção da Instituição ao profissional. De acordo com o relato do entrevistado G-I/ E-3,

(...) Se ela [a Instituição] não dá a máscara adequada, não vou entrar... E, acho que estou respaldado em lei! Eu vou ficar respaldado dentro de uma legalidade e não vou entrar com duas máscaras cirúrgicas...A não ser que

¹⁷A apreciação do custo do material foi realizada em 22/01/08.

ela me traga um documento me provando que aquelas duas máscaras estejam me segurando [protegendo] 100%.

Tal visão corrobora o pensamento de Oda e Ávila (1998), que consideram o planejamento, a organização e a normatização de políticas de administração dos recursos humanos e materiais, como de responsabilidade institucional.

Nesse sentido, tem-se o amparo da NR-6, Seção IV, Art. 166, que prevê a obrigação da Instituição em fornecer aos empregados, gratuitamente, o equipamento de proteção individual adequado ao risco, e em perfeito estado de conservação e funcionamento. Estes, de acordo com a NR-32, deverão estar à disposição em número suficiente nos postos de trabalho, de forma a garantir o seu imediato fornecimento (ROBAZZI e MARZIALE, 2004; MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2005; 2006).

Assim como Franco e Zanetta (2004), acreditamos que as instituições destinadas a promover cuidados à saúde devem ser locais seguros para todas as pessoas que ali convivem, e isto inclui os seus profissionais. Destaca-se, a relevância da atuação do Setor de Segurança do Trabalho para fiscalizar e corrigir estas situações. Para o entrevistado G-I/ E-1, esta medida não se encontra visível, e ele aproveita para questionar se no HUCFF: “(...) *não tem segurança do trabalho? (...) Não existe?*”.

Ainda que tenhamos implantado nesta Instituição, com a ajuda do PCTH, medidas de proteção contra a TB, não existe legislação específica que oriente para esta prioridade em instituição hospitalares, em nosso meio. Apontamos também que os preceitos da Lei do Exercício Profissional e do Código de Ética da Enfermagem, são considerados insuficientes para corrigir as distorções em

relação às condições de trabalho necessárias ao cuidado do portador de TBP (COFEN, 1986, 1987, 2007).

A organização tecnológica do trabalho com este paciente (MENDES-GONÇALVES, 1994; MERHY e CECÍLIO, 2003) depende do financiamento da saúde, requer patamares mínimos de recursos que permitam conciliar a eficácia social com os serviços prestados. Neste sentido, a noção de equidade emerge associada à igualdade e à justiça para os profissionais, como sujeitos sociais no ambiente de trabalho.

Todavia, não há como deixar de considerar as dificuldades econômicas, oriundas de macropolíticas governamentais, enfrentadas ao longo dos anos pelo HUCFF, integrante da rede pública de saúde que, a partir de década de 80, deixou de receber orçamento próprio para seu custeio, seja do Ministério de Educação e Cultura ou do Ministério da Saúde, tentando desde então, de modo infrutífero, valer-se dos recursos oriundos de sua prestação de serviço ao SUS para prover as atividades de assistência, ensino e pesquisa.

CONCORDS



5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

5.1. Conclusões

Quando iniciamos esse estudo, no horizonte estava o desejo de compreender as percepções e as experiências dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem acerca do uso do equipamento de proteção respiratória durante o cuidado ao paciente portador de TBP. Foi o momento em que, intencionalmente, dispusemo-nos a pensar no medo de descobrir que somos *tão fracos* ante a possibilidade de infecção e de adoecimento por TB e, ainda assim, *tão fortes* diante do cuidado oferecido ao outro.

O tempo transcorreu. Foram longos meses em que várias dificuldades nos acompanharam, inclusive na busca de autores que apoiassem nossas idéias. Observamos que os estudos relacionados ao respirador voltavam-se, em sua maioria, para a eficácia do produto. Outra questão a superar esteve associada à correta apreensão do método fenomenológico, tendo como fundamento a fenomenologia da percepção em Maurice Merleau-Ponty.

No campo perceptual, quando pensavam no respirador, os Auxiliares e Técnicos de Enfermagem descreviam suas práticas a partir de aspectos visíveis e sensíveis. Articulando os pontos que emergiram, percebemos que estas experiências encontravam-se em torno de um eixo, qual seja, **O Respirador e a Experiência da Enfermagem no Cuidado ao Paciente Portador de TBP**, composto por três temas e suas respectivas dimensões: **O respirador e o significado da TB para o profissional; Experiências na interface corpo e respirador; e O respirador e o espaço institucional no cuidado ao paciente**

portador de TBP.

A partir das narrativas, compreendemos que as percepções e experiências relacionadas ao respirador, interrelacionavam-se com a representação da TB para o profissional. Esta doença tem, associada aos seus significados, as características do portador de TB: ser solitário e isolado. Isto remete ao *preconceito e à discriminação*, levando o profissional a manter-se afastado do paciente. A TB apresenta-se como uma *doença ruim*, que suscita o *medo de adoecer*, principalmente entre os profissionais de saúde, conhecedores que são das repercussões do adoecimento: o afastamento da família, do convívio social e do trabalho.

Para os profissionais com vínculo oficial (servidores públicos), o afastamento do trabalho significa redução dos rendimentos mensais; já entre os contratados por cooperativas de saúde, a perda salarial. Assim, o medo que os intimida também faz com que revejam suas práticas laborais em busca de maior segurança no ambiente em que atuam.

Independente das dificuldades que acompanham a evidência diagnóstica, é necessário associá-las à falta de comunicação efetiva entre as equipes, às especificidades do trabalho de cada categoria, às questões de poder que envolvem o trabalho no âmbito hospitalar, à organização e à divisão técnica do trabalho na enfermagem, assim como às situações relacionadas com o próprio ambiente.

Os aspectos relacionados ao uso do respirador pelos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem têm como referência a interação profissional-família. Paradoxalmente, a decisão do profissional de realizar o cuidado sem usar o respirador altera-se em relação ao próprio corpo e ao fato de possuir família,

contribuindo para que ele faça valer seus direitos legais e decida não cuidar, se o equipamento de proteção não estiver à sua disposição.

No corpo, o respirador representa *proteção* para o profissional; contudo, dialeticamente, esta proteção não é percebida plenamente por ele, fazendo emergir, a sensação de *insegurança*. Como resultado da sua colocação junto à face, destaque foi dado ao desconforto representado pela falta de ar e interferência na visão e olfato; isto porque o equipamento deve ser colocado na parte inferior da face, *tamponando a boca e o nariz*.

O profissional usuário de óculos, no momento em que cuida, não consegue enxergar bem por tê-los embaçados, nem pode retirá-los para uma limpeza porque está com as mãos enluvadas. Nestes casos, não desconsideramos a possibilidade de ocorrência de acidentes laborais envolvendo o profissional e o paciente.

O respirador interfere, ainda, com a aparência do profissional, criando novos obstáculos a serem transpostos em relação à *estética* e à *auto-estima*. Este equipamento mantém a face do profissional encoberta, ocultando a sua *identificação*. Por vezes, ele só é reconhecido por meio de adereços pessoais, como uma *pulseira*. Ademais, o respirador tampona a voz do profissional, dificultando a escuta.

Estes aspectos atuam como obstáculos no estabelecimento da *comunicação* entre profissional e paciente. Em outras palavras, o respirador impede o compartilhamento de mensagens, idéias, sentimentos e emoções. Em decorrência, é percebido como um objeto que *distancia* e *isola* o paciente e atua como *barreira* e *obstáculo* na relação entre ambos. Embora reconhecido como um recurso tecnológico capaz de oferecer proteção ao profissional foi

também percebido como um objeto que desumaniza as relações entre paciente e profissional, o que limita a sua eficiência como tecnologia leve necessária à humanização do cuidado ao portador de TBP.

No dia-a-dia, as situações e as condições de trabalho são freqüentemente marcadas por imprevistos e incertezas, entre as quais encontra-se o cuidado ao portador de TBP em *situações de emergência*, com risco de morte. Nestes momentos, conhecendo ou não o diagnóstico do paciente, o profissional de enfermagem opta por cuidá-lo sem utilizar o respirador, porque se identifica com a idéia de que aquele paciente poderia ser ele, parentes consangüíneos ou pessoas próximas.

É preciso considerar as implicações para o cuidado, oriundas da vulnerabilidade do profissional à infecção por *MTB*, ocasião em que ‘humanizar’ não pode ser entendido como ‘descuidar’ da própria saúde por não usar o equipamento de proteção.

No HUCFF, o cuidado ao *paciente portador de TBP* diferencia-se de acordo com a sua permanência: *na enfermaria* ou *no isolamento* (quarto de precaução aérea). Na perspectiva do profissional, é mais confortável cuidar do paciente na enfermaria, por ser um ambiente aberto, mesmo diante da possibilidade de desconhecer o diagnóstico de TBP.

O uso do respirador no quarto para precaução aérea torna mais difícil a respiração do profissional. Neste local, apenas quem é responsável pela execução de alguma ação pré-determinada observa este paciente mais de perto. Isto exige visitas freqüentes, o que nem sempre é possível por falta de tempo, pois outros pacientes sob sua responsabilidade, conforme a escala de trabalho, também precisam de atenção. Estas situações configuram-se como

conflito para os profissionais que precisam priorizar o atendimento àqueles mais dependentes de cuidados.

Para alguns profissionais, a complexidade não se refere apenas ao uso do respirador, mas a *você ter aquela diversidade de estar toda hora andando e a quantidade de pacientes* que se encontram sob seus cuidados. Assim, o fundamento da integralidade para a elaboração das escalas de trabalho diárias, no qual cada profissional realiza todos os procedimentos em um grupo de seis a oito doentes, parece não se adequar às necessidades de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem e pacientes portadores de TBP.

Outra implicação para o cuidado é o tempo de uso do respirador, pois, ao tamponar órgãos primordiais para a respiração, dificulta as trocas de ar com o ambiente. Em geral, os profissionais calculam o tempo necessário à realização dos procedimentos junto ao portador de TBP antes de colocarem o equipamento; outras vezes, por medo de adoecer, afirmam *respirar tudo antes de entrar no quarto*. Consideram que o tempo disponibilizado é o necessário à execução dos cuidados básicos de higiene, alimentação e terapêutica; mas reconhecem ser insuficiente para *conversar um pouquinho*, porque estão no limite pessoal de uso do equipamento.

Foram apontadas dúvidas dos entrevistados em relação aos aspectos relacionados com a *conservação; condições de armazenamento; falta, quantitativo insuficiente, inadequada avaliação e organização para distribuição* do respirador, situações que possivelmente dificultam o uso do equipamento e mobilizam o *emocional* de quem cuida.

Discordamos dos aspectos da prática que não estejam em conformidade com as necessidades de quem realiza o cuidado. Corroborando o pensamento

dos entrevistados, é preciso pensar na *responsabilidade profissional e institucional* no que se refere ao uso do respirador, e exigir dos dirigentes da Instituição que adotem medidas condizentes com a legislação que ampara a atuação destas pessoas.

Os discursos apontaram para o direito legal de uso do respirador como medida de segurança no ambiente de trabalho. Embora o HUCFF disponha de um PCTH desde 1998, aliado à organização do cuidado pela DEN, as estratégias implementadas até o momento para efetivar este controle têm sido insuficientes.

Ao ampliar o olhar para esta situação, o pensamento volta-se para o que está além do respirador. O profissional coloca-se diante do paciente e entende que ambos compartilham o mesmo mundo, onde a infecção por *MTB* está presente, podendo infectá-lo ou provocar o seu adoecimento.

De um lado, temos o paciente portador de TBP que precisa ser cuidado; de outro, o profissional que deseja cuidar, função precípua da Enfermagem, e os Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, sujeitos deste estudo, não negaram o seu dever, descrito na Lei do Exercício Profissional (Lei nº 7.498/86). Eles operam no mundo onde há uma infinidade de escolhas possíveis, e também contradições que se revelam ensejando mediações pessoais, profissionais, científicas, tecnológicas, estéticas, éticas, religiosas e políticas.

Enfatizamos que a humanização do cuidado ao portador de TBP, neste estudo, esteve associada a melhores condições de trabalho que permitam o adequado atendimento deste paciente. As situações relatadas nos permitem inferir que os profissionais não têm recebido a devida proteção pelo uso do respirador durante o exercício de suas funções.

Especificamente para as idealizações da ciência e do setor tecnológico em relação a este equipamento, vislumbramos a necessidade de identificar e corrigir os aspectos que estão em desacordo com as necessidades dos usuários, em consonância com as especificações e condições do ambiente de trabalho em que se inserem.

Ao não utilizar o respirador para cuidar do paciente portador de TBP, e aparentemente *nada acontecendo* (não se infectou ou adoeceu), o profissional passa a questionar a necessidade de uso deste equipamento. Sem esta percepção, é possível que ele não utilize o respirador quando for preciso, o que se torna um problema no que diz respeito ao controle da TB, aspecto ainda mais significativo quando se considera ser o Hospital Universitário, espaço do estudo, um *locus* de formação profissional.

Ante a inesgotabilidade dos sentidos produzidos pelos profissionais, reconhecemos a impossibilidade do desvelamento total das experiências destas pessoas. Contudo, quando trocamos de lugar com o outro, ocupando a posição que lhe pertence, podemos alcançar uma nova visão em perspectiva e apresentar outra síntese reflexiva, a partir da descrição destes entrevistados acerca do uso do respirador como proteção contra a *MTB*.

Eis porque as conclusões ora apresentadas devem ser percebidas, sobretudo, como subsídios na caminhada em direção ao aprofundamento do tema estudado, por aqueles que nele estiverem interessados.

5.2 Recomendações

Ao considerar estes aspectos, percebemos a importância de desenvolver estratégias institucionais que contemplem a elaboração de um fluxograma que organize o cuidado aos pacientes portadores de TBP, desde o momento da admissão até a alta hospitalar, a fim de facilitar a comunicação entre as equipes e contribuir para a diminuição do tempo da confirmação diagnóstica, durante o atendimento ao paciente suspeito ou portador da doença.

Existem *dúvidas* acerca do respirador que precisam ser sanadas junto ao grupo estudado, pois estas contribuem para a *sensação de insegurança* quando utilizam este equipamento. Destacamos a necessidade de treinamentos para todos os profissionais (efetivos ou cooperativados), no sentido de que sejam discutidas as circunstâncias relacionadas ao medo, ao desconforto e à insegurança.

É preciso interferir nas situações em que o profissional utiliza o respirador *dobrado, amassado, molhado por suor ou secreção oriunda de coriza*, ou ainda *com o uso da máscara cirúrgica* sob o equipamento, resultando em prejuízo para a saúde do profissional. Para tal, ressaltamos como prioridades: controle para a compra; disponibilidade do respirador para substituição dos equipamentos danificados; liberação do equipamento ao profissional que estiver cuidando do paciente portador de TBP, independentemente de este ter sido remanejado entre setores. Enfatizamos ainda a importância de garantir o respirador em tamanho adequado para o ajuste à face do profissional.

É importante observar as normas de uso do quarto de precaução aérea,

o funcionamento do filtro HEPA e do ar refrigerado (aparelho de janela). Destaca-se a necessidade de reavaliação da área física do setor e a disponibilização de um espaço para armazenamento e conservação do respirador durante a jornada de trabalho, em local de fácil acesso ao profissional, preferencialmente próximo da unidade onde se encontra o paciente em precaução aérea. Ao término do plantão, há que se considerar também um espaço para a guarda do respirador.

Enfatizamos como essencial a reavaliação das escalas mensal e diária de trabalho, considerando o tempo necessário para cuidar no quarto de precaução aérea utilizando o respirador, as necessidades individuais dos profissionais e, sobretudo, o rodízio em todos os plantões, evitando que atuem sempre no mesmo ambiente.

É preciso pensar no quantitativo e qualitativo de profissionais necessário ao cuidar; a utilização dos conceitos de integralidade e equidade nas relações profissionais, assim como a promoção da integração entre os profissionais da equipe de saúde, para garantir a integralidade do cuidado ao paciente portador de TBP.

Ao ampliar o olhar para as macropolíticas, alertamos para as dificuldades econômicas que os hospitais públicos universitários federais têm vivido, e também para o fato de que, ainda assim, é necessário reconhecer a responsabilidade institucional no que se refere à garantia de fornecimento de equipamentos individuais de proteção e ao quantitativo de pessoal para a equipe de enfermagem. A ausência de um profissional por adoecimento, além de gerar conseqüências prejudiciais para o trabalho, também o afetará e à sua família em termos financeiros.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A.B.S. **De moléstia do trabalho a doença profissional:** contribuição ao estudo das doenças do trabalho no Brasil. 1994. 257f. Dissertação (Mestrado em História) - Faculdade de História, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 1994.
- ALMEIDA, M.C.P. ; ROCHA, J.S.Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989. 127 p.
- AMATUZZI, M.M. Apontamentos acerca da pesquisa fenomenológica. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 13, n.1, p. 5-10, [S.I.],1996.
- ANDRADE, M.K. Avaliação do risco de TB para os profissionais de saúde. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p.17-20, jul./dez. 2001. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php>> Acesso em: 06 Jan. 2008.
- ANGELETTI, P. Dispositivo de proteção respiratória para os profissionais de saúde: aspectos legais. **Revista do Conselho Regional de Odontologia**, Pernambuco, v. 4, n. 2, p. 85-92, jul./dez., 2001. Disponível em: <<http://bases.bireme.br>> Acesso em: 27 Jan. 2008.
- ANTUNES, J.; WALDMAN, E.; MORAES, M. Tuberculosis through the century: canonic icons and signs of the fight against the disease. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p.367-379, [S.I.], 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 08 Dez. 2006.
- AQUINO, E.M L.; MENEZES, G.M.; MARINHO, L F B. Women, health and labor in Brazil: challenges for new action. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 281-290, [S.I.], 1995. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo>> Acesso em: 06 Fev. 2008.
- ATRE, S.R. KUDALE, A.M. ; MORANKAR, S.N. *et al.* Cultural concepts of tuberculosis and gender among the general Population without tuberculosis in rural Maharashtra, India. **Tropical Medicine and International Health**, [S.I.], v. 9, n. 11, p: 1228-1238, nov., 2004. Disponível em: <<http://www.blackwell-synergy.com/>> Acesso em: 30 Jan. 2008.
- AVELAR, M.C.Q. ; PAULA, T.A.C. ; SHIMIZU, M.I. The nursing team's knowledge of care for patients suspected of having or diagnosed with pulmonary tuberculosis – an exploratory study. **Brazilian Journal of Nursing**, [S.I.], v. 5, n. 2, [S.I.], 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/ojs-2.1.1/index.php/nursing/article/viewArticle/292/582006>> Acesso em: 14 Jan. 2008.

AYRES, J.R.C.M. O enfoque de risco na programação em saúde: fundamentos e perspectivas. **Saúde e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 4, n.1/2, [S.l.], p.71-74, 1995.

_____. **Sobre o risco**: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec, 1997. 327 p.

_____. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (orgs.). **Sexualidades pelo avesso**: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1999. p. 49-72.

_____. Subject, intersubjectivity, and health practices. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em: 11 Nov. 2007.

_____. Educational practices and the prevention of HIV/Aids: lessons learned and current challenges. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo, v. 6, n. 11, p.11-24, ago., 2002. Disponível em: <<http://www.interface.org.br>> Acesso em: 8 Jan. 2008.

_____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, Rio de Janeiro, v.13, n. 3, p.16-29, set./dez., 2004. Disponível em: <<http://portal.saude.sp.gov.br/>> Acesso em: 28 Jan. 2008.

_____. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 549-560, jul./set., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php>> Acesso em: 28 Jan. 2008.

_____. Cuidado e humanização das práticas. In: DESLANDES, S. F.(org). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 414 p.

_____. Risk, technological reason and the enigma of health. **Interface**, Botucatu [SP], v. 11, n. 21, p.154-158, abr., 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 28 Jan. 2008.

AYRES J.R.C.M.; FRANÇA JUNIOR, I. ; CALAZANS, G.J. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (orgs.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.117-139.

AZEVEDO, R.F.; LOPES, R.L.M. Merleau-Ponty e a compreensão da vivência de mulheres mastectomizadas em uso de prótese. **Revista de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.188-193, maio/ago., 2005.

BACKES, D.S. ; LUNARDI, V.L. ; LUNARDI FILHO, W.D. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n. 1,p.132-135, jan./ fev., 2006.

BAPTISTA, S.S.; ALMEIDA FILHO, A.J.; LOPES, G.T.O papel da enfermeira na cura da tuberculose. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.10, n. 1, abr., p.15-17, 2006. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/>> Acesso em: 08 Jan. 07.

BARBOSA, E.F. Instrumentos de coleta de dados em pesquisas educacionais. **Educativa**, Instituto de Pesquisas e Inovações Educacionais, [S.l.], out.,1998. [publicação interna].

BARBOSA, R.H.S.; GIFFIN, K. Juventude, saúde e cidadania: uma pesquisa / ação com jovens da Maré. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 649-672. 2005. Disponível em: <http://www.nesc.ufrj.br/cadernos/2005_3/resumos/CSC_2005-3_regina.pdf> Acesso em: 01 Fev. 2008.

BARBOSA, R.H.S.; GIFFIN, K. Survey and action on gender, reproductive health and daily life with youngsters in Maré, Rio de Janeiro. **Interface**, Botucatu [SP], v. 11, n. 23, p. 549-567, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414> Acesso em: 01 Fev. 2008.

BARROSO, E.C.; MOTA, R.M.S.; MORAIS, M.F.M. *et al.* Factors associated with inadequate treatment in a group of patients with multidrug-resistant tuberculosis. **Jornal de Pneumologia**, São Paulo, v. 29, n. 6, p.350-357, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em: 28 Jan. 2008.

BARROSO, W.J. Biossegurança em tuberculose na unidade de saúde no laboratório. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, [online], v. 9, n.2, p.27-32, dez., 2001. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php>> Acesso em: 13 Maio 2007.

BEJGEL, I. ; BARROSO, W.J. O trabalhador do setor saúde, a legislação e seus direitos sociais. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v. 9, n. 2, p. 69-77, dez., 2001. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/bps/v9n2/v9n2a11.pdf>> Acesso em 01 Fev. 2008.

BERTAZONE, É.C. **A assistência ao portador de tuberculose pulmonar sob a ótica dos trabalhadores de enfermagem**. 2003. 118 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

BERTAZONE, É.C. ; ELUCIR, G.I.R. ; MIYEKO, H. Situações vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem na assistência ao portador de tuberculose pulmonar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 374-381, maio/jun., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>> Acesso em: 08 Jan 2008.

BERTOLLI FILHO, C. **História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. 248 p.

BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE (BVS). DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – BIREME. Disponível em: <<http://www.decs.bvs.br>> Acesso em 07 Jan. 2006.

BICUDO, M.A.V. **Fenomenologia**: confrontos e avanços. São Paulo: Cortez, 2000. 167p.

BOEMER, M.R.; SAMPAIO, M.A. The exercise of nursing in its bioethical dimension. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 33-38, abr., 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 13 Jan. 2008.

BONIFACIO, N.; SAITO, M.; GILMAN, R.H. *et al.* High risk for tuberculosis in hospital physicians. **Emerging Infectious Diseases**, Peru, v.8, n.1, p.747-48, july, 2002. Disponível: <<http://www.jornaldepneumologia.com.br/>> Acesso em : 28 Jan. 2008

BORSOI, I.C.F. **Saúde mental e trabalho**: um estudo de caso da enfermagem. 1993. [S. I.] Dissertação (Mestrado em Psicologia Social)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1993. [S. I.].

BOSI, M.L.M. **Profissionalização e conhecimento**: a nutrição em questão. São Paulo: Hucitec, 1996. 293p.

BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J.M. **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. 607 p.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K. Y. Contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F. J. M. **Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde**, Petrópolis: Vozes, 2006. 87-117 p.

BOURDIEU, P. Construção do objeto. In: BOURDIEU, P.; CHAMBOREDON, J.C.; PASSERON, J.C. (Orgs.). **Ofício de sociólogo**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 45-72.

BRANDÃO JÚNIOR, P.S. Dimensões subjetivas da biossegurança nas Unidades de Saúde. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 57-64, jul. /dez., 2001. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?>> Acesso em: 07 Jul 2008.

BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. 25. ed. Rio de Janeiro: Saraiva, 2000. 307p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Disponível em: <<http://ww.conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>> Acesso em: 29 Jan. 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Tuberculose – guia de vigilância epidemiológica**. Elaborado pelo Comitê Técnico – Científico de Assessoramento à Tuberculose e Comitê Assessor para Co-infecção HIV-Tuberculose. – Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2002.100 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tuberculose.pdf> Acesso em: 9 Set. 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde:2004**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude>> Acesso em: 5 Fev. 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **NR 6 - Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde. Equipamento de Proteção Individual - EPI**. Portaria MTE n.º 194, de 22 de Dezembro de 2006. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/05/mtb/6.htm>>. Acesso em 09-09-08

BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **NR 32 - Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde**. Portaria MTE n.º 485, de 11 de Novembro de 2005– Seção 1. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/seg_sau/grupos_gtnr32_aprovada.pdf> Acesso em 19-08-08

BRITO, L. Tuberculose Nosocomial - medidas de controle de engenharia. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 32-50, jul./dez., 2001. Disponível em: <<http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd49/brito.pdf>> Acesso em 07 Jul. 2008.

BRITO, R.C. **Resistência às drogas antituberculose das cepas de *Mycobacterium tuberculosis* isoladas de pacientes atendidos em hospital geral de referência para tratamento de AIDS no Rio de Janeiro**. 1998. Dissertação (Mestrado em Doenças Infecciosas e Parasitárias) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

BRITO, R.C. ; CARVALHO, R.M. ; SIQUEIRA-BATISTA, R. *et al.* Recomendações da Assessoria de Pneumologia Sanitária do Estado do Rio de Janeiro para o controle de tuberculose em hospitais gerais. **Pulmão RJ**, Rio de Janeiro, v.12, n. 3, p. 169-173, jul./ago. /set., 2003.

BRITO, R.C.; GOUNDER, C.; LIMA, D.B. *et al.* Resistência aos medicamentos anti-tuberculose de cepas de *Mycobacterium tuberculosis* isoladas de pacientes atendidos em hospital geral de referência para tratamento de AIDS no Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 30, n. 4, p.335-342, jul./ago.,2004.

BUBER, M. **Eu e tu**. 6. ed. rev. São Paulo: Centauro, 2003. 170 p.

BULHÕES, I. **Risco do trabalho de enfermagem**. Rio de Janeiro: Ideas, 1994. 221 p.

CAELLI, K. The Changing Face of Phenomenological Research: Traditional and American Phenomenology in Nursing. **Qualitative Health Research**, [S.l.], v.10, n. 3, p: 366-377, may, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10947482>> Acesso em: 28 Jan. 2008.

CAMPOS, G.W.S. Public health and collective health: field and core area for knowledge and practice. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo>> Acesso em: 26 Jan. 2008.

CAPALBO, C. **Metodologia das Ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schutz**. 2. ed. Londrina: EDUEL, 1998a. 97 p.

_____. A fenomenologia a partir de Edmund Husserl e sua repercussão na área da saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p:415-419, dez., 1998b.

_____. **A filosofia de Maurice Merleau-Ponty: historicidade e ontologia**. Londrina: Humanidades, 2004. 213 p.

CARBONE, M.H. **Tísica e Rua: os dados da vida e seu jogo**. 2000. Dissertação (Mestrado em Endemias na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000. [paginação irregular].

CARBONNE, A.; POIRIER, C.; ANTONIOTTI, G. *et al.* Investigation of patient contacts of health care workers with infectious tuberculosis: 6 cases in the Paris area. **International Journal of Tuberculosis Lung Disease**, [S.l.]: v.9, n.8, p.848-852, aug., 2005. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/content/iuatld/ijtd/2005/00000009/00000008/art00005>> Acesso em 02 Jul. 2008

CARMO, P.S. **Merleau- Ponty: uma introdução**. São Paulo: EDUC, PUC/SP, 2002. 159 p.

CARVALHO, A.G.C. **Detecção precoce de tuberculose nosocomial como medida de prevenção da transmissão intra-hospitalar do *Mycobacterium Tuberculosis***. 2001. 1v. 128 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Ceará, 2001.

CASATE, J.C.; CORREA, A.K. Humanization in health care: knowledge disseminated in Brazilian nursing literature. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em: 01 Nov. 2006.

CASTELO FILHO, A.; KRITSKI, A.L.; BARRETO, A. *et al.* II Consenso Brasileiro de Tuberculose: diretrizes brasileiras para tuberculose 2004. São Paulo: **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, [online], v.30, suppl.1, p. S57-S86, June, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em: 27 Jan. 2006.

CASTRO, R.S. **Tuberculose no idoso**. 1998. 87 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Pneumologia, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 1998.

CHAUI, M. **Convite à filosofia**. 13. ed. São Paulo: Ática, 2003. 227p.

CHAULET, P. Learning about tuberculosis in medical schools. **International Union Against Tuberculosis and Lung Disease**, Editorial. [S.l.], v. 11, n. 6, p. 592, 2007.

Disponível em:<<http://www.ingentaconnect.com/error/delivery&format=pdf>> Acesso em 12 Nov. 2007.

CHINI, G.C.O.; BOEMER, M.R. As facetas da amputação: uma primeira aproximação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.l.], v. 55, n. 2, p. 217-222, mar. /abr. 2002. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>> Acesso em: 12 Nov. 2007.

COFFEY, C.C. ; LAWRENCE, R. ; CAMPBELL, D. *et al.* Fitting characteristics of eighteen N95 filtering-facepiece respirators. **Journal of Occupational and Environmental Hygiene**, [S.l.], v. 1, n. 4, p.262-71, Apr, 2004. Disponível em: <www.ingentaconnect.com/.../uoeh/2004/00000001/> Acesso em 29 Jan. 2008.

COFFEY, C.C.; LAWRENCE, R.B.; ZHUANG, Z. *et al.* Errors associated with three methods of assessing respirator fit. **Journal of Occupational and Environmental Hygiene**, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 44-52, Jan., 2006. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/>> Acesso em 29 Jan. 2008.

COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida**: da prática de mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel, 1999. p. 46.

COLTRO, A. A Fenomenologia: um enfoque metodológico para além da modernidade. **Caderno de Pesquisas em Educação**, São Paulo, v.1, n.11, 1º trim., 2000. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/C11-ART05.pdf>> Acesso em 29 Jan. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Biblioteca Virtual de Enfermagem**. Disponível em:<<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=22§ionID=35>> Acesso em: 29 Jan. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Decreto nº 94.406, de 09 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498/86. **Biblioteca Virtual de Enfermagem**. Disponível em: <<http://www.portalcofen.com.br/2007/materias.asp?ArticleID=7045§ionID=34>> Acesso em: 01 Jul. 2008.

_____. Resolução nº 168/1993 de 06 de outubro de 1993. Baixa normas para anotação da responsabilidade técnica do(a) enfermeiro(a), em virtude de chefia de serviço de enfermagem, nos estabelecimentos das instituições e empresas públicas, privadas e filantrópicas onde é realizada a assistência de saúde. **Biblioteca Virtual de Enfermagem**. Disponível em: <<http://www.enfermagemvirtual.com.br>> Acesso em: 01 Ago. 1008.

_____. Resolução nº 293-2004, de 21 de setembro de 2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados. **Biblioteca Virtual de Enfermagem**. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7121§ionID=34>> Acesso em 01 Jul. 2008.

_____. Resolução nº 311/2007, de 8 de fevereiro de 2007. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Biblioteca Virtual de Enfermagem**. Disponível em: <<http://www.bve.org.br/2007/materias.asp?articleID=1305>> Acesso em: 29 Jan. 2008.

COSTA, H.C.G. ; MALASPINA, A.C.F. ; MELLO, A.F. *et al*. Tuberculosis in a Psychiatric Hospital in the state of Goiás, Brazil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 32, n. 6, p. 566-572, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 29 jan. 2008.

COSTA, M.A.F.; COSTA, M.F.B. Biossegurança: elo estratégico de segurança e saúde no trabalho. **Revista CIPA**, São Paulo, ano 23, n. 266, p. 86-90, 2002.

COSTA, P.A. **Prova tuberculínica entre profissionais de saúde após o início das atividades administrativas do programa de controle de tuberculose no Hospital Clementino Fraga Filho da UFRJ**, 2005, xvi, 144 p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005.

CRESWELL, J.W. **Research design: qualitative and quantitative approaches**. London: Sage Publications, 1994. 276 p.

DALCOLMO, M. P. AIDS e tuberculose: novo problema, velho problema. **Jornal de Pneumologia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 3-6, mar./abr., 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em: 27 Jan. 2006.

DARTIGUES, A. **O que é a Fenomenologia**. 9. ed. São Paulo: Centauro, 2005, 152p.

DEBUS, M. **Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales**. Washington: Academy for Educational Development, 1997. 96p.

DEJOURS, C. Trabalho e saúde mental: da pesquisa à ação. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 1994. p. 45-65.

DEMO, P. **Introdução à metodologia da ciência**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2005. 120p.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p.7-14, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>> Acesso em: 29 Jan. 2008.

_____. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu [SP], v.9, n.17, p.401-403, mar./aug., 2005.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a17.pdf13-01-08>> Acesso em: 29 jan 2008.

DETONI, A.R. Expressão gráfica e conhecimento sobre a percepção espacial. **Revista Escola Minas**, Ouro Preto, v. 54, n. 1, p. 81-84. jan./mar., 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-44672001000100014&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 29 Jan 2008.

DIMITROVA, B.; HUTCHINGS, A.; ATUN, R. *et al.* Increased risk of tuberculosis among health care workers in Samara Oblast, Russia: analysis of notification data. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v.9, n.1, p.43-48, jan., 2005. Disponível em:<<http://www.ingentaconnect.com/content/iuatld/ijtlld/2005/00000009/00000001/art000>> Acesso em: 29 Jan 2008.

DODOR, E.A.; NEAL, K.; KELLY S. An exploration of the causes of tuberculosis stigma in an urban district in Ghana. Ghana. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v.2, n.9, p.1048 –1054, may, 2008. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/>> Acesso em 26 Ago. 2008.

DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica**: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p.299.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. The relation between work, health and living conditions: negativity and positivity in nursing work at a teaching hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 517-525, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104> Acesso em: 05 Fev. 2008.

ESCOTT, S.; WALLEY, J. Listening to those on the frontline: lessons for community-based tuberculosis programmes from a qualitative study in Swaziland. **Social Science & Medicine**, [S.l.], v. 61, n.8, p:1701-1710, oct., 2005. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science?>> Acesso em: 02 Jul. 2008.

ESPÍRITO SANTO, F.H. **Saberes e fazeres de enfermeiras(os) novatas(os) e veteranas(os) sobre o cuidado de enfermagem no cenário hospitalar**. 2003, 314f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

FARIA, J.B.; SEIDL, E.M.F. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Psicologia em Estudo**, Maringá [PR], v. 11, n. 1, p. 155-164, jan./abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a18.pdf>> Acesso em: 13 Jan. 08.

FARIAS, S.N.P. **A saúde do trabalhador de enfermagem: agravos e riscos no trabalho de enfermagem em Centro Municipal de Saúde Rio de Janeiro**. 1999. 174p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

FENNELLY, K.P. Personal respiratory protection against *Mycobacterium tuberculosis*. **Clinics in Chest Medicine**, [S.l.], v.18, no.1, p.1-17, mar., 1997. Disponível em: <<http://lib.bioinfo.pl/pmid:9098607>> Acesso em: 29 Jan. 2008.

FERNANDES, T.M. Sun and shadows: social histories of Brazilian tuberculosis. **História, Ciência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 767-771, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em: 08 Dez. 2006.

FERREIRA, A.B.H. **Mini Aurélio: século XXI**. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2004. p.434.

FIGUEIREDO, N.M.A.; CARVALHO, V. **O corpo da enfermeira como instrumento do cuidado de enfermagem**. Rio de Janeiro: Revinter, 1994. 161 p.

FIGUEIREDO, N.M.A. O sentido dos sentidos do corpo da enfermeira no ato de cuidar: o que é e o que não é subjetivo nesta ação: representações de enfermeiros. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 3-9, maio, 1995. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/>> Acesso em: 29 Jan. 2008.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R.S.; GRUEN, R.J. *et al.* Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. **Journal of Personality and Social Psychology**, Berkeley, v. 50, p. 571-579, 1986. Disponível em: <<http://content.apa.org/journals/psp/50/3/571.html>> Acesso em 29 Jan. 2008.

FRANCO C. **Avaliação de exposição ocupacional como risco para infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* no Hospital de Base de São José do Rio Preto.** São Paulo, 2003. 117p. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São Paulo, 2003.

FRANCO, C.; ZANETTA, D.M.T. Tuberculose em profissionais de saúde: medidas institucionais de prevenção e controle, São José do Rio Preto, **Arquivos de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 244-252, out. /dez., 2004. Disponível em: <<http://br.monografias.com/trabalhos-pdf900>> Acesso em: 29 Jan. 2008.

FRANCO, C.; ZANETTA, D.M.T. Assessing occupational exposure as risk for tuberculous infection at a teaching hospital in São Paulo, Brazil. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v. 10, n. 4, p. 384-389, abril, 2006. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/>> Acesso em: 29 Jan. 2008.

FREITAS, M.É.A. **O significado da autonomia do enfermeiro no cotidiano hospitalar, à luz da fenomenologia existencial de Maurice Merleau-Ponty.** 1993. 212p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem - Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

FURLAN, R.; BOCCHI, J.C. O corpo como expressão e linguagem em Merleau-Ponty. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 8, n.3, p. 445-450, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2003000300011&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 29 Jan. 2008.

FURTADO, J.P. **Avaliação como dispositivo.** Campinas: Universidade de Campinas, 2001. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva e Social), Faculdade de Medicina da UNICAMP, 2001.

GALESSI, V.M.N. **Internação em tuberculose no século XXI. O caso do município de São Paulo.** 2004. 94p. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

GALESSI, V.M.N.; ALMEIDA, M.M.M.B. Indicators of tuberculosis morbimortality in hospitals in the city of São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 48-55. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>> Acesso em: 29 jan. 2008.

GARRIDO, M.C.F. Cotidiano da educação continuada em enfermagem: valorização do cuidar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.24, n.5, p:372-9, set./out. 2000. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/>> Acesso em: 29 Jan. 2008.

GATTI, B.A. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas.** Brasília: Liber Livro, 2005. 77p.

GELUDA, K.; BOSI, M.L.M.; CUNHA, A.J.L.A. *et al.* "It takes two to tango": a study on inconsistent use of male condoms by adolescents in Rio de Janeiro, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1671-1680, 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800015&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 29 Jan. 2008.

GERMANO, R.M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez; 1993. 118p.

GIFFIN, K. Poverty, inequality, and equity in health: considerations based on a transversal gender perspective. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18 [supl.], p. 103-12, 2002. Disponível em:

<<http://www.scielo.org/scielo.php?>> Acesso em: 29 Jan 2008.

GILL, L.A. **Um mal do século: tuberculose, tuberculosos e políticas de saúde em Pelotas (RS) 1890-1930**. 2004, 2v. 630p. Tese (Doutorado em História), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2004.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.158p.

GONÇALVES, H. A tuberculose ao longo dos tempos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 305-327, jul./out. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702000000300004&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 29 Jan. 2008.

GONÇALVES, M.L.C. Transmissão nosocomial da tuberculose: diminuindo o risco. **Boletim Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 9, n.2 , p.21-26, dez. 2001. Disponível em:< <http://www.scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php>> Acesso em: 13 Maio 2007.

GONÇALVES, M.J.F. **Incidência de tuberculose por município, Brasil - 2001-2003**: uma abordagem sobre o programa de controle e fatores determinantes da doença. 2007. 119 p. Tese (Doutorado em Medicina Social), Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

GOUVEIA, V.R. **Avaliação de uma unidade de isolamento respiratório para tuberculose com pressão negativa**. 2000, 75p. Dissertação (Mestrado em Doenças Infecciosas e Parasitárias), Universidade Federal de São Paulo, 2000.

GRANICH, R.; BINKIN N.J.; JARVIS, W.R.; *et al.* Guidelines for the prevention of tuberculosis in health care facilities in resource-limited settings. WHO/CDS/TB/99.269. Geneva, Switzerland: **World Health Organization**. 1999. 51 p.

GRYPDONCK, M.H.F. Qualitative Health Research in the Era of Evidence-Based Practice. **Qualitative Health Research**, [S.l.], v.16, no.10, p: 1371-1385, dec., 2006. Disponível em:

<<http://qhr.sagepub.com/cgi/content/abstract/16/10/1371>> Acesso em: 29 Jan. 2008.

HARRISON, M.O.; KOENIG, H.G; HAYS, J.C. *et al.* The epidemiology of religious coping: a review of recent literature. **International Review of Psychiatry**, v.13, p. 86-93, 2001.

Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/content/apl/cirp>> Acesso em: 13 Jan. 2008.

HOKERBERG, Y.H.M. ; SANTOS, M.A.B. ; PASSOS, S.R.L. *et al.* The process of building risk maps in a public hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo>> Acesso em: 11 Nov. 2007.

HOPEWELL, P. C.; MIGLIORI, G.B.; RAVIGLIONE, M.C. Tuberculosis care and control. **Bull World Health Organ**, Genebra, v. 84, n. 6, p.428,june 2006.

Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862006000600004&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 25 July 2008.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EDUSP, 1979. 99 p.

HYCNER, R. A base dialógica. In: HYCNER, R.; JACOBS, L. **Relação e cura na Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 1997. 173p.

JAPIASSÚ, H. ; MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996. 265p.

JENSEN, P.A.; LAMBERT, L.A.; IADEMARCO, M.F.; *et al.* Guidelines for preventing the transmission of Mycobacterium tuberculosis in health-care settings. Atlanta, v. 30, n. 54 (RR-17), p.1-141, dec. 2005. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16382216>> Acesso em 23 jul. 2008

JOHANSSON, E.; LONG, N.H.; DIWAN, V.K. *et al.* Attitudes to compliance with tuberculosis treatment among women and men in Vietnam. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, Paris**, v. 3, n. 10, p. 862–868, 1999. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/>> Acesso em: 05 Fev. 2008.

JOSHI, R.; REINGOLD, A.L.; MENZIES, D. *et al.* Tuberculosis among health-care workers in Low- and Middle-Income Countries: a systematic review. **PLoS Medicine**, [on line] v.3 n. 12, p. 20, mar., 2006.

Disponível em: < <http://medicine.plosjournals.org/>> Acesso em: 29 Jan. 2008.

KAYANJA H.K.; DEBANNE, S.; KING, C. *et al.* Tuberculosis infection among health care workers in Kampala, Uganda. Comment In: **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Uganda, v. 9, n. 6, p. 686-688, jun., 2005. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/>> Acesso em: 29 jan. 2008.

KIRONDE, S.; KLAASEN, S. What motivates lay volunteers in high burden but resource-limited tuberculosis control programmes. Perceptions from the Northern Cape province, South Africa: **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, [S.l.], v. 6, n. 2, p: 104-110, feb., 2002. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/>> Acesso em: 29 Jan. 2008.

KRITSKI, A.L.; CONDE, M.B.; MUZY de SOUZA, G. **Tuberculose: do ambulatório à enfermaria**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. 259p.

KURCGANT, P. **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. 237p.

LAPA e SILVA, J.R.; BOECHAT, N. The resurgence of tuberculosis and the impact of the study of pulmonary immunopathogenesis. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 30, no. 4, p. 388-394, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> Acesso em: 01 Fev. 2008.

LAWRENCE, R.B.; DULING, M.G.; CALVERT, C.A. *et al.* Comparison of Performance of Three Different Types of Respiratory Protection Devices. **Journal of occupational and environmental hygiene**, [S.l.], v. 3, n. 9, p. 465-474, sept., 2006. Disponível em: <<http://www.informaworld.com/>> Acesso em: 29 Jan. 2008.

LEE, K.; SLAVCEV, A.; NICAS, M. Respiratory protection against *Mycobacterium tuberculosis*: quantitative fit test outcomes for five type N95 filtering-facepiece respirators. **Journal of Occupational and Environmental Hygiene**, [S.l.], v. 1, n.1, p. 22-28, Jan, 2004. Disponível em: <<http://www.informaworld.com/>> Acesso em: 30 Jan. 2008.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2 ed. Florianópolis: UFSC, 2002. 290 p.

_____. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2 ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006. 396 p.

LIEFOOGHE, R; MICHIELIS, N.; HABIB, S. *et al.* Perception and social consequences of tuberculosis: a focus group study of tuberculosis patients in Sialkot, Pakistan. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 12, p. 1085-1092, 1995. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=8746868&dopt=Citation> Acesso em: 12 Nov. 2007.

LIMA, M.B.; MELLO, D.A. ; MORAIS, A.P.P. *et al.* Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n.4, p: 877-885, jul./ago., 2001.

LIMA, M. J. **O que é enfermagem**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. 102p.

LOPES, F. **Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/AIDS no estado de São Paulo**: um estudo sobre suas vulnerabilidades. São Paulo; 2003. 203f. Tese (Doutorado Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

LOYOLA, C. M. D. **Os doce(i)s corpos do hospital**: as enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar. 1984. 137 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Instituto de Filosofia e Ciências sócias, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1984.

MACHADO, C. P. **A designação da palavra preconceito em dicionários atuais**. 2007. [s.n.]. Dissertação (Mestrado em Linguística) - Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas [SP], 2007 .

MACHADO, J.; MINAYO GOMES, C. ; THEDIM COSTA, S. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13 [Supl. 2], p. 21-32, 1997.

MACHADO, J.; CORREA, M. Reflexões sobre a observação do processo de trabalho: introduzir o conceito de vida no trabalho na análise das relações entre processo de trabalho e saúde. In: **I Seminário Nacional Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento**, Série Fiocruz Eventos Científicos, v. 2, p. 92-100, Rio de Janeiro, 2000.

MACIEL, E. L. N. **Infecção por *Mycobacterium tuberculosis* em estudantes de enfermagem**: um estudo de incidência através do teste PPD. 1999. 79p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999.

MADEIRA, A.M.F. **Tentando compreender o abandono da consulta de enfermagem a partir da fenomenologia existencial de Merleau-Ponty**. 1993, 1v., 204p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

MALVÁREZ, S. M. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Washington, D.C: OPS, Serie Desarrollo de Recursos Humanos, n. 39, 2005, 76p. Disponível em:
<http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/hsr_39_esp.pdf> Acesso em: 31 Ago. 2008

MALVEIRA, E. A.; GRIEP, R. H.; CARDOSO, C. F. Explorando conhecimentos, práticas e atitudes de alunos de graduação em enfermagem de uma universidade pública em relação à prevenção da disseminação da tuberculose. **Revista Escola de Enfermagem Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 273-283, ago., 2002.

MANDU, E. N. T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 665-675, jul./ago., 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 30 jan. 2008.

MARQUES, L. C. A.; KRITSKI, A. L.; BOSI, M.L. A prevenção da tuberculose: percepções da equipe de enfermagem acerca do uso de dispositivos de proteção respiratória. In: **Anais**, 5º CBCENF, Florianópolis, 2003.

MARQUES, L. C. A.; FERREIRA, J. S. O.; FIGUEIREDO, N. F. O. Avaliação dos processos de trabalho de Enfermagem no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. In: **Anais**, 5º CBCENF, Florianópolis 2003.

MARQUES, L. C. A. ; KRITSKI, A.L.; BOSI, M.L. *et al.* A percepção de alunos de Enfermagem acerca do uso de máscara para precaução aérea no cotidiano do cuidar do cliente hospitalizado portador de TB em fase bacilífera. In: **I Encontro Nacional de Tuberculose (SVS/MS; SBPT; REDE-TB)**, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (sbpt@sbpt.org.br), Brasília, 30 de junho, 2004a.

MARQUES, L.C.A.; KRITSKI, A.L. ; LOREDO, C. *et al.* Biossegurança em questão: os fatores que interferem com o uso de materiais e equipamentos de biossegurança relacionados à TB. In: **I Encontro Nacional de Tuberculose (SVS/MS; SBPT; REDE -TB)**, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (sbpt@sbpt.org.br) Brasília, 30 junho, 2004b.

MARQUES, L.C.A.; ASSIS, F. ; NASCIMENTO, G.F. *et al.* O grupo focal para coleta de informações na investigação qualitativa em saúde. In: **Seminário de Pesquisa em Enfermagem (SENPE)**, Maranhão, 2005.

MARQUES, L.C.A.; BOSI, M.L.; KRITISKI, A.L. Situações de risco de transmissão da tuberculose para o profissional de Enfermagem. In: **8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e 11º Congresso Mundial de Saúde Pública**, ABRASCO, Trabalho nº: 3221, Rio de Janeiro. 2006.

MARTINS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; SUCUPIRA, E.D. *et al.* Recomendações da Assessoria de Pneumologia Sanitária do Estado do Rio de Janeiro para biossegurança em unidades básicas de saúde, **Pulmão Rio de Janeiro**, v.13, n.3, p.190-194, jul. /set., 2004.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, p.39-64, 2001. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/>> Acesso em: 13 Jan. 2008.

MATTOS, R. A. Comprehensiveness in practice (or, on the practice of comprehensiveness). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1411-1416, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 15 Junho 2008.

MAXIMO, H.R.M.; BOSI, M.L.M. Mental health in a public hospital: the perspective of medical professionals of the city of Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 293-316, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 13 Jan. 2008.

MEIER, M. J.; KUDLOWIEZ, S. Grupo focal: uma experiência singular / Focal group: an unique experience, **Texto & Contexto Enfermagem**, v.12, n.3, p. 394-399, jul./set., 2003. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/>> Acesso em: 30 Jan. 2008.

MELO, D. S. **Adesão dos enfermeiros às precauções padrão à luz do modelo de crenças em saúde**. Goiânia, 2005, 191f., Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, 2005.

MELO, F.A.F. ; AFIUNE, J.B. ; NETO, J.I. *et al.* Epidemiological features of multidrug-resistant tuberculosis in a reference service in São Paulo city. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba [MG], v. 36, n.1, p.27-34, 2003, jan./fev. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>> Acesso em: 12 Nov. 2007.

MENDES GONÇALVES, R.B. **Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico**. São Paulo, 1979. 209p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1979. 209p.

_____. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

MENEZES, H. M. **Administração descentralizada em Enfermagem: análise de experiência de implantação**. 1983. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Néri, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1983.

MENZIES, D.; JOSHI, R.; PAI, M. Risk of tuberculosis infection and disease associated with work in health care settings. State of the Art Series. Occupational lung disease in high - and low - income countries, Edited by M. Chan-Yeung. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v. 11, n. 6, p. 593-605, jun., 2007. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com>> Acesso em: 30 Jan. 08.

MERHY, E.E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. (organizadora). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997. Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) Câmara Brasileira do Livro, São Paulo, Brasil. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque76.pdf#page=125>> Acesso em: 20 Jan. 2008.

MERHY, E.E. Governing tensions in the health action as a permanent challenge of some managerial strategies. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php?>> Acesso em: 05 Fev. 2008.

_____. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo, v.4, n. 6, p.109-116, 2000. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/revista6/debates1.pdf>> Acesso em: 30 Jan. 2008.

_____. **Saúde, a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. 189pp.

MERHY, E. E.; CECILIO, L.C.O. O singular processo de coordenação dos hospitais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p.110-122, mai./ago., 2003. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?>> Acesso em 5 Fev. 2008.

MERLEAU- PONTY, M. **Textos selecionados**. 2. ed. São Paulo: Cultural, 1984. 260 p.

_____. **Conversas 1948**. São Paulo: Martins Fontes, 2004. 79 p.

_____. **Fenomenologia da percepção**. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006, 662 p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde.8. ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2004. 269p.

MIRANDA, C. L. **O parentesco imaginário: história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar**. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: EdUFRJ, 1994. 171 p.

MONTIEL, J.M. A fenomenologia do cuidar: prática dos horizontes vividos nas áreas da saúde, educacional e organizacional. **Psicologia da Universidade de São Francisco**, v. 9, n. 2, p.221-223, dez., 2004, Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/>> Citado em: 30 Jan. 2008.

MOREIRA, A.R.L. Algumas considerações sobre a consciência na perspectiva fenomenológica de Merleau-Ponty. **Estudos de Psicologia**, Natal [RN], v. 2, n. 2, p. 399-405, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em: 04 Jan. 2007.

MOREIRA, V. O método fenomenológico de Merleau-Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em psicopatologia. Porto Alegre: **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 17, n. 3, p. 447-456, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> Acesso em: 04 Jan. 2007.

MORGAN, D.L. Focus groups as qualitative research. In: MORSE, J. M. **Qualitative research in Nursing**, Sage Publications, Thousand Oaks, California, USA. 1998. p. 110-118.

MORO, M.L. ; RESI, D. ; LELLI, B. *et al.* Barriers to effective tuberculosis control: a qualitative study. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v. 9, n.12, p.1355-1360, dec. 2005. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/content/>> Acesso em: 30 Jan. 2008.

MOURA, J.P. **A adesão dos profissionais de enfermagem as precauções de isolamento na assistência de pacientes portadores de germes multirresistentes**. 2004. Dissertação (Mestrado)-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MURAMATSU, C.H. **Convivendo com a síndrome da tensão pré-menstrual: um enfoque da fenomenologia existencial**. 2001, 154 p. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

MUROFUSE, N.T. **O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar de Minas Gerais**: reflexo das mudanças no mundo do trabalho. Ribeirão Preto, 2004, 298p. Tese (Doutorado em Enfermagem), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MUZY DE SOUZA, G.R. **Tuberculose em profissionais de hospital geral: análise do efeito “booster” e conversão do teste tuberculínico**. 2000. Tese (Doutorado)- Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

MUZY DE SOUZA, G.R.; CARVALHO, A.C.C. ; CRAVO, R. *et. al.* Viragem da prova tuberculínica entre profissionais de saúde em atividades num hospital universitário, referência para AIDS, no Rio de Janeiro, Brasil. **Pulmão Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v.11, p: 64-75, 2002.

NASCIMENTO, D.R. **Da indiferença do poder a uma vida diferente: tuberculose e Aids no Brasil**. 1999, 1v., 233p. Tese (Doutorado em História)-Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 1999.

_____. **As pestes do século XX: tuberculose e AIDS no Brasil, uma história comparada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 196 p.

NGANG, P.N.; NTAGANIRA, J.; KALK, A. *et al.* Perceptions and beliefs about cough and tuberculosis and implications for TB control in rural Rwanda. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, France, v. 11, n. 10, p.1108–1113, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>> Acesso em: 20 Nov. 2007.

NICAS, M. Respiratory protection and the risk of *Mycobacterium tuberculosis* infection. **American Journal of Industrial Medicine**, [S.l.], v. 27, no. 3, p. 317-333, mar., 1995.

NIEMANN, S.; RÜSCH-GERDES, S.; RICHTER, E. IS6110 fingerprinting of drug-resistant *Mycobacterium tuberculosis* strains isolated in Germany during 1995. **European Journal of Clinical Microbiology**, v. 35, n. 12 p. 3015-3020. dec, 1997. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9399486>> Acesso em: 16 Mar. 2008.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo: Cortez, 1989.174p.

NISHIDE, V.M.; BENATTI, M.C.C. Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 406-14, jan., 2004.

NUNES, E.D. Saúde Coletiva: história e paradigmas. Interface: **Comunicação, Saúde, Educação**. Aula Inaugural proferida no Curso de Pós-Graduação de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 7 de março de 1997, com adaptações. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/revista3/debates1.pdf>> Acesso em: 26 Jan. 2008.

_____. Graduate studies in collective health in Brazil: history and prospects. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 13-38, jan./jun., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em: 30 Jan. 2008.

ODA, L.M.; ÁVILA, S.M. **Biossegurança em laboratórios de saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998, p.44.

OHL, R.I.B. **Compreendendo a competência interpessoal na vivência do ser-docente no contexto relacional com o aluno de graduação**. 2002. 150 p. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2002.

ORTEGA, F. Corpo e tecnologias de visualização médica: entre a fragmentação na cultura do espetáculo e a fenomenologia do corpo vivido. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 237-257, nov., 2005a.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15n2/v15n2a04.pdf>> Acesso em: 30 Jan. 2008.

_____. Fenomenologia da visceralidade: notas sobre o impacto das tecnologias de visualização médica na corporeidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1875-1883, nov./dez., 2005b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n6/27.pdf>> Acesso em: 30 Jan. 2008.

OSHIRO, I.C.V.S. **Tuberculose em pacientes e trabalhadores da área da saúde em unidade de hemodiálise**. 1999. 125p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

PALETTA, F.A.C.; YAMASHITA; M.M.; PENILHA, D.F. Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) para profissionais de bibliotecas, centros de documentação e arquivos. **Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, Campinas [SP], v. 2, n. 2, p. 67-79, jan./jun. 2005. Disponível em: <<http://eprints.rclis.org/archive/00004345>> Acesso em 5 Fev. 2008.

PARGAMENT, K.I. ; ENSING, D.S. ; FALGOUT, K. *et. al.* God help me: (I): Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. **American Journal of Community Psychology**, Springer (US), v. 18, n. 6, p. 793-824, dez. 1990. Disponível em: <<http://www.springerlink.com/content/ru5g4w7385169565/>> Acesso em: 5 Fev. 2008.

PARGAMENT, K.I. **The psychology of religion and coping: theory, research, practice**. New York, USA: The Guilford. 1997. 548p.

PEDUZZI, M. Multiprofessional healthcare team: concept and typology. **Revista de Saúde Pública**, [S.I.], v. 35, n. 1, p. 103-109, [S.I.], 2001. Disponível: <<http://www.scielosp.org/>> Acesso em: 26 jan. 2008.

PENTEADO, E.V.B.F. **Tuberculose no Ambiente Hospitalar: uma questão da saúde do trabalhador**. 1999, 1v. 121p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

PEREIRA, E.R. **No limiar da vida: a dimensão fenomenológica da percepção do cliente em coma**. 2000, 147 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

PESSANHA, G.F. **A Tuberculose no Município do Rio de Janeiro: Mortalidade (1988 a 1998), Morbidade (1995 a 1999) e Distribuição Espacial da Doença**. 2002. 93p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

PESSINI, L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. **Bioética**, [S.l.], v.10, n.2, p:51-72, [S.l.], 2002. Disponível em: <<http://www.ufpel.tche.br/medicina/bioetica/Humanizacao%20da%20dor.pdf>> Acesso em: 30 Jan. 2008.

PETRAGLIA, I.C. O ser e o saber. In: MORIN, E. **A educação e a complexidade do ser e do saber**. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 39-66.

PHIPPIS, W.; HONGHONG, W.; MIN, Y. *et al.* Risk of medical sharps injuries among Chinese nurses. **American Journal of Infection Control**, USA, v.30, n. 5, p.277-282, aug., 2002.

PIGNATTI, M.G. Health and environment: emergent diseases in Brazil. **Ambiente e Sociedade**, Campinas [SP], v. 7, n. 1, p. 133-147, [S.l.], 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> Acesso em: 19 Jan. 2008.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1994. 197 p.

PORTO, Â.; NASCIMENTO, D.R. Tuberculosos e seus itinerários. Rio de Janeiro: **História, Ciências, Saúde – Manguinhos** [RJ], v. 1, n. 2, 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em: 08 Dez. 2006.

PORTO, Â. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, supl.1, p. 43-49, set, 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000800007&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 23 Jul 2008.

PORTO, I.S. **História da experiência de mudança curricular na graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery**. 1997, 273f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

PORTO, I.S. ; FIGUEIREDO, N.M.A. O cuidado de clientes cirúrgicos: aspectos evolutivos e reflexões para avanços na Enfermagem. **Escola de Enfermagem Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.3, n.3, p.52-62, dez., 1999.

RABAHI, M.F. **Avaliação de tuberculose como risco ocupacional hospitalar e dos fatores de abandono de tratamento nos pacientes atendidos no HDTAA**. 2001. 60p. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical) - Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2001.

RABELO, M.C. **A experiência da doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 264p.

RIGOTTO, S. D.; GOMES, W.B. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 18, n. 1, p.95-106, jan./abr 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/>> Acesso em 30 Jan. 2008.

ROBAZZI, M.L C C.; E MARZIALE, M.H.P. Regulatory standard 32 and its implications for nursing workers. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em: 08 Jan 2008.

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P. The process of nursing work in collective health and interdisciplinary studies. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, no. 6, p. 96-101. 2000 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 30 Jan. 2008.

RODRIGUES, I.L.A. **Representações sociais de clientes sobre a tuberculose**: desvendar para melhor cuidar. 2003. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

ROTH, V.R.; GARRET, D.O.; LASERSON, K.F. *et al.* A multicenter evaluation of tuberculin skin test positivity and conversion among health care workers in Brazilian hospitals. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v. 9, n.12, p.1335- 1342, dec., 2005. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com>> Acesso em: 30 Jan. 2008.

RUFFINO-NETTO, A. O controle da tuberculose no Brasil: dificuldades na implantação do programa. **Jornal de Pneumologia**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 159-162, july/aug., 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> Acesso em: 01 Jul. 2008.

_____. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba [MG], v. 35, n. 1, p: 51-58, jan./fev., 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em: 27 Jan. 2006.

RUFFINO-NETTO, A.; SOUZA, A.M.A.F. Evolution of the health sector and tuberculosis control in Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington (DC), v.9, n.5, p. 306-310, may., 2001. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo>> Acesso em: 30 Jan. 2008.

RUTENFRANZ, J.; KNAUTH, P.; FISCHER, F.M., **Trabalho em turnos e noturno**. São Paulo: Hucitec, 1989. 135p.

SALLES, C.G. ; RUFFINO-NETO, A.J. ; LAPA e SILVA, R. *et al.* The presence of a booster phenomenon among contacts of active pulmonary tuberculosis cases: a retrospective cohort. **BioMed Central Public Health**, on line, v. 7, n. 38, p. 1471- 1476, march, 2007. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/>> Acesso em: 30 Jan. 2008.

SANTOS, A.; AZEVEDO, M.A.J.; MARQUES, L.C.A. Caracterização dos Profissionais de Enfermagem cuidadores do cliente portador de Tuberculose. **In: 44 Congresso HUPE**, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

SANTOS, F.F. **Conhecimento e vida nas ações em saúde**: algumas reflexões. 2003. 102p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Programa de Pós-graduação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

SANTOS, M.F.; VALLE, E.R.M. O sentido de existir de adolescentes que se percebem obesas. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [S.l.], v.1, n.1, p:107-110, jan./jun. 2002. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/>> Acesso em: 30 Jan. 2008.

SANTOS, N.; DUTRA, A.R.A.; FIALHO, F.A.P. *et al.* **Antropotecnologia**: a ergonomia dos sistemas de produção. Curitiba: Genesis. 1997. 353p.

SHIMIZU H.E.; CIAMPONE, M.H.T. As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em Unidade Intensiva em um hospital-escola. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, [S.l.], v. 36, n. 2, p. 148-155, mjul./ago., 2002. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br>> Acesso em: 13 de Jan. 2008.

SILVA, A.M.B.F. **Cotidiano dos portadores de tuberculose inscritos em Programa de Controle de Tuberculose de um hospital universitário na cidade do Rio de Janeiro**. 2006. 111 f. Dissertação (Mestrado em Ciências)- Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006.

SILVA, C.O. **Vida de Hospital**: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde do profissional de saúde. Tese de Doutorado apresentada no Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

SILVA, G.B. **Enfermagem profissional**: análise crítica. São Paulo: Cortez, 1986. 143p.

SILVA JR, A.G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. **Construção da integralidade. Cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2003. p. 113-128.

SILVA, J.R.; BARBOSA, J. Tuberculose: Guia de Vigilância Epidemiológica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Rio de Janeiro, v.30, s.1, p. S57-S86., jun., 2004, Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em: 27 Jan. 2006.

SILVA, V.M.C. **Prevalência de infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* entre alunos de graduação da Faculdade de Medicina e alunos de áreas não relacionadas à Saúde na UFRJ.** 1998. 110p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

SILVA, V.M.C; OLIVEIRA, J.R. ; SANTOS, F.M.S. *et al.* Prevalência de infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* em alunos da Faculdade de Medicina. **Jornal de Pneumologia**, Rio de Janeiro, v. 27, n.2, p.77-82, mar./abr., 2001.

SILVA, V.M.C.C.; ALVES, A.J.L.; KRITSKI, A.L. Risco de infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* entre alunos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro: **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 30, n.5, p.459-466, set./out., 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 30 Jan. 2008.

SILVA, R.M.C.R.A. **A percepção do corpo pela enfermeira:** uma abordagem fenomenológica. 2000. 159p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem Anna Nery - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

SILVINO, Z.R. The civil responsibility of nurse as a public agent. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.3, n.1, 2004. Disponível em: <www.uff.br/nepae/objn301silvino.htm> Acesso em: 6 Fev. 2008

SIMÕES, S. Tuberculose Nosocomial: equipamentos de proteção respiratória - Equipamento de Proteção Respiratória (EPR) contra *Mycobacterium tuberculosis*. In: **AidsCongress 3- 2002**. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=133> Acesso em: 9 Nov. 2006. [16 p.]

SOARES, F.M.C. **Prevalência de tuberculose infecção entre os funcionários do hospital universitário regional do norte do Paraná.** Paraná: Universidade Estadual de Londrina. 58p. 2002. Dissertação (Mestrado), Medicina, Universidade Estadual de Londrina, Paraná, 2002.

SOARES, L.C.P.; MELLO, F.C.Q.; KRITSKI, A.L. Prevalence of tuberculin skin testing among medical students in Campos School of Medicine, Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 350-357, aug., 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132004000400009&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 24 Julho 2008.

SOKOLOWSKI, R. **Introdução à Fenomenologia.** São Paulo: Loyla, 2004. 247p

SOUZA, A.I.J.; ERDMAN, A.L. Percepção: uma reflexão teórica a partir da filosofia de Maurice Merleau-Ponty. **Revista Baiana de Enfermagem**, Bahia, v.18, n.1/2, p.75-87, jan./ago., 2003.

SOUZA, J.N.; BERTOLOZZI, M.R. A vulnerabilidade à tuberculose em trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 259-266, mar./apr., 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 30 Jan. 2008.

SOUZA, T.N.L. **Avaliação da prevalência de infecção por *Mycobacterium tuberculosis* entre os profissionais de saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**. 1999. 1v. 83p. Dissertação (Mestrado em Doenças Infecciosas e Parasitárias) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

TAKEDA, E. **Tuberculose: um estudo de sua situação entre pacientes internados e Equipe de Enfermagem de um Hospital Escola de Ribeirão Preto São Paulo**. 1996. 157p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Universidade de São Paulo/ Ribeirão Preto, São Paulo, 1996.

TAKEDA, E.; ROBAZZI, M. L.; LAVRADOR, M. A. Risco ocupacional de adquirir tuberculose entre trabalhadores de enfermagem hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 3, p. 456-465, jul./ set. 2001.

TEIXEIRA, E.G.; **Infecção latente por tuberculose entre estudantes de medicina no Estado do Rio de Janeiro**. 2004. 111 p. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

TEIXEIRA, E.G. MENZIES, D.; COMSTOCK, G.W. *et al.* Latent tuberculosis infection among undergraduate medical students in Rio de Janeiro State, Brazil. Comment In: **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, [S.l.], v.9, n.8, p. 841-847, ago. 2005. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com>> Acesso em: 30 jan. 2008.

TESCH, R. **Qualitative research. Analysis types e software tools**. New York: The Falmer Press, 1995. 323p

TRAJMAN, A.; CORREIA, N.; VENTURI, M. *et al.* Tuberculosis teaching in Brazilian medical schools [Short Communication]. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v. 11, n. 6, p. 703-5, june, 2007. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com>> Acesso em: 13 Nov. 2007.

TREVIZAN, M.A.; MENDES, I.A.C. ; LOURENÇO, M.R. *et al.* Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 85-90, jan./fev. 2002. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlaenf> Acesso em: 6 fev. 2008.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas; 1990. 176p.

TURATO, E.G. **Tratado da metodologia da pesquisa clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003. 527p

UDELSMANN, A. Civil, criminal and ethical liability of medical doctors. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 48, n. 2, p.172-182, abr./jun. 2002 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> Acesso em: 06 Fev 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ). **Regimento do Hospital Universitário**. Rio de Janeiro,1978. p.28-50

VENDRAMINI, S.H.F. ; VILLA, T.C.S. ; MONROE, A.A. *et al.* Tuberculosis en el anciano: análisis de concepto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.1, p. 96-103, jan./fev., 2003.

VENOSA, S.S. **Direito Civil**: responsabilidade civil. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2002. 224 p.

VERAS, V.S.D. **Aumento da jornada de trabalho**: qual a repercussão na vida dos trabalhadores da enfermagem? 2003. 88p. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2003

VIEIRA, M.J. A representação do cuidar na imagem cultural da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 25-32, dez., 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em: 30 Jan. 2008.

VILLA, T.C.S.; RUFFINO-NETTO, A.; ANDRADE, R.L.P. *et al.*, Survey on tuberculosis teaching in Brazilian nursing schools, 2004. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v.10, n. 3, p. 323-327, mar., 2006. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/content/>> Acesso em: 30 Jan. 2008.

WALDOW, V.R. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. Rio de Janeiro: Vozes, 2006. 190p.

WATKINS, R.E.; ROUSE, C.R.; PLANT, A.J. Tuberculosis treatment delivery in Bali: a qualitative study of clinic staff perceptions. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v. 8, n. 2, fev. , p. 218-225, fev., 2004.

WATSLAWICK, P.; BEAVIN, J.H.; JACKSON, D.D. **Pragmática da comunicação humana**. São Paulo: Cultrix, 1997. 266p.

WATSON-AIFAH, J. Meridians: feminism, race, transnationalism. **Project Muse**, [S.I.], v. 4, n.1, p: 229-231, [S.I.], 2003. Disponível em: <<https://muse.jhu.edu/demo/meridians/v004/4.1/watson-aifah.html>> Acesso em: 30 Jan. 2008.

WESTPHAL, M.F. **Participação popular e políticas municipais de saúde:** Cotia e Vargem Grande Paulista. 1992. Tese (Livre Docência em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

WESTPHAL, M.F.; BÓGUS, C.M. e FARIA, M.M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. In: **Boletim da Oficina Sanitária do Panamá**, v.120, n. 6, p. 472-482, [S.l.], 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. **WHO Report 2008**. Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/TB/2007.376).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Extensively Drug-Resistant Tuberculosis United States, 1993—2006. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 56, n. 11, march 23, p. 250-253, march, 2007. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5611a3.htm>> Acesso em: 16 Mar 2008.

WORTHEN, B.R.; SANDERS, J.R.; FITZPATRICK, J.L. **Avaliação de programas:** concepções e práticas. São Paulo: Gente, 2004.

ZHUANG, Z.; COFFEY, C.C.; ANN, R.B. The effect of subject characteristics and respirator features on respirator fit. **Journal of Occupational and Environmental Hygiene**, [S.l.], v. 2, n.12, p. 641-9, Dec., 2005. Errata **Journal of Occupational and Environmental Hygiene**, [S.l.], v. 3, n.5, p. D48, May, 2006. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/content/tandf/uoeh/2005/00000002/00000012/art00006>> Acesso em: 29 Jan. 2008.

**A
P
Ê
N
D
I
C
E**



APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
 (Resolução CNS-196/96)

Percepções e Experiências da Equipe de Enfermagem de um Hospital Universitário Acerca do Uso de Equipamento de Proteção Respiratória no Cuidado ao Paciente Portador de Tuberculose Pulmonar

Este é um projeto, cadastrado no Programa de Pós Graduação (Doutorado) em Clínica Médica - Serviço de Pneumologia/ Programa de Tuberculose (PCTH/ IDT/ HUCFF/ UFRJ) que trata dos riscos de infecção e adoecimento (Tuberculose) para os profissionais de enfermagem e de sua biossegurança. O objeto de estudo é a percepção da equipe de enfermagem acerca do uso de protetores respiratórios durante o cuidado ao paciente portador de tuberculose em fase bacilífera. Tem como objetivos: descrever a percepção da equipe de enfermagem acerca do uso de protetores respiratórios durante o cuidado ao paciente portador de tuberculose em fase bacilífera e identificar os fatores que interferem com esta conduta no cotidiano das unidades hospitalares.

Caso você concorde em participar, responderá a um questionário com 11(onze) perguntas que envolvem a sua formação profissional. Posteriormente, se for selecionado, será convidado a participar do grupo de pesquisa, cuja abordagem será por meio de discussão do tema em um grupo de 06 a 10 pessoas. O tempo de duração da discussão será de, no máximo, 120 minutos, e ocorrerá nas unidades de internação desta instituição. Não haverá ônus para os participantes do estudo.

Garante-se a liberdade de recusa dos sujeitos em participar ou de retirar o seu consentimento em qualquer fase desta pesquisa, sem penalização ou prejuízos. Preserva-se o direito de informações aos participantes, o sigilo e o respeito à privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa. Você receberá uma cópia deste consentimento.

Nos próximos dias, caso haja alguma dúvida; desejo de saber acerca de algo mais sobre o tema e/ ou dificuldade de compreensão dos esclarecimentos necessários para o adequado consentimento para esta pesquisa, por favor, entre em contato com Luzia pelos telefones: 2562-2648 e 9872-6231. Se houver questionamentos em relação às questões éticas do estudo, favor entrar em contato com o CEP: tel. 2562-2780.

Obrigada por seu interesse em participar deste estudo, nos grupos de discussão.

CONSENTIMENTO

Consinto em participar do estudo proposto e que meu nome, endereço e telefone sejam anotados numa folha separada, para facilitar contato comigo quando necessário.

Este termo foi lido por mim (para mim), sendo explicados os detalhes da pesquisa. Concordo, então, em participar da mesma.

Data/...../.....

.....
 Nome legível do participante

.....
 Assinatura do participante

.....
 Nome legível do pesquisador

.....
 Assinatura do pesquisador

ANNEXOS



ANEXO A
PARECER 114/ 04 – CEP

ANEXO B
PLANTA FÍSICA DO HUCFF

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)