



Câmpus
Anápolis de Ciências
Socioeconômicas
e Humanas



Universidade
Estadual de Goiás

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS
Câmpus Anápolis de Ciências Socioeconômicas e Humanas
Programa de Pós-Graduação Ciências Sociais e Humanidades
“Territórios e Expressões Culturais no Cerrado”

SARA PEREIRA DE DEUS

HOSPITAL ARAÚJO JORGE:
humanização e a (re)significação do lugar pelo paciente migrante transplantado

ANÁPOLIS
2019

SARA PEREIRA DE DEUS

HOSPITAL ARAÚJO JORGE:

humanização e a (re)significação do lugar pelo paciente migrante transplantado

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Territórios e Expressões Culturais do Cerrado (TECCER), da Universidade Estadual de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais e humanidades, na área interdisciplinar, linha de pesquisa: Dinâmicas Territoriais no Cerrado.

Orientadora: Prof^ª.Dr^ª. Giuliana Muniz Vila Verde

Coorientador: Prof^º.Dr^º. Marcelo de Mello

ANÁPOLIS
2019

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

PD486h Pereira de Deus, Sara
Hospital Araújo Jorge: humanização e a (re)significação do lugar pelo
paciente migrante transplantado / Sara Pereira de Deus; orientador
Giuliana Muniz Vila Verde; co-orientador Marcelo de Mello. --
Anápolis, 2019.
200 p.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação Mestrado
Acadêmico em Territórios e Expressões Culturais no Cerrado) --
Câmpus-Anápolis CSEH, Universidade Estadual de Goiás, 2019.

1. Migrante da saúde. 2. Câncer. 3. Hospital. 4. Humanização. 5.
Resignificação do lugar. I. Muniz Vila Verde, Giuliana, orient. II. de
Mello, Marcelo, co-orient. III. Título.

SARA PEREIRA DE DEUS

HOSPITAL ARAÚJO JORGE:

humanização e a (re)significação do lugar pelo paciente migrante transplantado

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Territórios e Expressões Culturais do Cerrado (TECCER), da Universidade Estadual de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais e humanidades, na área interdisciplinar, linha de pesquisa: Dinâmicas Territoriais no Cerrado.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Giuliana Muniz Vila Verde

Coorientador: Prof^o. Dr^o. Marcelo de Mello

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Giuliana Muniz Vila Verde
Presidente /UEG - TECCER

Profa. Dra. Adriana Aparecida Silva
Membro Interno/UEG – TECCER

Profa. Dra. Cristiane Effting
Membro Externo/Hospital das Clínicas de Goiás/UFG

Prof. Dr. Sandro de Oliveira Safadi
Membro Externo/IFG

Profa. Dra. Maria de Fátima Oliveira
Suplente/UEG – TECCER

Anápolis-GO, de abril de 2019.

Ao meu pai Onofre (*in memoriam*), à minha mãe Ulda, ao meu irmão João Henrique, minhas irmãs Rosymeire, Rosângela, Suelena e Daniela. Aos meus sobrinhos Pedro e Arthur. A todos os participantes desta pesquisa - pacientes, profissionais de saúde e voluntários.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por se fazer presente em minha vida.

E nesta caminhada, venho aqui, nessas poucas linhas agradecer as instituições e pessoas especiais:

A coordenação de Pós-Graduação Ciências Sociais e Humanidades e seu corpo docente, pela receptividade e as oportunidades a nós confiadas.

A Associação de Combate ao Câncer em Goiás/Hospital Araújo Jorge pela oportunidade concedida para o desenvolvimento dessa pesquisa nesta instituição.

A Secretaria de Estado da Educação de Goiás pela licença de aprimoramento que me foi consentida.

A minha família pelo apoio que amavelmente me ofertaram em toda a minha trajetória acadêmica. Além disso, com paciência compreenderam os períodos que me ausentei dos momentos que estavam reunidos (final de semana e datas comemorativas). Mas, não só isso, por entender os momentos que ‘eu’ preferi ficar em silêncio e sozinha.

A minha professora Orientadora Dra. Giuliana Muniz Vila Verde, por me acompanhar/orientar nesses dois anos de mestrado. Compartilhar saberes e emoção ao longo da construção desta pesquisa. Ressalto que nessa trajetória sempre depositando confiança e credibilidade em todo o processo da construção dessa dissertação. Isso foi muito importante para o meu crescimento enquanto pesquisadora.

Ao meu coorientador prof. Dr. Marcelo de Mello pelo nobre conhecimento compartilhado e a postura humana no cotidiano acadêmico.

A professora Dra. Adriana Aparecida Silva pela disciplina ministrada “A linguagem Cartográfica na Representação Espacial do Cerrado” que foi muito importante para construção dos mapas representados nesta dissertação. Pelas sugestões proferidas no exame de qualificação deste objeto de estudo e pelos momentos de diálogos motivadores.

Ao professor Dr. Sandro de Oliveira Safadi meu sincero agradecimento por acompanhar a construção desta pesquisa desde do Seminário de Aprimoramento posteriormente no exame de qualificação sempre contribuindo com sugestões, apontamentos e considerações que foram fundamentais para elucidação de dúvidas/incertezas.

A profa. Dra. Dulce Portilho Maciel e o prof. Dr. Glauber Lopes Xavier pela disciplina ministrada “Políticas Territoriais em Áreas do Cerrado”. Essa disciplina contribuiu no contexto de migração discutida nessa dissertação.

A professora Dra. Eliane Marquez da Fonseca Fernandes por ter me apoiado a pleitear essa vaga de mestrado, sempre presente no meu processo de estudo nesses dois anos, agradeço as aulas ministradas, as leituras dos textos que produzi, as sugestões/considerações/apontamentos e sua paciência com meus momentos de instabilidade emocional.

Aos participantes da pesquisa, pois, sem a contribuição deles essa dissertação não teria sentido.

Ao Romero amigo e colega de profissão por ter me apoiado desde do processo seletivo deste mestrado todas as sugestões/apontamentos, livros emprestados, tardes de sábados disponibilizadas a mim, e sempre disposto a me ouvir nas minhas inquietações.

Ao meu amigo Weberson digo que foi meu porto seguro nessa trajetória acadêmica. Contribuiu de forma direta com essa pesquisa através do saber compartilhado, das horas destinadas a mim nos momentos de escuta, conversa, alegria e tristeza. É uma amizade que pretendo levar para além da vida acadêmica.

A minha amiga Thalita nos conhecemos ainda no processo seletivo do mestrado na entrega de documentos - ali naquele momento selava o princípio de nossa amizade, sempre pronta para ouvir e ajudar nos momentos bons e ruins desta caminhada em busca do conhecimento.

A Rafaela Cristina pela amizade e apoio nos momentos que precisei.

Aos meus amigos do mestrado e de migração pendular Marcos e Ruber pelas conversas de cunho acadêmico e pessoal no caminho para UEG de Anápolis.

Aos meus amigos geógrafos Nikerson, Leandro Seles, Márcia e Elaine Dantas pelo apoio que me foi dado com palavras amigas e sugestões de leituras.

Aos amigos que conquistei nas bibliotecas: Thiago, Rogério, Alan, Murilo, Macgawer, Lucas e em especial: Bruna Angélica, Bruna Cristina, Karla e Lenisse que nos momentos de estresse sempre com palavras sábias que me confortava.

A acolhida que me foi ofertada por pessoas especiais (funcionários) nas bibliotecas da Faculdade Cambury (Simone Santos, Helio, Halisson, Lilian, Carlos, Onofre, Wilian, André, Gabriel, Ronivelton e Ana Letícia), SESC centro Goiânia (Ana Maria, Tatiane, Heliana e Cristiane) e UEG de Anápolis (Maria de Fátima, Márcia Carneiro e Benedito Ribeiro).

Aos meus amigos que proferiram mensagens de otimismo e espiritualista que serviram como bálsamo nos meus momentos de intemperança – Fernanda, Ana, Paulo Henrique, Pr. Carlos, Leoneide, Margarida e Marceu.

Aos amigos – Warley, Evanaide, Julma, Romênia, Cira, Maria Geralda, Wiley, Miguel, Ana Márcia e Angêla.

Apoio dos meus colegas da Secretaria de Estado de Educação, Cultura e Esporte de Goiás – Renato, Rivaél, Manuel Eloy, Regina, Lorena, Isaneide e Francisco (Chiquinho).

Ao apoio que me foi ofertado na ACCG - Marlene, Marta, José Olimpo, Dona Ângela, João Batista, Luciana, Sione, Lailo, Beatriz, Flávia, Tatiane, Daniely, Lucineide, Luciana, Lucimar e Corivaldo e tantos outros que por ventura não tenha citado.



Fonte: Relatório Anual da ACCG 2014.

Além dos muros do hospital cheio de janelas existe um lugar, basta ser como uma criança cheia de curiosidade que levanta o pé para espiar o que tem do lado de dentro daquela janela... Vidas para serem vividas, conhecidas e compreendidas cada qual com sua singularidade social, econômica, cultural e emocional.

Sara Pereira de Deus

RESUMO

O Hospital Araújo Jorge, local de nossa investigação, é a maior unidade operacional da Associação de Combate ao Câncer em Goiás (ACCG). Portanto, está entre uma das importantes referências regional e nacional no processo de prevenção, diagnóstico e cura, perfazendo um período histórico de 62 anos de combate ao câncer. A presente pesquisa sob a ótica das ciências humanas envolve: o câncer, o paciente migrante, o Hospital Araújo Jorge (HAJ) e o processo de humanização no ambiente hospitalar. Visto que, existe um fluxo migratório intenso em busca de tratamento de saúde, o enfoque de estudo tem como base o hospital, o lugar, o paciente e o reestabelecimento da sua saúde como pontos centrais de investigação. Diante da diversidade de pacientes oncológicos que são atendidos no Hospital Araújo Jorge, a pesquisa priorizará de modo quantitativo e qualitativamente os pacientes migrantes que passaram pelo processo de transplante de medula óssea, por se tratar de um estado de alta vulnerabilidade. Sendo assim, as etapas componentes do objeto de estudo foram norteadas pelo estabelecimento de estruturas que permitissem revisitar a história do hospital, o contexto do migrante da saúde e os desafios do tratamento humanizado envolvendo a interação entre gestores, profissionais de saúde e usuários. Dessa forma, a análise sistemática dos princípios e objetivos estabelecidos pela política pública do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), assim como, da Política Nacional de Humanização (PNH), essencialmente relacionados ao Hospital, possibilita vislumbrar a materialização de uma cultura organizacional ética e humanizada, fundamentais para o alcance de um bem maior: a saúde pública. E ainda, a aplicabilidade de tais políticas de humanização dentro do Hospital Araújo Jorge e o trabalho de acolhimento ao paciente, as atividades e os projetos desenvolvidos ali, os grupos de apoio ao paciente oncológico e a crise de existencial (lugar e não-lugar) do transplantado. A compreensão do lugar/casa e lugar/hospital, entre o físico e o simbólico e a possível crise existencial do migrante da saúde, pois é a partir do sentimento de alteridade para com o paciente migrante transplantado que o processo de (re)significação e humanização efetivamente acontece.

Palavras-Chave: Migrante da saúde. Câncer. Hospital. Humanização. Ressignificação do Lugar

ABSTRACT

The Hospital Araújo Jorge, local of our investigation, is the largest operational unit of the Associação de Combate ao Câncer em Goiás (ACCG). Therefore, it is amongst one of the important regional and national reference in the process of prevention, diagnosis and cure, making up a historical period of 62 years of fighting cancer. The present research from the point of view on human sciences involves: cancer, the migrant patient, Hospital Araújo Jorge (HAJ) and the process of humanization in the hospital environment. Since there is an intense migratory flow in search of health treatment, the focus of study is based on the hospital, the place, the patient and the reestablishment of his health as central points of investigation. In view of the diversity of oncology patients being treated at Hospital Araújo Jorge, the research will prioritize quantitatively and qualitatively the migrant patients who have undergone bone marrow transplantation, because it is a state of high vulnerability. The components stages of the study object were guided by the process of allowing the hospital history to be revisited, the health migrant context and the challenges of humanized treatment in an interaction between managers, health professionals and users. Therefore, the systematic analysis of the principles and objectives established by the public policy of the Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), as well as the Política Nacional de Humanização (PNH), essentially related to the Hospital, makes it possible to envisage the materialization of an ethical and humanized organizational culture, fundamental for the achievement of a greater good: the public health. Also, the applicability of such humanization policies within the Hospital Araújo Jorge and the work of patient care, the activities and projects developed there, the cancer patient support groups and the existential crisis (place and non-place) of the transplanted. The understanding of the place / house and place / hospital, between the physical and the symbolic and the possible existential crisis of the health migrant, since it is from the feeling of alterity towards the transplanted migrant patient that the process of (re) signification and humanization takes place.

Keywords: Health migrant. Cancer. Hospital. Humanization. Resignification of the place.

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Sede provisória da Associação de Combate ao Câncer em Goiás (1956).....	25
Ilustração 2 – Solenidade de inauguração da ACCG.....	25
Ilustração 3 – Inauguração oficial do Hospital do Câncer de Goiânia (1967).....	27
Ilustração 4 – Foto do Hospital Araújo Jorge	30
Ilustração 5 – Foto do Instituto de Ensino e Pesquisa	31
Ilustração 6 – Foto da Unidade Oncológica de Anápolis.....	32
Ilustração 7 – Quadro da lista dos presidentes da ACCG.....	34
Ilustração 8 – Carta de Renúncia da 1ª Gestão da ACCG	35
Ilustração 9 – Foto do Setor de Transplante de Medula Óssea.....	39
Ilustração 10 – Associação de Combate ao Câncer em Goiás pós Operação Biópsia.....	45
Ilustração 11 – Abraço simbólico nas unidades operacionais da ACCG.....	47
Ilustração 12 – A imagem da ACCG/HAJ fica comprometida.....	49
Ilustração 13 – Diferenças entre tipos de tumores	53
Ilustração 14 – Gráfico das principais causas de câncer.....	54
Ilustração 15 – Transplante de Células Tronco Hematopoéticas.....	57
Ilustração 16 – Quadro das Unidades Federativas de atendimento oncológico pelo SUS	60
Ilustração 17 – Mapa de Origem dos Pacientes Atendidos no HAJ por Unidade da Federação 2005	75
Ilustração 18 – Mapa de Origem dos Pacientes Atendidos no HAJ por Unidade da Federação 2010	78
Ilustração 19 – Mapa de Origem dos Pacientes Atendidos no HAJ por Unidade da Federação 2017	80
Ilustração 20 – Mapa de Origem dos Pacientes Atendidos no HAJ por Municípios Goianos 2005	83
Ilustração 21 – Mapa de Origem dos Pacientes Atendidos no HAJ por Municípios Goianos 2010	85
Ilustração 22 – Mapa de Origem dos Pacientes Atendidos no HAJ por Municípios Goianos 2017	87
Ilustração 23 – Quadro da Distribuição Nacional dos Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar.....	97
Ilustração 24 – Foto do Projeto solidariedade no HAJ	103
Ilustração 25 – Foto da Assistência ao leito hospitalar no HAJ.....	103

Ilustração 26	– Foto do Projeto trabalhando com amor da ACCG	104
Ilustração 27	– Projeto moda e beleza no setor de quimioterapia da ACCG.....	104
Ilustração 28	– Foto do Chá das nove horas no HAJ	105
Ilustração 29	– Foto da Comemoração do Dia dos pais no HAJ	106
Ilustração 30	– Festa junina no setor de pediatria do HAJ.....	107
Ilustração 31	– Foto da comemoração do Dia das Crianças no HAJ	108
Ilustração 32	– Foto da confraternização Natalina no HAJ	109
Ilustração 33	– Foto do Projeto amparo	110
Ilustração 34	– Foto do projeto Tarde da beleza	110
Ilustração 35	– Foto do projeto Happy Hour	111
Ilustração 36	– Falta de medicamento de alto custo prejudica paciente oncológico	115
Ilustração 37	– Planta baixa do Térreo do HAJ	116
Ilustração 38	– Planta baixa do 1º pavimento do HAJ.....	117
Ilustração 39	– Planta baixa do 2º Pavimento do HAJ.....	118
Ilustração 40	– Planta baixa do 3º Pavimento do HAJ.....	119
Ilustração 41	– Planta baixa do 4º Pavimento do HAJ.....	120
Ilustração 42	– Foto do Ambiente humanizado da pediatria	121
Ilustração 43	– Foto Grupo de apoio: Tranquila-Mente	123
Ilustração 44	– Atividade recreativa da Associação Saúde & Alegria no HAJ	125
Ilustração 45	– Grupo Sorriso Solidário	126
Ilustração 46	– Policiais no HAJ campanha contra o Câncer Infantil	127

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Abrangência nacional dos pacientes migrantes para HAJ em 2005	73
Tabela 2 – Abrangência nacional dos pacientes migrantes para HAJ em 2010	77
Tabela 3 – Abrangência nacional dos pacientes migrantes para HAJ em 2017	81
Tabela 4 – Abrangência estadual dos pacientes migrantes para HAJ em 2005	82
Tabela 5 – Abrangência estadual dos pacientes migrantes para HAJ em 2010	84
Tabela 6 – Abrangência estadual dos pacientes migrantes para HAJ em 2017	89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRALE	Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia
ACCG	Associação de Combate ao Câncer em Goiás
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
BSCUP	Bancos de Sangue de Cordão, Umbilical e Placentário Públicos
CANCON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CF	Constituição Federal
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
GAPPO	Grupo de Apoio Paliativo ao Paciente Oncológico
GTHH	Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar
HAI	Hospital Araújo Jorge
HDT	Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad
HGG	Hospital Estadual Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi
HMI	Hospital Estadual Materno Infantil Dr. Jurandir do Nascimento
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEP	Instituto de Ensino e Pesquisa
ICM	Institute For Crisis Management (Instituto para Gestão de Crises)
IPASGO	Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás
MS	Ministério da Saúde
NAS	Núcleo de Assistência Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNH	Política Nacional de Humanização
QGIS	Quantum GIS
REDOME	Registro Brasileiro de Doadores de Medula Óssea
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico
SIEG	Sistema Estadual de Geoinformação de Goiás
SUS	Sistema Único de Saúde
TMO	Transplante de Medula Óssea
TCTH	Transplante de Células Tronco Hematopoéticas
UNACOM	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

UTI Unidade de Terapia Intensiva

WHO World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	17
1 (RE)VISITANDO A HISTÓRIA DO HOSPITAL ARAÚJO JORGE	22
1.1 A HISTÓRIA E A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA ASSOCIAÇÃO DE COMBATE AO CÂNCER EM GOIÁS - HOSPITAL ARAÚJO JORGE	24
1.2 OS NOMES E OS ALICERCES INSTITUCIONALIZADORES DA ACCG	34
1.3 A FILANTROPIA E A CRISE DE IMAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR DA ACCG	47
2 O MIGRANTE DA SAÚDE	52
2.1 O CÂNCER E SUAS MAZELAS	52
2.2 A MIGRAÇÃO HUMANA	62
2.3 OS NÚMEROS E O PAPEL DO HOSPITAL	71
3 DESAFIOS DO TRATAMENTO HUMANIZADO: A INTERAÇÃO ENTRE GESTORES, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIO	90
3.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE	90
3.1.1 Conceito de humanização	90
3.1.2 Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e Política Nacional de Humanização (PNH)	94
3.2 A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DO HAJ E O TRABALHO DE ACOLHIMENTO AO PACIENTE	102
3.3 O LUGAR ENTRE O FÍSICO E O SIMBÓLICO, A CRISE EXISTENCIAL DO TRANSPLANTADO	127
3.4 O PACIENTE TRANSPLANTADO E A BUSCA DE UM NOVO VIVIDO	138
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	148
REFERÊNCIAS	153
APÊNDICES	161
ANEXOS	183

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a plenitude da saúde se dá quando há “bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (OMS/WHO, 1946). E estar saudável é o que todo cidadão deseja para estar apto as suas funções dentro do espaço geográfico. Deste modo, a partir do momento que indivíduo é acometido por uma doença, o mesmo fica exposto a mazelas físicas e psíquicas.

Dentre várias patologias temos o câncer¹ que não escolhe gênero, crença, etnia e classe social, ou seja, não escolhe onde? Quando? E quem?

Diante do exposto, a presente pesquisa sob a ótica das ciências humanas envolve: o câncer, o paciente migrante, o Hospital Araújo Jorge (HAJ) e o processo de humanização no ambiente hospitalar, tão singular e ao mesmo tempo plural diante da complexidade e especificidades do tratamento oncológico.

Foi observando o ambiente do cenário hospitalar que constitui um campo relevante, fértil e rico para a investigação científica de caráter humanista e social, que surgiram as nossas inquietações, visto que existe um fluxo migratório em busca de tratamento de saúde, e são particularmente escassos, estudos que apontem para a análise sobre hospital, lugar, paciente e o reestabelecimento da sua saúde.

Neste contexto, surgiu o interesse de verificar se os preceitos de humanização no tratamento de saúde se constituem como elementos importantes para a (re)significação do lugar ou restabelecimento neste novo lugar pelo paciente migrante. Diante da diversidade de pacientes oncológicos que nos deparamos no HAJ, optamos pela abordagem ao paciente transplantado de medula óssea por se tratar de um estado de alta vulnerabilidade.

Para melhor compreensão do universo amostral, ressaltamos que existem dois tipos de procedimentos de transplante que são realizados dentro do ambiente hospitalar: o primeiro é o tipo *autólogo*; onde após o transplante, o paciente fica internado em média vinte dias sem receber visitas; o segundo é o tipo *alogênico* que o paciente pode ultrapassar os vinte dias isolados na unidade, sendo que os contatos que eles têm após o procedimento são com os profissionais de saúde e o acompanhante.

Assim, sob o olhar sensível ao tratamento humanizado no ambiente hospitalar recorreremos às diretrizes estabelecidas pelo Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que nasceu em Brasília no dia 24 de maio de 2000 como projeto-piloto,

¹ Palavra conhecida como: tumor maligno, neoplasma maligno, neoplasia maligna e cancro. Disponível em: <<https://www.sinonimos.com.br/cancer/>>. Acesso em: 01 de ago.2018.

tendo como objetivo promover mudanças nas concepções e práticas de atendimento em saúde no Brasil.

Logo, o desenvolvimento do PNHAH implicava, necessariamente, o fortalecimento de uma política de resgate do valor da vida humana, do cuidado ético para com ela e de valores fundamentais, como alteridade, respeito, coerência e responsabilidade social (PNHAH, 2001, p. 57).

Do mesmo modo, a Política Nacional de Humanização (PNH) lançada em 2003 - busca pôr em prática os “princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)” no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Resumidamente os conceitos que norteiam as tarefas da PNH são: acolhimento; gestão participativa e cogestão; ambiência; clínica ampliada e compartilhada; valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários (PNH, 2015).

O presente estudo, almejou fiar uma imbricada teia de discussões alimentadas por elementos das Ciências Sociais e Naturais, já que lançaremos nossos olhares aos seres humanos pelo viés da geografia e da ciências da saúde.

Portanto, a importância desta pesquisa está na análise do papel das *práticas humanizadoras* realizadas no HAJ para (re)significação do lugar pelo paciente migrante transplantado.

Deste modo, esperamos que esse estudo venha contribuir na criação de uma cultura de humanização igualitária, solidária e crítica entre os atores pertencentes à respectiva unidade de saúde já que o Hospital Araújo Jorge é uma unidade de saúde especializada no tratamento e combate ao câncer em Goiás. Essa luta de prevenir, diagnosticar e curar o câncer perfaz um período histórico de 62 anos.

O HAJ, local de nossa investigação é a maior unidade operacional da Associação de Combate ao Câncer em Goiás (ACCG). E, por ser uma unidade de referência regional e nacional, ocupa uma posição potencialmente atrativa para pessoas do Centro - Oeste e também de diversas localidades do Brasil.

Pensando nesse aspecto, os fluxos migratórios tornam-se fenômenos constantes e diversificados que apontam a necessidade de discussões sobre as relações entre migração e saúde. Nesse sentido, temos observado que há uma constante e crescente movimentação da população em busca de tratamento de saúde em Goiânia, em especial no Hospital Araújo Jorge (HAJ).

Para endossar esse raciocínio, o sociólogo Nildo Viana (2012) em uma matéria publicada no jornal O Popular – Vida Urbana – afirma que: “o fato de Goiânia ser um centro

de referência em saúde, por exemplo, também contribui para esse fenômeno. As pessoas vêm em busca de tratamento, sobretudo de cidades do Norte e Nordeste, pela qualidade do serviço oferecido aqui e pela localização”.

No caso do HAJ essa movimentação ocorreu gradativamente de acordo com as temporalidades, após a fundação da ACCG. Diante do exposto, nossos objetivos foram:

- Descrever a história do HAJ a sua importância para Goiás e para os outros estados;
- Identificar o local de origem dos pacientes migrantes atendidos pelo hospital, destacando as razões que o conduziram ao atendimento nesta unidade de saúde;
- Analisar como ocorreu/ocorre o processo de (re)significação do lugar/hospital através do tratamento humanizado ao paciente migrante transplantado.

Desse modo, para problematizar a relação entre gestor, profissional de saúde; usuários e o tratamento humanizado no HAJ - procuramos fazer:

- uma abordagem sobre a gestão, filantropia e a crise de imagem no contexto hospitalar da ACCG;
- uma identificação da crise existencial do paciente entre seu lugar (casa) e o lugar (hospital);
- uma análise da importância do tratamento humanizado para o paciente migrante transplantado.

Para tanto, do ponto de vista metodológico, optamos pela pesquisa quantitativa, em que realizamos um levantamento de dados estatísticos sobre as origens destes pacientes migrantes, esses dados foram encontrados nos relatórios da *Associação de Combate ao Câncer em Goiás - Relatório anual (2005; 2010) e no Arquivo Médico do HAJ (2017)*.

De outro modo, ao trabalhar com os dados quantitativos materializados no mapa possibilitou-nos uma análise qualitativa desses migrantes da saúde. Sobre os estudos quantitativos, Ramos (2013) explica que o método quantitativo para os estudos da realidade social contribui para descrever e/ou comparar características de corpos sociais, realidades, contextos ou instituições.

A despeito da análise qualitativa, Minayo (2004, p. 21) fala que esse método proporciona a oportunidade de trabalhar com universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Sendo assim, os métodos empregados para coleta de informações deste estudo foram

entrevista semiestruturada, que se baseia na interlocução com questões abertas buscando identificar os conhecimentos dos pacientes, profissionais de saúde e voluntários sobre as práticas humanizadoras empregadas no HAJ.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004) nos estudos qualitativos, o pesquisador coleta principalmente dados qualitativos, que são declarações narrativas. A informação narrativa pode ser obtida através de conversas com participantes em um cenário natural ou obtendo-se registros narrativos. Quanto ao universo amostral foi obtido por meio da avaliação de (5,0%) do total de indivíduos potencialmente participantes, ou seja, que se enquadrem nos termos de inclusão² da pesquisa. Sendo que do universo amostral dos entrevistados foram (2) dois participantes pacientes; (10) dez participantes profissionais de saúde e (14) quatorze participantes voluntariado, perfazendo um total de 26 participantes³.

Portanto, entendemos que trabalhar com o método quali-quantitativo é ampliar a ótica sobre esses fenômenos que nos dão movimento positivo e negativo (acesso à saúde, acolhimento, local onde vai ficar enquanto estiver em tratamento, gastos pessoais e entre outros) – da realidade que envolve os gestores, profissionais da saúde e paciente - no ambiente o qual estão inseridos.

Os procedimentos adotados neste estudo se dividem em três capítulos:

- 1) No primeiro capítulo, foi realizada uma revisão bibliográfica enfocando o contexto histórico do hospital, tendo com fonte o Estatuto Social da ACCG (2014), Relatório anual da ACCG (2005; 2010; 2014; 2015-2017), arquivo médico, pesquisa complementar em matérias jornalísticas do jornal local (O Popular) e da Assessoria de Comunicação do MP-GO (2012).
- 2) O segundo capítulo, teve como objetivo entender o câncer e suas mazelas, adentramos nos conceitos de migração apoiados nos teóricos clássicos e contemporâneos. Nesse contexto de migração, procuramos analisar o migrante da saúde em busca de tratamento oncológico. Na sequência buscamos identificar a origem desses migrantes, deste modo, trabalhamos com os dados quantitativos que foram transformados em mapas temáticos, para posteriormente fazermos uma análise qualitativa do papel do hospital na vida

² Quanto as pessoas a serem incluídas na pesquisa estão os pacientes migrantes transplantados adultos, ambos os sexos, lúcidos, com a comunicação verbal preservada, hospitalizados ou não hospitalizados (aqueles que estão em tratamento/acompanhamento hospitalar pós-transplante) nas dependências do HAJ. Assim como, outros sujeitos da pesquisa são os profissionais de saúde ambos os sexos (médicos, enfermeiros, assistente social, psicólogos, nutricionistas, técnicos, fisioterapeutas, fonoaudióloga, entre outros) e os voluntários ambos os sexos que aceitarem participar deste estudo.

³ Ressaltamos que para todos os participantes da pesquisa utilizamos nomes fictícios.

desses pacientes.

- 3) No terceiro capítulo procuramos compreender o conceito de humanização no ambiente hospitalar conforme pesquisadores que se ocupam/ocuparam de estudar esse tema. Além disso, ambicionamos em perceber a concepção de humanização dos participantes da pesquisa. Do mesmo modo, ancoramos nos princípios e objetivos estabelecidos da política pública do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), assim como, da Política Nacional de Humanização (PNH). Por conseguinte, buscamos analisar – de que maneira o Hospital Araújo Jorge materializa nesta unidade de saúde a construção de uma cultura organizacional humanizada. Assim, procuramos compreender o lugar/casa e lugar/hospital entre o físico e o simbólico e a possível crise existencial do migrante transplantado. Por fim, verificamos se o tratamento humanizado é profícuo para (re)significação do lugar pelo paciente migrante transplantado na busca de um novo vivido.

Ao final, uma conclusão resumirá as ideias basilares discutidas nesse estudo, resultados e sugestões/contribuições para um tratamento humanizado nos ambientes de saúde.

CAPÍTULO 1

(RE)VISITANDO A HISTÓRIA DO HOSPITAL ARAÚJO JORGE

Nossa aproximação/afeição com Hospital Araújo Jorge aconteceu nos tempos de aluna do curso de Geografia no Instituto de Estudos Sócio-Ambientais da Universidade Federal de Goiás. O reduto de estudo naquela época era nas bibliotecas da UFG, PUC-GO e Marieta Telles Machado (todas) localizada no Setor Leste Universitário. Nosso trajeto não era outro a não ser passar na porta do hospital, como de costume muito cheio na primavera, no verão, no outono e no inverno. E aquela paisagem, por mais rotineira que parecesse a cada dia, era uma paisagem nova, ao mesmo tempo um bairro que agregava jovens universitários em busca de conhecimento científico nas universidades, tinham pessoas que iam trabalhar, pessoas que residiam ali e pessoas que iam buscar a cura da ‘doença perversa’. E nosso olhar, tímida de estudante de Geografia, tentando entender a dinâmica daquele lugar. Assim, nasceu o nosso interesse de continuar entender esse lugar em tempos futuros como aluna do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Territórios e Expressões Culturais no Cerrado na Universidade Estadual de Goiás.

E para entender esse lugar, logo de início, tateamos na história de Goiânia. Essa metrópole (Goiânia) foi fundada em 24 de outubro de 1933 após a transferência da antiga capital da Cidade de Goiás, estando localizada a 209 km de Brasília, capital nacional. Essa fundação de Goiânia ocorreu no período do governo de Getúlio Vargas na década de 1930, e tendo como interventor Pedro Ludovico Teixeira, sendo seu lema na época o progresso e desenvolvimento do interior do país.

Neste período (décadas de 30, 40 e 50), uma parcela significativa da população goiana quando ficava enferma apegava-se ao misticismo⁴ e a medicina popular com intuito de restabelecer a sua saúde. Portanto, as populações sertanejas recorriam às crenças populares e contavam com ajuda das rezadeiras, das benzedadeiras e também dos raizeiros para o possível tratamento das doenças, inclusive, do câncer.

Então, as rezas, crenças, benzeções e simpatias eram costumes que expressavam a fé numa divindade para cura dos males. Nesta “tradição sertanista” o uso associado da fé e das raízes, folhas das plantas nativas também eram utilizadas para cura das moléstias como: picada de cobra, maleita, tétano, dor de dente e outras (ANZAI, 1985).

No entanto, essas práticas foram muito fortes naquela época porque faziam parte da

⁴ É uma crença na possível comunicação entre o homem e a divindade (ANZAI, 1985).

cultura popular local. Para explicar melhor esse fator cultural Anzai (1985, p. 128) descreve que:

Na área rural do Município de Goiás, no período 1888-1930, não existiam médicos. A tarefa de se manter vivos, curando-se dos vários tipos de doenças muitas vezes contraídas devido à má alimentação ou a hábitos deficientes de higiene, cabia aos próprios trabalhadores. Para tanto, eles desenvolveram, segundo os relatos de que dispomos, uma eficiente e sábia medicina popular. Esta medicina, por tratar com questões fundamentais para o ser humano, como a vida e a morte, acabou por imiscuir-se com a religião, oficial ou rústica – pois a religião também se ocupava destas questões fundamentais. [...] De um modo geral, todos os habitantes da zona rural do antigo Município de Goiás eram grandes conhecedores da flora e da fauna medicinais. A prática orientava a seleção das substâncias e as formas de manipulação. A transmissão desses conhecimentos era muito difícil, exigindo-se um longo aprendizado, pois implicava em informações muito variadas, adquiridas através de gerações por meios empíricos e intuitivos.

A medicina popular⁵ é pautada no uso das plantas locais e trazidas por povos forasteiros, incluiu em seu cerne simpatias, magia e a religião para a cura dos males. Contudo, essas práticas do saber popular eram tidas como “mágicas” e faziam parte da vida cotidiana do povo goiano e goianiense. Assim, a figura do médico ou do farmacêutico era praticamente desconhecida e inacessível. Vale ressaltar, com a ausência dos médicos, as parteiras eram figuras respeitadas naquela época (ANZAI, 1985).

Contudo, o nosso recorte temporal para ambientar este capítulo, parte da década de 1950, quando havia em Goiânia apenas quatro hospitais recém-inaugurados: Hospital Santa Luiza (1957), Hospital São Lucas (1957), Hospital Santa Helena (1957) e Hospital das Clínicas (1962), conforme as informações do Relatório Anual da ACCG (2015).

Naquele tempo, as dificuldades encontradas na saúde convencional para educar essa população sertaneja, sobretudo no que concerne ao câncer foram vivenciadas pelo médico fundador da ACCG, que retrataremos logo mais nos desdobramentos deste capítulo.

Em torno deste contexto de saúde pública a Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades" (OMS/WHO, 1946).

Portanto, a saúde é um bem material e imaterial que faz parte importante para concretização da existência humana no espaço terrestre. E estar saudável é o que todo ser humano deseja para estar apto as suas funções dentro das temporalidades das fases da infância, juventude, adulta e idosa. Sendo assim, a partir do momento em que o indivíduo é acometido

⁵ A medicina popular retirava, dos vegetais, raízes, cascas, frutos, folhas, sementes, óleos e resinas; dos animais, o couro, a gordura, excrementos, e, em menor escala, utilizava-se também de minerais e de substâncias químicas industrializadas, principalmente de medicamentos homeopáticos, que se tornavam conhecidos através dos almanaques (ANZAI, 1985).

por uma patologia ele fica sujeito as intempéries físicas e psíquicas.

Este primeiro capítulo da pesquisa tem como objetivo efetivar um levantamento bibliográfico da Associação de Combate ao Câncer em Goiás – ACCG/ Hospital Araújo Jorge(HAJ) a partir da sua formação histórica, assim como, sua influência no contexto estadual e nacional no tratamento e combate ao câncer em Goiás. Deste modo, discorreremos também os aspectos da política organizacional da ACCG/HAJ para iniciarmos uma discussão sobre o conceito do termo filantropia e crise de imagem, de forma que sustente e fundamente as consequências dos conflitos na gestão deste contexto hospitalar oncológico, no período supracitado.

1.1 A HISTÓRIA E A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA ASSOCIAÇÃO DE COMBATE AO CÂNCER EM GOIÁS - HOSPITAL ARAÚJO JORGE

Entendemos que o tratamento do câncer, em meados do século passado, era distante da população. Era uma doença que carregava no seu contexto, um temor e um preconceito por causa do desconhecimento científico de causas e tratamentos. O temor era disseminado pela constância dos óbitos causados por essa moléstia e pelas alterações fisiológicas que muitos tipos de neoplasias são capazes de provocar. Mas foi em 1955, que o alagoano, visto como idealizador do hospital – Dr. Alberto Augusto de Araújo Jorge – também conhecido como Dr. Araújo Jorge, migrou com sua família e estabeleceu moradia na capital do Estado de Goiás, Goiânia, cidade que tinha na época pouco mais de 70.000 habitantes.

Conforme o Relatório Anual da ACCG (2005, p.14), algum tempo depois da sua chegada ao Cerrado goiano, em 1956, “Dr. Alberto Augusto de Araújo Jorge - preocupado com a forma que eram tratadas pessoas portadoras do câncer - lidera um grupo de médicos e, com o apoio do Rotary Clube de Goiânia, instituiu a Associação de Combate ao Câncer em Goiás”.

Nesse ano, a ACCG iniciou suas atividades na Santa Casa de Misericórdia, em um Pavilhão provisório cedido, denominado Pavilhão Dom Emmanuel. Apesar do pequeno espaço, a associação iniciou o funcionamento do centro de cancerologia, com 30 leitos, três consultórios e uma sala de radioterapia (RELATÓRIO ANUAL DA ACCG, 2005).

Para ilustrar a sede provisória vejamos a imagem:

Ilustração 1 – Sede provisória da Associação de Combate ao Câncer em Goiás (1956)



Fonte: Relatório Anual da ACCG (2005).

Ao observarmos os elementos descritos na imagem o nome da sede provisória é: “Posto de Assistência ao Romeiro” e a palavra ‘romeiro’ refere aquele “indivíduo andante, que viaja por muitos lugares ou sem destino certo; andarilho, caminhoneiro, viandante.” (HOUAISS, 2001, p. 2.472). Portanto, havia naquela época uma preocupação em dar assistência ao enfermo portador do câncer de outras localidades.

A solenidade de inauguração da ACCG ocorreu em 20 de janeiro de 1956 e contou com a presença de autoridades da época como: o governador do estado Sr. José Ludovico de Almeida; secretários estaduais; médicos do Ministério da Saúde; Hugo Pinheiro, diretor do Serviço Nacional do Câncer; George Marsilac e Henrique Mélega; Sr. Wilson Mendonça, presidente da Associação Médica de Goiás; Sr. Nicodemus Alves Pereira, presidente do Rotary; prefeito Sr. João de Paula Teixeira Filho, além de convidados, jornalistas e assistentes em geral. Como cita a matéria publicada no jornal O Popular, abaixo.

Ilustração 2 – Solenidade de inauguração da ACCG

EM GOIÁS FUNDA-SE HOJE NESTA CAPITAL

A Associação de Combate ao Cancer

MARCADA PARA AS 20 HS. A SOLENIDADE NO JOQUEI CLUBE — COMPARECERÃO O GOVERNADOR DO ESTADO, O DIRETOR DO SNC E OUTRAS ALTAS AUTORIDADES —

Está marcado para logo mais, às 20 hs., no Jockey Clube, a solenidade da fundação da Associação de Combate ao Câncer em Goiás, entidade civil destinada a centralizar um movimento amplo de combate a esse terrível mal em nosso Estado.

A 14ª foi organizada pelo Rotary Clube de Goiânia, senhores de campo, contando já com o apoio do governo, de numerosas entidades de classes, principalmente dos círculos científicos locais.

A SOLENIDADE O ato de fundação deverá contar com a presença do governador José Ludovico de Almeida, Secretários de Estado, dos médicos do Ministério da Saúde, sr. Hugo Pinheiro, diretor do Serviço Nacional do Câncer, George Marsilac e Henrique Mélega, do sr. Wilson Mendonça, presidente da Associação Médica de Goiás, do sr. Nicodemus Alves Pereira, presidente do Rotary, do prefeito João de Paula Teixeira Filho, além de convidados, pessoas gracas, jornalistas e assistentes em geral.

CONCLAMACAO Ontem, à noite, receberam a visita dos srs. Geraldo Rodrigues dos Santos, Lício Toledo e Elias Bulfoçal, rotarionos, que nos vieram pedir a divulgação do assunto à população local, especialmente aos dirigentes de associações desportivas, no sentido de apoiar e incentivar, prestigiando com o seu comparecimento em igual número a fundação da Associação de Combate ao Câncer em Goiás.

POSSIVEL MINISTRO O médico Hugo Pinheiro Guimarães, que está sendo esperado hoje em Goiânia está sendo apontado como um dos possíveis membros do ministério do sr. Juscelino Kubitschek, aparecendo como o mais forte candidato à pasta da Saúde.

OUTRA ESTRELA DO CINEMA Comprará Terras em Goiás Será vizinho de Janot Câmara no município

ANO XVIII • GOIÂNIA, Sexta-feira, 20 de Janeiro de 1956 • N.º 2622

O POPULAR

Fundador: JOAQUIM CAMARA FILHO
Diretor: Jaime Câmara • DIÁRIO MATUTINO • Gerente: Tasso Câmara

Fonte: jornal O Popular (20 de janeiro de 1956).

Sobre essa matéria veiculada nos meios de comunicação não podíamos deixar de destacar a ausência do nome do Dr. Alberto Augusto de Araújo Jorge como sujeito importante que lutou para a fundação da associação no Centro-Oeste brasileiro.

Retomando o histórico sobre a entidade filantrópica, o desafio maior da associação no final da década de 1950, após a implantação da ACCG consistia em alguns embates culturais:

A disputa entre medicina e curandeirismo era um obstáculo real ao desenvolvimento da medicina. O próprio Dr. Araújo Jorge descreveu, em carta de 1961, endereçada ao então governador do estado, como os pacientes resistiam ao tratamento médico:

“Excelência, traçaremos o caminho geralmente percorrido pelo doente do interior, a fim de que possamos ter uma ideia de como chega o doente em nosso Centro”. Ele procura:

Raizeiro

Curandeiro

Sessão espírita

Farmacêutico

Médico do interior

Associação de Combate ao Câncer em Goiás”.

(RELATÓRIO ANUAL, 2015, p.23, grifo do autor)

Como já havíamos afirmado no início deste capítulo, as crenças eram maiores na medicina tradicional e popular⁶, visto que naquela época havia poucos médicos no sertão do Brasil Central, e que, a maioria deles – os médicos – optavam em morar nas regiões litorâneas. Portanto restavam para a população caipira as crenças e os conhecimentos advindo das práticas de saúde populares. Nesse contexto, o desafio não era somente combater, tratar e curar o câncer, mas, de educar a população sobre essa patologia e principalmente apresentar uma nova e promissora forma de tratamento.

Três anos após iniciar as suas atividades no local provisório - Pavilhão Dom Emmanuel na Santa Casa de Misericórdia em Goiânia, a ACCG inicia a construção do Hospital do Câncer de Goiânia, em 1959, que foi oficialmente inaugurado em 02 de março de 1967, no Setor Universitário (Ilustração 3). A dimensão apresentava naquela época (1967) uma área de 3.820m², 68 leitos, 7 departamentos e 26 serviços. (RELATÓRIO ANUAL ACCG, 2005, pp. 17, 32, 36).

Conforme Relatório Anual da ACCG (2005, pp. 33-34), a inauguração do Hospital do Câncer contou com a participação de autoridades como: Humberto de Alencar Castelo Branco – Presidente da República; Dr. Raymundo de Moura Britto – Ministro da Saúde; Otávio Lage de Siqueira – Governador de Goiás; Sr. Íris Rezende Machado – Prefeito de Goiânia; Dom

⁶ Em síntese a medicina tradicional chinesa é um conjunto de saberes médicos que remontam aos primórdios da civilização chinesa (sXVII a.C.), fundamentados no conceito filosófico de yin-yang e compostos por várias práticas terapêuticas específicas, como a acupuntura ou a fitoterapia chinesa. Já medicina popular é o emprego de remédios e medidas simples baseados na experiência e conhecimentos passados de geração a geração, (HOUAISS, 2001, p. 1.877)

Fernando Gomes dos Santos – Arcebispo Metropolitano; Sr. Moacyr Alves dos Santos Silva – Diretor do Serviço Nacional de Câncer.

Ilustração 3 – Inauguração oficial do Hospital do Câncer de Goiânia (1967)



Fonte: Relatório Anual da ACCG (2015).

Segundo o mesmo Relatório, nessa época, também já foram instalados vários equipamentos importantes, como Raio-X, TU. I – Pêndulo Convergente, equipamento de anestesia, mesa diagnóstica com planifrafo, material cirúrgico e hospitalar, entre outros.

Desse modo, o hospital foi construído com a infraestrutura voltada para “prevenção, diagnóstico, tratamento e cura do câncer”, conforme Relatório Anual da ACCG (2005, p. 33). Podemos dizer que essa unidade hospitalar representou para o Estado de Goiás um progresso na área da saúde, como também de desenvolvimento para a região Centro-Oeste. Esse progresso ocorreu, pois as pessoas da região passaram a contar com tratamento específico mais próximo sem que se precisasse viajar longas distâncias para cuidar de sua doença. Ressaltamos, que nesse mesmo relatório anual informa que esse centro de tratamento atendia a demanda de Goiânia, do interior e de outros estados.

Ao longo dos anos, a ACCG foi ampliando suas unidades operacionais e além do Hospital Araújo Jorge⁷ (primeira unidade operacional); adicionou outras instituições médicas como: o Instituto de Ensino e Pesquisa⁸; o Núcleo de Assistência Social; o Sistema de

⁷ Primeira denominação Hospital do Câncer de Goiânia e segunda denominação Hospital Oncológico -1970. Encontra-se na Rua 239, n. 206 Setor Universitário, Goiânia-GO, CEP 74.175-120.

⁸ Primeira denominação Centro de Estudos do Hospital do Câncer, logo, Centro de Estudos do Hospital Oncológico – 1970. Situa-se Rua 239, n. 181, 3º andar Setor Universitário.

Prevenção e, também, a Unidade Oncológica de Anápolis (UOA). Para tanto, julgamos pertinente uma abordagem rápida dessas cinco unidades operacionais, com base no Relatório Anual da ACCG (2005, pp.65, 77, 92-93; 2017, p. 15):

O *Hospital Araújo Jorge*, na Avenida Universitária, é considerado a maior unidade operacional da instituição, identificadas até aqui como ACCG. Devido à sua infraestrutura e corpo clínico, essa unidade não fica aquém de outros hospitais referenciados especializados nessa patologia no território nacional. Isso, por se tratar de um centro de referência nacional, o hospital atende a população da região Centro-Oeste, além de pessoas de outros estados. Segundo o Relatório Anual da ACCG (2017), só no ano de 2017 mais de 1 milhão e 100 mil procedimentos: consultas, internações, cirurgias, aplicações de doses de quimioterapia, sessões de radioterapia, dentre outros foram realizados na ACCG.

Para apoiar as ações do hospital, o *Instituto de Ensino e Pesquisa (IEP)* foi criado um ano após a inauguração do HAJ, ou seja, 1968. Na época de sua criação, o objetivo era promover cursos, treinamentos e eventos científicos para garantir o conhecimento científico e o desenvolvimento profissional do corpo clínico da instituição e dos profissionais de saúde. Além disso, intencionava-se implementar e ampliar a Residência Médica do HAJ, e, ainda, desenvolver cursos de Especialização em Psicologia Hospitalar. Hoje, o IEP continua com objetivo de desenvolver a educação e a pesquisa em saúde, capacitando os profissionais da saúde e profissionais da instituição. Além de dar suporte técnico à pesquisa e aos estudos em saúde na área de oncologia (IEP, 2018).

O *Núcleo de Assistência Social (NAS)* foi constituído em 1993 e tem como objetivo principal de oferecer suporte social aos pacientes e coordenar os ‘anjos verdes’. Os “Anjos Verdes” são grupos de voluntários que procuram atender os doentes com ações variadas. Sendo assim, esse núcleo coordena: os trabalhos dos voluntariados dentro da ACCG e as ações de projetos/atividades diversos(as) como:

Projeto solidariedade; Assistência ao leito hospitalar; Projeto vitória; Jogo da alegria; Mãos generosas; Moda & Beleza; Oficina de trabalho (Costura); Terapia meditacional; Chá das nove horas; Chá das cinco horas; Biblioteca ambulante; Projeto transporte; Arte terapia; Eventos internos; Eventos externos; Bordados da Pediatria; Capelania Evangélica; Projeto Amparo; Tarde da beleza; Capelania Espírita; Capelania Católica; Trabalhando com amor; Happy Hour; Apoio aos ostomizados e Restaurando a beleza. (ACCG, 2017, p.79).

Segundo o Relatório Anual da ACCG (2015), o NAS encerrou as suas atividades em dezembro de 2009, mas não deixou de realizar as suas funções - pois, passou a ser um setor ativo dentro do próprio Hospital Araújo Jorge. Nesse sentido, o encerramento desse núcleo foi justificado pela contenção de despesas e necessidade de gerenciamento mais próximo. Nesse

interim, o Grupo de Apoio Paliativo ao Paciente Oncológico (GAPPO) que era coordenado pelo NAS, continuou a funcionar, mas subordinado à presidência da ACCG.

O *Sistema de Prevenção* da ACCG, fundado em 1993, tinha como objetivo principal proporcionar mais informação sobre o câncer e seu tratamento e, também educar a população no que se refere à prevenção dessa enfermidade. Entre outros objetivos, almejava desenvolver ações de prevenção, por meio de diversas formas de diagnóstico precoce. Contudo, no dia 31 de julho de 2008, foram encerradas as atividades da Unidade Operacional do Sistema de Prevenção e motivo, alegado pela direção da ACCG, foi

redução de custos, pois a unidade tinha um déficit operacional médio de 57 mil reais por ano, de acordo com o sistema de resultado operacional (SRO). Na ocasião, foi criado o Setor de Prevenção no HAJ, no qual apenas 5 médicos do extinto Sistema de Prevenção atendiam os pacientes nas mais diversas áreas de prevenção ao câncer até o primeiro semestre de 2010. A partir de junho de 2010, três médicos do Setor de Ginecologia e Mama assumiram o atendimento da prevenção e se dividiam nos dois setores (RELATÓRIO ANUAL DA ACCG, 2015, pp.53-54).

Por último, a *Unidade Oncológica de Anápolis*⁹ foi criada em 20 de dezembro de 1994 com finalidade de descentralizar alguns serviços oferecidos pela ACCG no HAJ e, dessa forma, garantir a acessibilidade do tratamento à população Anapolina. Esses serviços visavam também atender a população das cidades circunvizinhas, oferecendo àqueles pacientes o atendimento ambulatorial, tratamento de quimioterapia e radioterapia de modo mais próximo.

Conforme o Relatório Anual da ACCG (2015, p. 44) corrobora a descentralização do atendimento e destaca que:

[...] o primeiro acelerador linear instalado na Unidade Oncológica de Anápolis, que havia chegado em janeiro. À época, o aparelho ajudou a desafogar o Setor de Radioterapia do Hospital Araújo Jorge, pois muitos pacientes na fila de espera vinham do interior. “*Trata-se do aparelho mais moderno e mais utilizado no país, em sua categoria*”, declarou a presidente da ACCG quando da chegada do acelerador.

Atualmente, a ACCG possui três unidades operacionais: Hospital Araújo Jorge (ilustração 4), Instituto de Ensino e Pesquisa (ilustração 5) e Unidade Oncológica de Anápolis (ilustração 6).

⁹ Localiza-se na Rua Dr. Flaminio Fávero, qd. 16, Cidade Universitária, Anápolis-GO, CEP 75.074-770, e-mail: diretoriatecnica@accg.org.br

Ilustração 4 – Foto do Hospital Araújo Jorge

Foto: arquivo próprio/2018.

Na ilustração 4 se pode observar a estrutura física do Hospital Araújo Jorge que é considerado pelo Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde como uma unidade de grande porte.

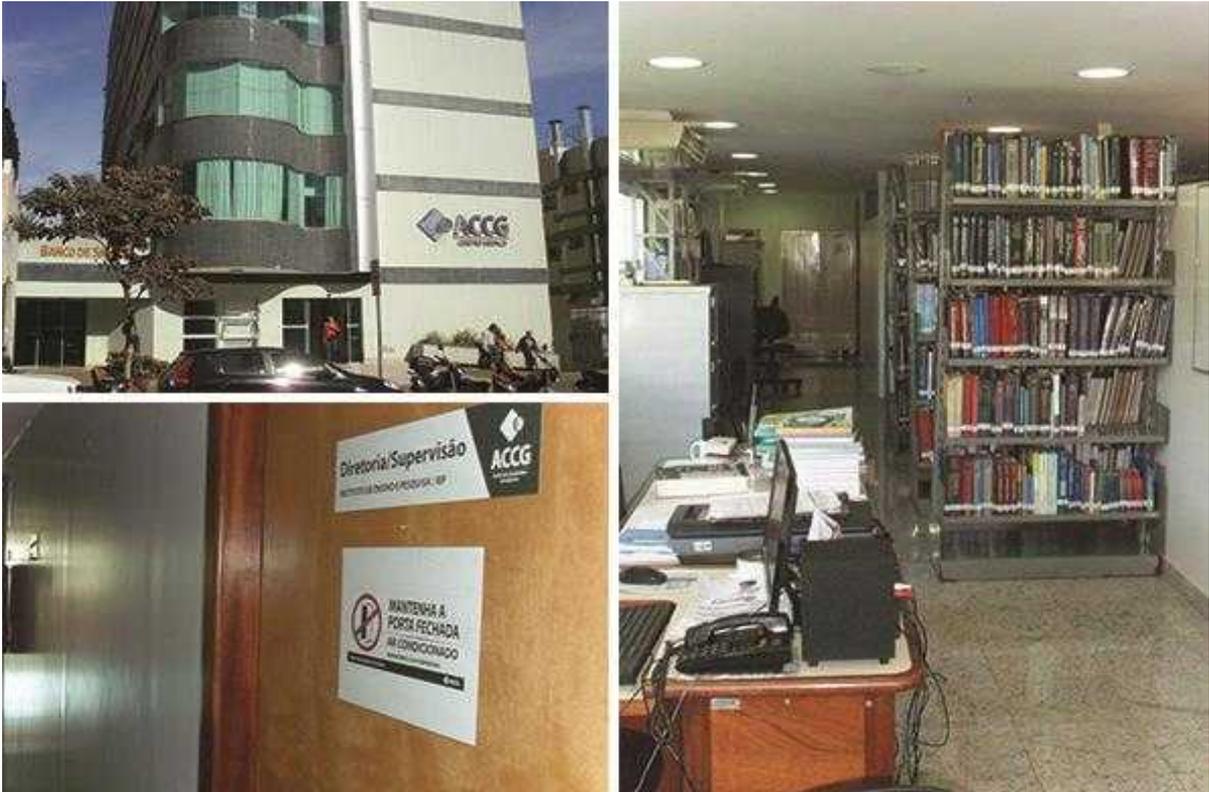
Ilustração 5 – Foto do Instituto de Ensino e Pesquisa

Foto: arquivo próprio/2018

O Instituto de Ensino e Pesquisa, se localiza fora da unidade hospitalar num prédio da ACCG no 3º andar, em frente a entrada de Internação do SUS do HAJ. Possui uma diretoria de supervisão e uma biblioteca para atender o público interno e externo como acadêmicos, pesquisadores e profissionais da área da saúde.

Ilustração 6 – Foto da Unidade Oncológica de Anápolis



Foto: arquivo próprio/2018

A Unidade Oncológica de Anápolis, segundo o jornal O Popular (2018) – matéria “União para salvar hospital de combate ao câncer em Anápolis” – atende em média 8 mil pessoas por mês. No dia 27 de novembro de 2018 a unidade operacional da ACCG (UOA) passa por um abraço simbólico para dar início a campanha para construção de um hospital oncológico com intuito de se adequar à portaria 874/2013 do Ministério da Saúde. Essa unidade operacional atende em período diurno com consultas, realização de diagnóstico, tratamento de quimioterapia e radioterapia. Para se adequar a norma estabelecida pelo Ministério da Saúde a unidade deverá deixar de ser um ambulatório para ser Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) ou um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) como é o caso do Hospital Araújo Jorge, de modo a oferecer centro cirúrgico, pronto socorro, internação e Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).

O HAJ em nossos dias é um complexo hospitalar de organização. Para entender a política organizacional do hospital é importante compreender a estrutura organizacional da ACCG, visto que, o HAJ é uma das unidades operacionais desta instituição. O anexo A – Estrutura Organizacional, expressa a estrutura hierárquica através do organograma de 2018.

De certo modo, “O modelo organizacional buscado pela ACCG está centrado em diretrizes que viabilizam um gerenciamento dinâmico em bases empresariais atualizadas.”

(RELATÓRIO ANUAL DA ACCG, 2015).

A associação está sustentada num tripé de ações que consideram importantes para bom andamento, direcionamento e alcance dos objetivos, de forma estrutural e organizacional. Segundo o Relatório Anual da ACCG (2017, pp. 8-9, grifo nosso), a primeira dessas ações é a ‘Missão’ que tem como objetivo *promover a assistência, o ensino e a pesquisa em cancerologia*. A segunda ‘Visão’ almeja *estar entre as três organizações de saúde mais eficientes e enxutas do estado de Goiás até o final de 2019*. A terceira e última ação ‘Valores’ que também ambiciona: *uma gestão transparente e sustentável; assistência integral, segura e individualizada; eficiência e zero desperdício; valorização e desenvolvimento das pessoas e comprometimento com a cultura institucional*.

O HAJ possui uma infraestrutura de área construída de aproximadamente 6.000m², conta com: 181 leitos, sendo 11 desses, leitos de UTI; 9 salas cirúrgicas; 88 consultórios médicos; 01 sala de radioterapia; 05 salas de quimioterapia de curta duração; 04 salas de quimioterapia de longa duração; salas de realização de exames de imagem; 16 salas de hemoterapia (coleta, processamento, laboratório e atendimento). Estas informações constam dos resultados do nosso trabalho de campo, realizado em 2018.

Segundo o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES (2018) a estrutura patrimonial do HAJ é composta de: equipamentos de mobiliários: camas, macas, cadeiras de rodas, refrigeradores, freezers, equipamentos de diagnóstico de imagem, equipamentos de infraestrutura (grupo gerador), equipamento de odontologia, equipamento para manutenção da vida, equipamentos por método gráficos (eletrocardiógrafo), equipamentos por métodos ópticos, equipamentos de radioterapia e equipamentos para procedimentos especiais.

Por se tratar de um hospital de referência nacional para tratamento e combate ao câncer no Brasil possui equipamentos de alta tecnologia e um corpo clínico especializado. De acordo com Relatório Anual da ACCG (2015), o corpo clínico-médico do hospital se subdivide em: plantonistas, transplante de medula óssea, aparelho digestivo, anatomia patológica, anesthesiologistas, cardiologia, cabeça e pescoço, endoscopia, residentes, ginecologia e mama, infectologia, imagem, melanoma e pele, neuro-oncologia, oncologia clínica, oncologia pediátrica, ortopedia, oncologia torácica, pronto atendimento, patologia clínica, plástica, radioterapia, segurança e medicina no trabalho, tecido conjuntivo, terapia intensiva, urologia e Grupo de Apoio Paliativo ao Paciente Oncológico.

Nesse aspecto, o quadro de médicos e colaboradores do hospital é constituído por 140 médicos, 15 médicos residentes e 04 médicos estagiários. Os colaboradores multiprofissionais:

04 assistentes sociais, 01 fonoaudiólogo, 08 psicólogos, 08 nutricionistas, 09 biomédicos, 01 dentista, 70 enfermeiros, 11 farmacêuticos, 03 físicos, 08 fisioterapeutas, 01 musicoterapeuta, 312 técnicos em enfermagem e 95 auxiliares de enfermagem (informações obtidas por meio do trabalho de campo, realizado em 2018).

A atividade ambulatorial do nosocômio¹⁰ atende a atenção básica, média e alta complexidade, já a atividade hospitalar atende média e alta complexidade. Quanto ao tipo de atendimento contemplado é o ambulatorial, internação, Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) e urgência, CNES (2018). Além disso, o Relatório Anual da ACCG (2015, p. 95) narra os tipos de convênios atendidos: plano de saúde privado, particular e SUS, sendo este último o maior número de atendimento realizado pelo hospital cerca de 80% por ano.

Dessa forma, a cartografia/descrição do HAJ não é uma tarefa fácil, pois vai muito além das materialidades físicas. Estudar os sujeitos envolvidos neste processo é ir ao encontro das subjetividades dos fenômenos existentes no/do lugar em apreço.

1.2 OS NOMES E OS ALICERCES INSTITUCIONALIZADORES DA ACCG

Ao longo desses 62 anos de história, houve todo um processo histórico em sua construção como instituição de combate ao câncer. Passaram pela presidência da ACCG:

Ilustração 7 – Quadro da lista dos presidentes da ACCG.

Presidência	Nome	Período
1 ^a	Dr. Alberto Augusto de Araújo Jorge	1956-1975
2 ^a	Dr. Vasco Martins Cardoso	1975-1978
3 ^a	Dr. Carlos Inácio de Paula	1978-1984
4 ^a	Dr. Geraldo Alves Teixeira	1984-1989
5 ^a	Dr. Geraldo Silva Queiroz	1990-1994
6 ^a	Dra. Maria Paula Curado	1994-1996
7 ^a	Dr. Francisco de Assis Freire Dourado	1996-2000
8 ^a	Dra. Criseide Castro Dourado	2000-2012
9 ^a	Dr. Alexandre João Meneghini	2012-2016
10 ^a	Dr. Paulo Moacir de Oliveira Campoli*	2016-2018

Fonte: Relatório Anual da ACCG 2015. Elaborado por Sara Pereira de Deus/2018.

* Presidente até março/2018

Dentro deste contexto, com base nos relatórios anuais da ACCG, a narrativa de ‘gestão’

¹⁰ Sinônimo de hospital. Disponível em: < <https://www.sinonimos.com.br/cancer/>>. Acesso em: 01 de ago.2018.

da associação está marcada por constantes crises financeiras, o que muitas vezes supera os avanços positivos da instituição, dada a dimensão e o desgaste dos recursos financeiros resultantes da má gestão. Ademais, as renúncias e afastamentos dos cargos foram fatos frequentes em tempos passados.

A priori, na primeira gestão, – Dr. Alberto Augusto de Araújo Jorge, sem dispensar o seu mérito, foi uma pessoa importante para fundação da ACCG, e lutou para que aquela instituição se desenvolvesse e se consolidasse, embora, por um lado as dificuldades: financeiras, estruturais e relacionais e por outro lado a falta de conhecimento por parte significativa da população em relação ao câncer. Ainda nesse ponto de análise dos episódios/acontecimentos, em 1975 é divulgada em um jornal a carta de renúncia do Dr. Araújo Jorge endereçada ao futuro presidente da associação, Dr. Vasco Martins Cardoso. Conforme ilustração 8:

Ilustração 8 – Carta de Renúncia da 1ª Gestão da ACCG



Fonte: Relatório Anual da ACCG/2015.

Nesta carta de renúncia (RELATÓRIO DA ACCG, 2015, p. 29) em tom de desabafo, o Diretor Presidente fundador renuncia seu cargo pronunciando:

Motivos que V. Sa. conhece muito bem ensinam-me a oportunidade de vir, por meio

desta carta, apresentar-lhe minha renúncia irrevogável ao cargo de Diretor Presidente fundador desta entidade, cargo que me custou dias de vida e de sossego pessoal [...]

Assim que meus auxiliares e eu pudemos lançar o Hospital de Câncer em sua plena atividade em 02 de março de 1967, começaram a aparecer os pruridos dos pretensos donos da verdade, movido por sentimentos incontáveis de insídia, inveja e destruição.

As mais deslavadas mentiras e calúnias foram levantadas contra o Diretor do Hospital Oncológico, o Dr. Amaurillo Monteiro de Oliveira, mesmo por aqueles que concordaram na sua indicação para esse cargo. Diretor esse que venho de licenciar por tempo indeterminado, para tratar de assuntos particulares [...]

Entretanto, para meu governo e salvaguarda de minha dignidade e integridade moral exijo que V. Sa. mande fazer o levantamento de meus atos durante minha gestão [...]

Certo de que, como Vice Presidente, V. Sa. tomará com virtuosismo as rédeas do poder na direção desta casa, entrego-lhe sem reboços e sem receio, e muito menos ressentimentos, os destinos da ACCG até que se promovam novas eleições.

Nesta carta, expressa o descontentamento do fundador da associação e também os conflitos internos relacionais.

Na segunda Presidência, Dr. Vasco Martins Cardoso (a quem o fundador do hospital endereça a carta de renúncia) administrou a ACCG por um período de 3 anos. Nessa ocasião, acordou-se em assembleia a redução do tempo do mandato de dez para dois anos. O Conselho Deliberativo foi substituído pelo Conselho Fiscal, ocorreu a primeira reunião do Conselho Médico Hospitalar do HAJ e a aprovação do primeiro Regimento Interno do Corpo Clínico do hospital.

O terceiro mandato foi do Dr. Carlos Inácio de Paula que ampliou a infraestrutura ambulatorial e melhorou o atendimento – com novos *consultórios, atendimentos odontológico, laboratório clínico, sala de curativo, centro cirúrgico ambulatorial*. Assim como, a estruturação do ambulatório de quimioterapia e instalação de máquinas modernas na lavanderia para reduzir gastos.

Em 1980, uma das pautas levantadas em assembleia refere-se à dificuldade financeira da ACCG em quitar dívidas com alguns médicos que prestaram serviços e não foram remunerados. Além disso, havia o problema do acelerador linear¹¹ que era utilizado para seção de radioterapia¹², que apresentava ineficiência. Segundo Relatório Anual (2015, p. 32):

¹¹ É um equipamento de alta tecnologia usado para o tratamento de pessoas com câncer. (INCA, 2018).

¹² É um método capaz de destruir células tumorais, empregando feixe de radiações ionizantes. (INCA, 2018).

Dr. Carlos Inácio, para além das discussões internas. Ele contou do encontro que teve com entidades filantrópicas dos Estados, com a Sociedade Brasileira de Cancerologia, com ministros da Previdência e Saúde, com a Comissão de Saúde do Congresso Nacional e com representantes da Associação Médica Brasileira, para reclamar um plano de combate ao câncer. Todos, porém, lamentaram e disseram que não poderiam fazer nada porque não tinham influência no orçamento da União.

Mesmo ante as dificuldades conquistou, mais avanços sendo: 10 apartamentos, 10 enfermarias para crianças, instalação do banco de sangue e a capela ecumênica¹³ que existe até a presente data no pátio do HAJ.

A quarta presidência foi do Dr. Geraldo Alves Teixeira que permaneceu na gestão da ACCG por um período de cinco anos, trilhado por um trajeto de muita instabilidade financeira. Logo, na primeira assembleia de sua gestão, o cenário previsto para o ano de 1984 era de prejuízo financeiro, com possibilidade de atingir os pacientes – inviabilidade no fornecimento de medicamentos. Neste mesmo ano, a direção da ACCG tentou fazer campanha para adquirir um novo acelerador linear, pois, o que tinha já apresentava problemas técnicos desde a gestão anterior. Nesse ínterim, não conseguiram arrecadar fundos para a compra de um novo acelerador linear. Vale ressaltar, ainda embasado no Relatório Anual do ano de 2015 que em 1986 a associação não tinha nenhuma contribuição das autoridades e a comunidade goiana não tinha prática de contribuir financeiramente com a instituição.

Ademais, foi nesta gestão que comprou um lote em frente ao hospital para construir um albergue¹⁴ com intuito de acolher pacientes de outras regiões. Houve investimentos em capacitação e aconteceu também o II Encontro de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Centro-Oeste e a implantação do exame de imuno-histoquímica¹⁵ no laboratório.

Ainda nessa mesma gestão, houve a suspeita de desvios financeiros e, em 10 de janeiro de 1989, o Conselho Fiscal da instituição propõe:

o afastamento temporário da atual Diretoria, baseada no relatório da auditoria. A assembleia, acolhendo o parecer do Conselho Fiscal, decidiu, ainda, que o mandato da diretoria eleita seria para completar o da diretoria destituída, ou seja, por um período de um ano, até a data da assembleia ordinária. (RELATÓRIO ANUAL DA ACCG, 2015).

As irregularidades não pararam. Segundo o Relatório Anual da ACCG (2015) outra

¹³ Ideia do Dr. Raimundo Veloso.

¹⁴ Esse albergue foi extinto, hoje funciona no local o tratamento quimioterápico e o Grupo de Apoio Paliativo ao Paciente Oncológico. Os migrantes procuram as casas de apoio que estão localizadas em diversos pontos da cidade ou encontram abrigos nas casas de parentes e amigos.

¹⁵ Conhecido como método de análise dos tecidos via microscópio, buscando identificar características moleculares das doenças. Tem diversas aplicações, como o diagnóstico de doenças inflamatórias, infecciosas e neoplasias. Também é muito importante para determinação de fatores preditivos e prognósticos no câncer. Disponível em: <<https://www3.hermespardini.com.br/pagina/884/a-contribuicao-dos-exames-de-imuno-histoquimica-para-a-medicina-preventiva.aspx>>. Acesso em: 03 de setembro de 2018.

situação de denúncia é confirmada. Em junho de 1990, um profissional de saúde (radioterapeuta) foi excluído do corpo clínico por estar desviando pacientes da radioterapia para outra clínica. Mesmo a tantos aborrecimentos eis que surgiram acontecimentos bons como: a inauguração do Albergue em 27 de novembro de 1989; Criação do Núcleo de Apoio e Assistência Social em 1989¹⁶ e o projeto de Residência Médica autorizado pelo MEC – Ministério da Educação e Cultura no ano de 1993.

Na sequência, temos a quinta presidência gerida por Dr. Geraldo Silva Queiroz. Novamente, a administração é passada para o novo gestor “no vermelho”. Nos dois primeiros anos, persiste a crise financeira, de uma forma mais grave, atingindo os pacientes que precisavam de medicamento para tratamento. Em outras palavras: a crise financeira desencadeou a falta de medicamentos.

Entretanto, nessa gestão algumas deliberações foram importantes no quesito política organizacional, como: aprovação pelo conselho médico hospitalar à proposta do Regimento Interno¹⁷ do Hospital Araújo Jorge, em 1990; cronograma de compras de equipamentos de acordo com o resultado financeiro; instituição de superintendência e três gerências (recursos humanos; administração e planejamento; finanças); criação dos princípios que constituíram a filosofia administrativa da ACCG¹⁸; elaboração do manual de organização administrativa; criação das unidades operacionais (Hospital Araújo Jorge, Instituto de Ensino e Pesquisa, Núcleo de Assistência Social e Sistema de Prevenção).

No entanto:

A estrutura organizacional montada dessa forma permitiu um melhor gerenciamento e uma expansão organizada da ACCG. Com isso, as Unidades Operacionais passaram a ter autonomia dentro da respectiva área especializada em que atuam. Através de uma ação integrada, a Diretoria Executiva/Superintendência/Gerências prestaria às Unidades Operacionais todo o apoio administrativo que precisavam para funcionar. (RELATÓRIO ANUAL DA ACCG, 2015, p.40)

Nessa mesma gestão (em 1993), a diretoria conseguiu uma doação de um terreno localizado em Anápolis-GO, de área equivalente a 5.000m², para futuras instalações da ‘Unidade Oncológica de Anápolis’. “Ainda no ano de 1993, a diretoria planejava em criar o setor do Transplante de Medula Óssea – TMO (ilustração 9) e a realização de exames de

¹⁶ Criado por Dr. Raimundo Augusto Veloso como um setor do hospital.

¹⁷ Quanto ao Regimento Interno do Hospital é importante esclarecer que no trabalho de campo realizado em 2018 após a aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da UEG e da ACCG obtivemos a informação que o Regimento Interno do Hospital está em fase de consolidação.

¹⁸ O cliente em primeiro lugar; a filantropia, vista como o papel social versus seu custeio e investimento; administração participativa em todos os níveis; a coexistência de ações primárias com tecnologia; a verticalização equilibrada com parceria e terceirização. (Relatório Anual da ACCG, 2015, p. 39).

histocompatibilidade. A ACCG seria a terceira instituição do país a fazer esse tipo de transplante”. (RELATÓRIO ANUAL DA ACCG, 2015, p. 42).

Ilustração 9 – Foto do Setor de Transplante de Medula Óssea



Foto: arquivo próprio/2018

Para finalizar os relatos desta ‘gestão’, foi nesse mesmo ano que foi criado o Grupo de Apoio Paliativo ao Paciente Oncológico (GAPPO) que, até nos dias atuais, composto por uma equipe multidisciplinar que desenvolve o atendimento àquele paciente desesperançado de tratamento cirúrgico e quimioterápico. Segundo uma matéria publicada no jornal O Popular “Suporte para lidar com a dor” (3 dez. 2018) diz que: “cuidado paliativo é usado como forma de ajudar pacientes portadores de doenças graves ou em estágios avançados a lidarem com tratamentos e também de apoio a familiares”.

A sexta presidência foi da Dra. Maria Paula Curado. Essa gestão foi a que ficou menos tempo no cargo (dois anos), mas atualizou o Plano Diretor de Obras, e tinha como meta a construção de um prédio de 4 andares no qual reservaria um espaço para o Setor de Radioterapia com um novo acelerador linear. Outros feitos importantes: a inauguração da nova sede do IEP, implantação da coleta seletiva do lixo nas dependências do HAJ, inauguração da Unidade Oncológica de Anápolis e a mudança na estrutura de atendimento no HAJ ao paciente do SUS – que passa a ser um atendimento individualizado de acordo com o tipo de tumor.

A sétima presidência foi do Dr. Francisco de Assis Freire Dourado. Logo no seu primeiro ano de gestão, o HAJ recebe uma “doação do Ministério da Saúde (MS) de um Acelerador Linear computadorizado, modelo Clinac 600C”, que seria destinado ao Setor de Radioterapia. No ano de 1998 ocorreu a ampliação do HAJ e no ano seguinte (1999) a inauguração do

[...] Centro de Transplante de Medula Óssea (CETMO), comemorado pelo então diretor técnico do hospital, Dr. Raul Chavarria. Segundo ele, a área teria a participação direta de outros três serviços do HAJ: o Serviço de Hematologia, o de Oncologia Clínica e o de Oncologia Pediátrica. *“O que não exclui o envolvimento de outros setores cujas atividades sejam indiretamente relacionadas com o procedimento de transplante de medula óssea”*, observou à época. (RELATÓRIO ANUAL DA ACCG, 2015, p. 45).

Embora aos momentos ditos importantes para instituição, a dificuldade financeira sempre presente, acarretou entraves na gestão de modo geral como: o atraso por parte do governo estadual pelos serviços prestados ao IPASGO¹⁹ e a redução da cota de internação feita pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Esse ‘atraso e redução’ pela governabilidade estadual e municipal indiscutivelmente atingiria direta e indiretamente o paciente oncológico. Ainda assim, é inaugurado o Setor de Oncologia Pediátrica hoje uma referência nacional de qualidade e atendimento integral.

Ainda nessa gestão, no ano de 1999 a instituição recebeu uma doação do governo federal no qual pôde comprar um acelerador linear Clinac 2.100, de 2 energias - para a realização de radioterapia. Mais uma notícia, foi a doação por parte da prefeitura de Anápolis de um terreno (1.185m²) ao lado da UOA para futuras ampliações.

No entanto, para finalizar os relatos desta gestão o Relatório Anual da ACCG (2015, p. 46) informa que:

A década de 90 também acaba bem para a Gerência de Recursos Humanos, e conseqüentemente para os colaboradores, com inúmeras ações de sucesso, como o convênio firmado com a Associação das Creches Filantrópicas de Goiás, para o benefício do “vale-creche”. Também eram realizadas reuniões mensais com as chefias, treinamentos para colaboradores; terapia de grupo; serviço social para orientação dos colaboradores; coral da ACCG; ajuda de custo para capacitação de colaborador; ginástica laboral implantada neste ano; pesquisa de satisfação do empregado/médico; pesquisa de clima organizacional.

A oitava presidência, da Dra. Criseide Castro Dourado, foi a gestão mais longa após a do fundador da instituição, seu mandato perdurou doze anos. Iniciaremos relatando as informações positivas que aconteceram nesse período longo.

¹⁹ Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás.

Ao final do ano 2000, foi implantada no HAJ a dose unitária oral e injetável de medicamentos, projeto idealizado pela farmacêutica Rosana Ferreira Rodrigues, o que representou uma economia no setor financeiro do hospital, que já apresentava instabilidade financeira. No mesmo ano, o hospital passa a oferecer a radiocirurgia²⁰. Essa técnica é realizada no hospital que é uma das instituições brasileiras que mais executa esse tipo de procedimento até hoje.

Segundo o Relatório Anual da ACCG (2015, pp. 50:52) em 2002:

é iniciada a construção do prédio da Casa de Apoio Governador Marconi Perillo (inaugurado no ano seguinte) e do Centro Médico Ambulatorial. Também nesse período é concluída a reforma do Setor de Terapia Intensiva (UTI) para a adequação às exigências do Ministério da Saúde, em relação a espaço físico, isolamento, ventilação, rede elétrica e outros. A estrutura física e a fachada do Ambulatório do HAJ igualmente foram reformadas. [...] Quando a Siemens retirou os equipamentos da radiologia, o então Governador Marconi Perillo comprometeu-se em ajudar a reequipar o Setor de Imagem. Em 2006, houve a liberação de 1,5 milhão de reais pelo Governo do Estado, quando foi adquirido um mamógrafo, um tomógrafo, um aparelho de ultrassonografia e um aparelho de raio-x, reinaugurando o Setor de Imagem do HAJ, que leva o nome do Governador.

Sobre este aspecto, pensando no paciente que procura o hospital para tratar-se de um câncer onde os aparelhos que são imprescindíveis/indispensáveis para diagnóstico e acompanhamento da evolução do tratamento ser retirado da unidade hospitalar por falta de pagamento²¹ e pior devido morosidade/burocracia - pelo que foi relatado na citação acima - somente quatro anos depois foi liberada a verba pública para reequipar o Setor de Imagem.

Na captura de encontrar momentos positivos desta gestão, as boas notícias foram: *primeiro*; a realização de uma parceria entre o GAPPO e o IEP que reuniu profissionais de Goiás e Distrito Federal para realização do ‘Curso Introdutório em Pacientes Paliativos’; *segundo* o IEP criou o ‘Curso de Residência em Enfermagem Oncológica’ que foi o pioneiro na região Centro-Oeste, *terceiro* Certificado de Filantropia publicado em 2009 e *quarto* em 2001 foi realizado o primeiro transplante de medula óssea com doador aparentado da região Centro-Oeste.

Quanto aos aspectos negativos desta direção, infelizmente ganharam destaque no relatório anual da instituição e nos noticiários dos jornais de grande circulação em Goiás durante o período de sua gestão. Essa administração foi timbrada como gestão centralizadora marcada

²⁰ Cirurgia cerebral realizada com feixes de irradiação, sem que seja necessário abrir o crânio do paciente.

²¹ Sobre a ausência de pagamento o Relatório Anual da ACCG (2015, p.49) diz que: “os diretores são surpreendidos com a retirada de um tomógrafo, um mamógrafo e três ultrasom da radiologia do HAJ, pela SIEMENS, em razão do não pagamento uma dívida de mais de 2 milhões de reais”.

durante todo período por constantes problemas orçamentários e financeiros; empréstimos recorrentes; renúncias de cargos de diretores/dirigentes; atrasos de pagamentos: aos funcionários (salários e 13º salário) e prestadores de serviços (pessoa jurídica); regularidade fiscal com pendência²²; falta de material básico. Segundo o Relatório Anual da ACCG (2015, p. 52): “álcool para preparação de material da anatomia patológica, falta de kits para sorologias no banco de sangue, luvas cirúrgicas, cânulas para entubação, fios cirúrgicos, material para esterilização, falta de troca da fonte de braquiterapia, atraso na reposição de peças de equipamentos, etc.”; falta de medicamentos²³; encerramento das unidades operacionais Sistema de Prevenção e o Núcleo de Assistência Social.

Ratificamos o que está exposto no relatório anual (2015) sobre a crise financeira do hospital que atingiu a qualidade do tratamento de quem busca a cura ou a manutenção da vida. Dois médicos relatam as consequências:

a situação é muito grave e mostra que a instituição vive uma crise sem precedentes. Afirmou ao POPULAR um médico do Araújo Jorge, que pediu para não ser identificado. Os índices de cura estão caindo assustadoramente. Nenhum tipo de câncer pode sofrer interrupção no tratamento, acrescenta o profissional, lembrando que para cada doença há protocolos de tratamento, que fixam datas, periodicidade da terapia e dosagens de medicamentos, que devem ser observados rigorosamente. Não há jeito de tratar os doentes, os médicos estão tendo que improvisar, diz. Outro médico oncologista explica que quando há interrupção do tratamento ou quebra do protocolo de terapia é possível que o paciente fique um tempo bem, mas é grande o risco de recidiva (volta da doença) posterior ou ainda de que ele desenvolva resistência ao quimioterápico com quem vinha sendo tratado. Muitas vezes não há drogas mais potentes ou outros esquemas terapêuticos disponíveis. O paciente com convênio busca outros centros. O pior é para quem depende do Sistema Único de Saúde (SUS), que muitas vezes não tem para onde correr e só resta esperar, relata o médico. (jornal O Popular, 02 mar. 2011).

Em entrevista cedida e publicada na mesma matéria jornalística um paciente diz: “eu faço tratamento no Hospital Araújo Jorge desde de 2006. Já houve falhas, de até 45 dias, mas nada como agora. Já são quase três meses sem receber o remédio” (jornal O Popular, 02 mar. 2011). Esse paciente tratava na época de uma leucemia mieloide crônica e dependia do medicamento de alto custo chamado Glivec²⁴ para o controle da doença. Segundo a informação impressa no jornal O Popular – matéria: Opositores assumem entidade (14 fev. 2012) descreve que “um dos lotes do medicamento Glivec, que a ACCG teria comprado, nem mesmo foi fabricado. Os promotores Marcus Antônio Ferreira Alves e Renata de Matos Lacerda

²² Segundo o Relatório anual da ACCG (2015, p. 52) “A essa altura, em 2006, a ACCG já acumulava dívida significativa com o INSS, impedindo, conseqüentemente, a liberação das certidões negativas e o recebimento de verba de origem pública. Havia ainda atraso no pagamento dos encargos sociais, dos prestadores de serviços (parceirizados), da folha de pagamento dos empregados, dos honorários médicos e dos fornecedores”.

²³ De acordo com Relatório Anual da ACCG (2015, p. 56) “Havia casos de pacientes recebendo metade da quantidade de medicamentos (como o Glivec) que precisavam para sobreviver a doença”.

²⁴ Princípio ativo: Mesilato de Imatinibe.

descobriram a informação por meio de comunicado da fabricante, Novartis”. Portanto, havia irregularidade na gestão o que desencadeou a falta de medicamentos e outros itens ambulatoriais hospitalar.

Ainda constante no Relatório Anual, (2015, p. 56) surgiram algumas indagações:

Dr. Clécio Carneiro, questionou a presidente sobre a dívida com corpo clínico, fornecedores, encargos sociais e empréstimos com consequente falta de medicamentos, reclamações recorrentes de pacientes para Presidência, Diretoria Técnica do HAJ, imprensa e Ministério Público.

Em 07 de fevereiro de 2012, foi deflagrada a Operação Biópsia executado pelo Grupo Especial de Combate ao Crime Organizado do Ministério Público do Estado de Goiás (GAECO/MP-GO). Essa operação de investigação realizada por esse grupo especializado apontou que haviam desvios de erário praticados na ACCG, ao ponto de gerar o fracionamento de medicamentos específicos para o tratamento oncológico como: quimioterápicos. Sendo assim, tudo descrito, em conformidade com a Assessoria de Comunicação Social do MP-GO (2012).

Ainda nesse contexto, para os promotores do GAECO:

os desvios prejudicaram a população atendida no Araújo Jorge. A Operação Biópsia teve diagnóstico positivo para o mal organização criminoso, afirma Denis Bimbat. Oito pessoas chegaram a ser presas durante a investigação que tornou-se pública no dia 7 de fevereiro de 2012, sendo que a Justiça autorizou todos os pedidos de prisão solicitados pelo MP com base em substancial argumentação. Notas fiscais, cheques, movimentação bancária, ordens de pagamento, repasses irregulares de dinheiro em diferentes montantes foram analisados na investigação e foi citada suspeita movimentação de valores entre R\$ 152 mil, R\$ 27 mil, R\$ 60 mil, R\$ 50 mil, R\$ 10 mil, R\$ 12 mil, R\$ 25 mil, R\$ 159 mil, entre vários outros. (ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL DO MP-GO, 2012).

Segundo a Assessoria de Comunicação do MP-GO (2012):

A principal denunciada (14 vezes) é a médica [...] ex-presidente da ACCG. Ela responderá por formação de quadrilha, peculato por desvio e por apropriação, lavagem de dinheiro e falsidade ideológica. O ex-secretário de Saúde de Goiânia, [...] e um assessor dele, também figura na relação de denunciados [...] envolvido em fraude que teria beneficiado uma distribuidora de medicamentos, e por dispensa ilegal de licitação.

Após as supostas acusações/denúncias contra a 8ª Gestora da ACCG, que culminou com a sua destituição do cargo de presidente da instituição, o novo presidente interventor²⁵ passa a

²⁵ Essa intervenção aconteceu após “decisão do Juiz de Direito, Dr. Jeronymo Pedro Villas Boas, os membros da diretoria (gestão 2010/2012) foram afastados. Em 16 de fevereiro, também por determinação judicial, foram nomeados diretores interventores: Dr. Alexandre João Meneghini, como presidente; Dr. Paulo Moacir de Oliveira Campoli, como tesoureiro geral; Dr. Adriano Augusto Peclat de Paula, como secretário geral; Dr. Geraldo Silva Queiroz, como diretor técnico do Hospital Araújo Jorge – substituído pelo Dr. Márcio Roberto Barbosa da Silva, em 2013”. (RELATÓRIO ANUAL DA ACCG, 2015, p. 59).

ser o Dr. Alexandre João Meneghini. De acordo com o jornal O Popular (14 fev. 2012) o médico era opositor ao grupo comandado pela ex-presidente Criseide Dourado. A Operação Biópsia “é fruto das denúncias feitas por Meneghini e outros colegas”. Assim sendo, os processos²⁶ contra os denunciados da Operação Biópsia ainda se encontram em tramitação.

No decorrer dos escritos deste estudo os suspeitos da Operação Biópsia, foram condenados e no dia 30 de outubro de 2018:

A justiça condenou dez pessoas por envolvimento no desvio de recursos públicos da Associação de Combate ao Câncer em Goiás (ACCG), responsável por gerir o Hospital Araújo Jorge, em Goiânia. Entre os sentenciados, está a ex-presidente da entidade, Criseide Castro Dourado, condenada a 61 anos, 6 meses e 5 dias de prisão em regime fechado, a mais alta pena aplicada aos envolvidos, e pagamento de multa de R\$ 1.015.884,22 por reparo de danos (jornal O Popular, 07 de novembro de 2018).

Segundo a matéria publicada, “Justiça condena envolvidos em esquema de desvio de verba do Araújo Jorge, em Goiânia”, todos os envolvidos da Operação Biopsia poderão responder ao processo em liberdade. Como não houve trânsito em julgado os acusados poderão recorrerem da sentença.

A 9ª presidência Dr. Alexandre João Meneghini ficou com a responsabilidade de *arrumar a casa*:

dívida acumulada de 74 milhões de reais; tratamentos interrompidos (falta de quimioterápicos); salários de empregados atrasados; pagamento de honorários médicos retidos; equipamentos hospitalares sem manutenção; atraso no pagamento de fornecedores; encargos sociais atrasados; ausência de certidões negativas. No âmbito burocrático, a situação não era nada melhor. Havia associados em situação irregular e um Estatuto Social que não atendia às exigências legais. (RELATÓRIO ANUAL DA ACCG, 2015, p. 59).

Aos poucos, a casa foi entrando em ordem e a imagem da ACCG foi se restabelecendo como demonstra a ilustração 10:

²⁶ Processos nº 201201688358 – Ação Penal referente ao Art. 312 ‘Crime e Peculato’ em andamento na 5ª Vara Criminal do Fórum de Goiânia/ nº 201400214607 – Ação Penal referente ao Art. 288 ‘Quadrilha ou Bando’ em andamento na 5ª Vara Criminal do Fórum de Goiânia (Fonte: GAECO e Telejudiciário-GO).

Ilustração 10 – Associação de Combate ao Câncer em Goiás pós Operação Biópsia



Fonte: Relatório Anual da ACCG/2015.

Assim, as ações diretas desta nova gestão tinham como objetivo o restabelecimento da saúde dos pacientes - sejam eles em: infraestrutura, qualificação e capacitação profissional, aquisição de equipamentos, dentre outros. Havia, ainda, uma preocupação em garantir que a instituição fosse o melhor centro de ensino e pesquisa em cancerologia da região Centro-Oeste, Relatório Anual (2015). E isso era uma ‘visão institucional’.

Em outra análise da gestão, a ‘visão administrativa’, era a necessidade de englobar um melhor relacionamento entre profissionais, pacientes e prestação de serviço. Neste contexto, há uma aproximação/tentativa da ACCG de trilhar o que prescreve a Política Nacional de Humanização (PNH), num sentido mais ‘claro’ - a PNH apresenta como primícia a efetivação dos princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários.

A 10ª e última gestão foi a do Dr. Paulo Moacir de Oliveira Campoli. Segundo o Relatório Anual da ACCG (2016, p. 10) nas suas metas, constava:

I – Missão: promover a assistência, o ensino e a pesquisa em cancerologia;

II – Visão: estar entre as três organizações de saúde mais eficientes e enxutas do estado de Goiás até final de 2019;

III - Valores: gestão transparente e sustentável; assistência integral, segura e individualizada; eficiência e zero desperdício; valorização e desenvolvimento das pessoas; comprometimento com a Cultura institucional.

Diante do compromisso com a Missão, Visão e Valores o cenário financeiro da ACCG não era os melhores. Segundo o médico Paulo Moacir: *congelamento da tabela dos serviços prestados ao Sistema Único de Saúde (SUS) aliado à inflação da área e ao aumento da demanda de pacientes a situação se agravou a partir de agosto/2016, (RELATÓRIO ANUAL DA ACCG, 2016, p. 14)*. Nesse cenário de crise financeira a medida a ser tomada pelo gestor foi em cobrar do poder público, nas três esferas: Executivo, Legislativo e Judiciário, um subsídio complacente para o enfrentamento da crise. Neste sentido, foram realizadas muitas visitas, entrevistas, campanhas (# Somos Todos ACCG). Porém, não obtiveram sucesso.

Mesmo ante as situações instáveis nas finanças da associação, algumas conquistas foram alcançadas conforme o Relatório Anual da ACCG (2016, pp. 32:34-36) como: os ostomizados²⁷ de Goiás ganham banheiro especial no Hospital Araújo Jorge, tecnologia é aplicada em cirurgias no HAJ²⁸, projeto “Começar bem”²⁹, reforma no hospital através de doações.

Para o Presidente da associação:

Acreditar no ser humano, desenvolver ações que minimizem o sofrimento do paciente, estimular o não desperdício e aperfeiçoar continuamente os mecanismos de controles internos continuarão sendo prioridades da ACCG em 2017. Nossas decisões estarão sempre amparadas pela competência e firmeza dos gestores e pela experiência e dedicação dos colaboradores. Com essas bandeiras, fechamos mais um ciclo da nossa história e continuaremos contribuindo para o desenvolvimento da Oncologia no País, gerando satisfação a todos os que têm nos acompanhado ao longo da nossa trajetória. (RELATÓRIO ANUAL DA ACCG, 2016, p. 15).

²⁷ “Pessoa que precisou passar por uma intervenção cirúrgica para fazer no corpo uma abertura ou caminho alternativo de comunicação com o meio exterior, para a saída de fezes ou urina, assim como auxiliar na respiração ou na alimentação. Essa abertura chama-se estoma. Muitos procedimentos cirúrgicos necessários para tratamento do câncer acabam gerando estomas”. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/ostomizados/1853/15/Acesso em: 28 set. 2018>.

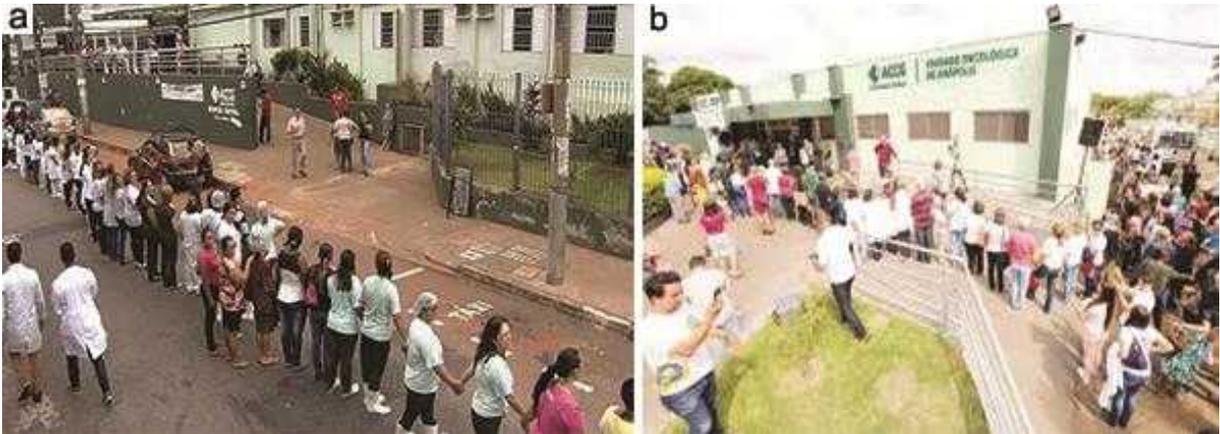
²⁸ curso de Educação Continuada em Neurofisiologia.

²⁹ Tem como objetivo humanizar o acolhimento.

Desta forma, diversas tentativas de buscar apoio do poder público das três esferas (federal, estadual e municipal) em relação ao esfacelamento financeiro da instituição, do congelamento da tabela de preços dos serviços prestados ao SUS, a instituição primava em oferecer assistência aos pacientes oncológicos e encerrou o ano de 2016, sem reduzir o ritmo de atendimentos aos pacientes - segundo o relatório anual da associação (2016).

A ilustração 11 representa a mobilização dos profissionais de saúde, colaboradores, pacientes e voluntários para sensibilizar o poder público e a sociedade civil sobre a importância da recuperação das finanças da instituição para continuidade da assistência ao enfermo portador do câncer.

Ilustração 11 – Abraço simbólico nas unidades operacionais da ACCG



(a) abraço simbólico no HAJ; (b) abraço simbólico na UOA.

Fonte: (a) G1. Globo.com/2016; (b) jornal O Popular (27. nov. 2018) Foto: Diomício Gomes

O hospital e a UOA tem um valor simbólico e representa uma função social, pois é parte integrante da história de Goiás, do povo goiano e goianiense, são seis décadas de combate ao câncer e esse abraço expressa/representa sentimentos de respeito e afetividade pela instituição.

1.3 A FILANTROPIA E A CRISE DE IMAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR DA ACCG

O HAJ é popularmente conhecido como um hospital beneficente. De certo modo, a ACCG é uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos, ou seja, é uma instituição civil de caráter samaritano com personalidade jurídica de direito privado, conforme Estatuto Social da ACCG (2014).

Nesse sentido, a palavra filantropia na sua origem revela o ato de ser solidário com o próximo, ou melhor, é a ação de demonstrar o amor à humanidade. Ainda nesse ponto, podemos dizer que a historicidade deste ‘termo’ está diretamente interligada aos atos de caridade

pregados pelos adeptos do mundo cristão. Com isso, ao longo da história brasileira foram surgindo as entidades filantrópicas, como é o caso da ACCG.

No entanto, conforme o entendimento de Pozzobon (2003), as entidades filantrópicas assumem o papel do Estado que deveria dar suporte assistencial em áreas importantes para sociedade como é o caso da saúde. Portanto, essas instituições filantrópicas ocupam o papel de paraestatal, (ou seja, um órgão que atua ao lado do estado, sem com ele confundir) cobrindo essas deficiências, para o autor essas entidades são fundadas e registradas para contribuição na missão do Estado.

Na visão de Fernandes (1994), o primeiro setor (formado pelo governo), segundo setor (formado pelas empresas privadas) e o terceiro setor (formado pelas associações sem fins lucrativos) com isso nos faz refletir que o “terceiro setor nada mais é a ‘negação’ nem governamental nem lucrativo”.

Nosso interesse é demonstrar que os princípios da filantropia estão pautados em causas assistenciais relacionadas às questões sociais de acesso a saúde e propagação das ações humanitárias. Certamente são as ações dos sujeitos que envolvem valores ditos corretos que teremos uma sociedade talvez mais justa e igualitária.

Porém, ao contrário destes valores, alguns gestores da ACCG ‘percorriam na contramão’ desses ideais, pois nos relatórios anuais e nos jornais impressos apresentaram envolvimento de gestores em atos ilícitos de desvio de verbas da associação para interesses que não contemplavam a missão da entidade. E, para agravar ainda mais os problemas da instituição, as constantes crises financeiras atrapalhavam o bom funcionamento do hospital tanto relacional quanto estrutural.

O cenário conturbado apresentado, desencadeou a crise de imagem da ACCG como um todo e principalmente do HAJ. Deste modo, para alguns profissionais e estudiosos que trabalham com a gestão da ‘crise de imagem’ definem que, a crise de imagem nada mais é do que a perda da reputação de uma pessoa ou organização. A esse respeito, Mafei (2008, p. 111) explica que: “a crise que compromete a imagem é um problema de comunicação, por excelência. O próprio ICM³⁰ define crise como o acontecimento que estimula grande cobertura da imprensa, com prejuízo para o desempenho da organização”. Entretanto, havia uma preocupação do Setor de Comunicação da associação das frequentes exposições da ACCG nos noticiários midiáticos o que poderia prejudicar a imagem da associação (Relatório Anual da ACCG (2015, p. 58). Seguem os noticiários na ilustração 12.

³⁰ Institute For Crisis Management – Instituto para Gestão de Crises (tradução nossa)

Ilustração 12 – A imagem da ACCG/HAJ fica comprometida



Fonte: Relatório Anual da ACCG/2015.

Apesar da Mafei (2008), considerar que a crise de imagem é um problema de comunicação. Entendemos que essa crise de imagem, exposta nos documentos pesquisados está diretamente relacionado com a ética em gerir os recursos destinados à manutenção da associação. Neste mesmo sentido talvez seja redundante explicar, mas a crise financeira e a crise relacional perpassaram em quase todas as gestões. Certamente, a intensidade destes dois fenômenos se diferenciava ao longo das temporalidades histórica da instituição.

Nessa mesma linha interpretativa, está o ponto de vista da jornalista e consultora de comunicação, Olga Curado (2009). Segundo ela, na crise de imagem é dada uma atribuição pública de responsabilidade a alguém, por ações danosas, por inépcia, deslealdade, imoralidade, incompetência ou ilegalidade. Geralmente, a crise de imagem surge pela divulgação de uma notícia ou reportagem em que alguém, uma empresa ou instituição, são citadas de forma negativa, em diversos mecanismos de comunicação.

E o HAJ tendo sua imagem envolvida em noticiários de cunho negativo talvez tenha

potencializado duramente a perda de confiança entre a organização institucional e o público em geral. Dito de outra forma, esses noticiários de *suspeita de desvios* e *denúncias de fraudes*, contribuíram, de certa forma, para o ‘descrédito’ da instituição junto a população e as empresas parceiras.

Certamente, os mais prejudicados com a crise de imagem, crise financeira e crise relacional da ACCG foram os pacientes que dependiam de um atendimento eficaz na luta contra o câncer. Muitos destes (descrito nos relatórios anuais, nos telejornalismos e jornalismo impresso da época) ficaram sem medicamentos importantes para tratamento, assim como, presenciaram a retirada de aparelhos que viabilizavam a detecção e acompanhamento do tratamento, conforme o Relatório Anual da ACCG (2015).

Ao reportarmos/citarmos a ‘ética’ se deu devido a sua importância para Política Nacional de Humanização que “atua a partir de orientações clínicas, éticas e políticas que se traduzem em determinados arranjos de trabalho” e tem como um elemento primordial na sua diretriz o acolhimento desse doente. Logo, o gestor da saúde tem a sua parcela de responsabilidade no fazer ético como função social (PNH, 2015, p. 7).

De acordo com o dicionário Houaiss (2001, p. 1.271), ética é “parte da filosofia responsável pela investigação dos princípios que motivam, distorcem, disciplinam ou orientam o comportamento humano, refletindo esp. a respeito da essência das normas, valores, prescrições e exortações presentes em qualquer realidade social”. A ética também é entendida como um conjunto de regras e conduta de uma pessoa ou um grupo de pessoas ou de uma sociedade.

Apresentamos também uma outra análise, a ética de responsabilidade, no dicionário de Ciências Humanas de Dortier (2010) significa priorizar as consequências da ação/atuação do agente/administrador. Nesse glossário ética e moral são conceitos diferentes, porém no cotidiano humano são indissociáveis. Assim, ética “se caracterizaria por certa imanência, pela vontade de orientar o comportamento humano para uma vida feliz. Seria, em primeiro lugar, uma sabedoria prática que visaria à vida correta”. Enquanto moral “implica, mais do que a ética, a ideia de certa transcendência e de certa abstração de um dever universal”.

Por último a ética médica conjuntos de ações pautados pela responsabilidade moral dos profissionais de saúde em relação aos pacientes (HOUAISS, 2001, p. 1.271).

Eis que aqui pensando, e não concluindo, a ética e moral cabe em qualquer lugar em que um cidadão estiver. Seja em família, no trabalho ou em atividades corriqueiras do cotidiano. Ser ético é ter compromisso com a legalidade/moralidade dos seus atos juntamente com a gestão da imagem seja ela “sua” ou de “outrem” seja no primeiro, segundo e terceiro setores da

sociedade. Portanto, como alguns estudiosos da comunicação dizem: a crise de imagem expõe a reputação de uma pessoa ou empresa. Deste modo, a crise de imagem compromete todo um contexto histórico de uma instituição reconhecida nacionalmente, sobretudo àquela pertinente à filantropia que depende de subsídio (doações e empresas parceiras) para continuar mantendo seus serviços com ética e boa qualidade para a população.

A intenção de explanar em síntese sobre a filantropia e a crise de imagem foi intencional para refletirmos sobre a humanização no sentido de ‘Gestão’ do HAJ, percebemos até aqui nessas abordagens, a ausência de conduta ética e o desrespeito a Política Nacional de Humanização (PNH) ao longo da história dessa unidade de saúde por parte de alguns gestores. A PNH prescreve que “as decisões da gestão interferem diretamente na atenção a saúde”. Neste caso, o acolhimento desses pacientes de diversos espaços geográficos ficou prejudicado neste lugar de tratamento, de recuperação e de busca pela vida em tempos passados. Ainda hoje, torna-se difícil mensurar o quanto desse passado deixou marcas na estrutura desse hospital na atualidade.

CAPÍTULO 2

O MIGRANTE DA SAÚDE

Este capítulo tem como objetivo entender o câncer e suas mazelas, adentrar e debater os conceitos de migração apoiado nos teóricos clássicos e contemporâneos - Milone (1991), Moraes (2002), Perdigão & Bassegio (1992), Santos & Silveira (2001), Santos (2005, 2008, 2014), Martins (1984), Silva (2017) e Ferreira (2010). Esse contexto de migração, leva-se a analisar o migrante da saúde em busca de tratamento oncológico. Na sequência buscamos identificar os pontos de origem desses migrantes por meio de levantamento de dados quantitativos que foram representados em mapas cartográficos.

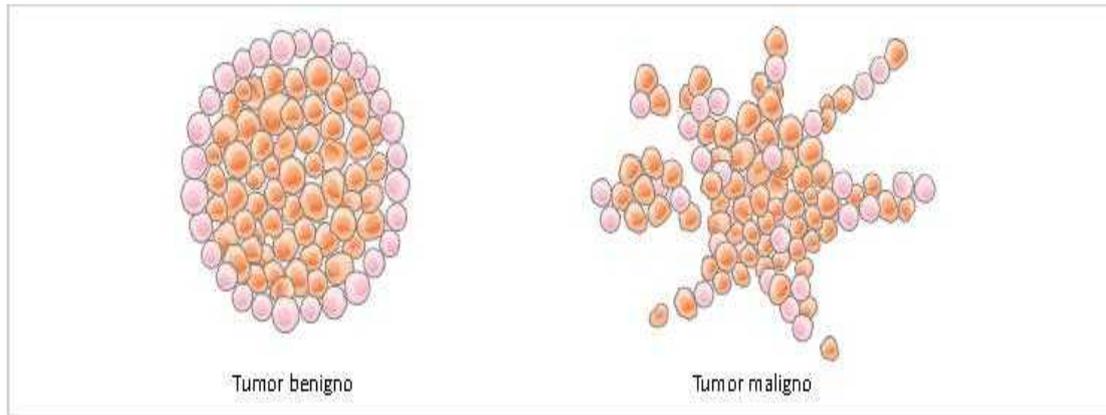
2.1 O CÂNCER E SUAS MAZELAS

Sobre o cancro, o Instituto Nacional do Câncer (2012, p. 17) aponta que o câncer não é uma doença nova. Em tempos idos, essa enfermidade já comprometia o homem há mais de três mil anos antes de Cristo. Contudo, a palavra câncer vem do grego *Karkinos*, que quer dizer caranguejo, e foi utilizada pela primeira vez por Hipócrates, pai da medicina (INCA, 2012, p. 17).

No território brasileiro, os primeiros casos registrados de câncer segundo dados do INCA (2005), referem-se ao Brasil-Médico do ano de 1904, com trabalho publicado e assinado por Sodré, intitulado: “Frequência do câncer no Brasil”. Essa publicação perfaz o período de 1894 a 1898, e o autor procura relacionar o clima com uma maior incidência de câncer no extremo Sul do país. Na época, esses estudos revelaram a predominância do câncer uterino nessa região, e essa é conhecida como a primeira publicação a respeito do assunto no âmbito científico e acadêmico brasileiro.

A neoplasia maligna é caracterizada pela perda do controle da divisão celular, isto é, pelo crescimento desordenado de células, e tem a possibilidade de invadir outras estruturas orgânicas (INCA, 2017). Acrescenta-se que as neoplasias podem ser classificadas em benignas ou malignas (ilustração 13).

Ilustração 13 – Diferenças entre tipos de tumores



Fonte: INCA(2017).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer, o tumor benigno tem seu crescimento de forma organizada, geralmente lento, expansivo e apresenta limites bem definidos. Enquanto o tumor maligno apresenta uma maior autonomia no organismo e é capaz de invadir tecidos vizinhos e provocar metástases³¹. Para os especialistas da área oncológica, a maioria dos cânceres *in situ*³² é curável desde que seja tratada antes de progredir para fase de câncer invasivo³³. Para isso, ratifica a importância da prevenção³⁴ e diagnóstico precoce da patologia.

Sob a lógica do câncer, essa enfermidade forma um conjunto de mais de cem doenças que invadem tecidos e órgãos vizinhos. Sendo assim, discorreremos neste trabalho de forma sintetizada os principais tipos de câncer incidentes na população brasileira – CA da cavidade oral (boca); CA de cólon e reto (intestino); CA de esôfago; CA de estômago; CA de mama; CA de pele do tipo melanoma; CA de pele não melanoma; CA de próstata; CA de pulmão; CA do colo do útero e Leucemias, INCA (2017).

A respeito desse fenômeno, o INCA (2017, pp. 42:45) considera que “os fatores de risco de câncer podem ser encontrados no ambiente físico, ser herdados, ou representar comportamentos ou costumes próprios de um determinado ambiente social e cultural”.

Acerca disso, ilustração 14 apresenta as principais causas de câncer:

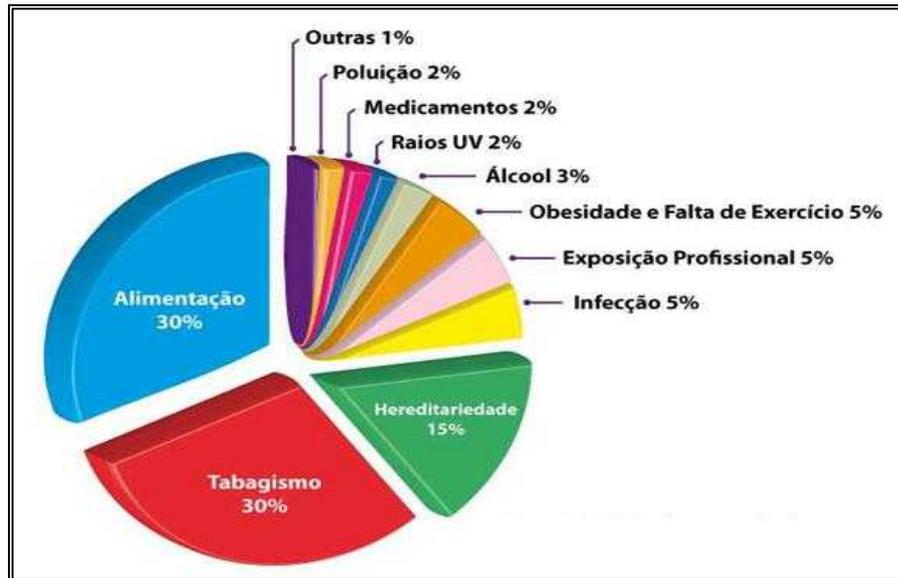
³¹ É quando o câncer se espalha além do local onde começou (sítio primário) para outras partes do corpo. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/o-que-e-metastase/7478/889/>.

³² “É o primeiro estágio em que o câncer pode ser classificado (essa classificação não se aplica aos cânceres do sistema sanguíneo). Nesse estágio (*in situ*), as células cancerosas estão somente na camada de tecido na qual se desenvolveram e ainda não se espalharam para outras camadas do órgão de origem” INCA (2017, p. 16).

³³ “No câncer invasivo, as células cancerosas invadem outras camadas celulares do órgão, ganham a corrente sanguínea ou linfática e têm a capacidade de se disseminar para outras partes do corpo”, para os estudiosos da área a capacidade invasiva das neoplasias malignas é a principal responsável pela dificuldade da erradicação cirúrgica das mesmas, INCA (2017, p. 16).

³⁴ Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que cerca de 40% das mortes provocadas pelo câncer poderiam ser evitadas através da prevenção.

Ilustração 14 – Gráfico das principais causas de câncer



Fonte: INCA (2017).

De acordo com o gráfico as principais causas do câncer são: alimentação, tabagismo, hereditariedade (maior percentualidade), infecção, exposição profissional, obesidade e falta de exercício, álcool, medicamentos, poluição e outras (menor percentualidade).

Ademais, há ainda outro ponto de fundamental importância a ser observado: após o diagnóstico da doença através do exame histopatológico, a determinação da extensão da enfermidade e a identificação dos órgãos atingidos. A partir dessa história clínica serão traçadas as principais formas de tratamento de acordo com o estadiamento³⁵. Dessa forma, o planejamento terapêutico indicado para os pacientes com câncer são: quimioterapia, radioterapia e cirurgia (INCA, 2017).

Neste contexto oncológico, os pacientes que inspiram cuidados paliativos por não haver tratamento terapêutico pelo estágio avançado da doença. A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que:

os cuidados paliativos consistem na abordagem para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares e no enfrentamento de doenças que oferecem risco de vida, pela prevenção e pelo alívio do sofrimento. Isso significa a identificação precoce e o tratamento da dor e de outros sintomas de ordem física, psicossocial e espiritual. (INCA, 2017, p. 57).

No HAJ a equipe do GAPPO possui três salas destinadas para assuntos que contemplem os paciente paliativos domiciliar e hospitalar, é composta por uma equipe de dois médicos, um

³⁵ De acordo com o INCA (2017) O estadiamento de um tumor maligno significa avaliar o seu grau de disseminação. Neste aspecto, pode ser clínico ou patológico.

assistente social, uma psicóloga, um fisioterapeuta, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem, uma secretária, dois voluntários e capelães. Os cuidados com o paciente paliativos, normalmente acontece no atendimento domiciliar somente em Goiânia, para os pacientes do interior (Goiás) e de outros estados é encaminhado matricialmente para o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)³⁶ em saúde do seu município, entretanto, esse paciente paliativo pode obter orientações e suporte via telefone com a equipe do GAPPO. Normalmente, o paciente ou o acompanhante recebe ligação para o agendamento das visitas (trabalho de campo realizado no HAJ em 2018).

O trabalho diário desta equipe segue semanalmente de segunda a sexta das 07 horas às 16 horas – na segunda-feira acontece visita médica e da enfermagem, na terça-feira ocorre reunião pela manhã com estudo de caso e educação continuada, quarta-feira visita médica e enfermagem, quinta-feira visita da enfermagem e da psicóloga, na sexta-feira enfermagem para fazer os curativos e o fisioterapeuta presta assistência todos os dias (trabalho de campo realizado no HAJ em 2018).

Assim, o atendimento paliativo acontece numa:

Média mensal de atendimento do serviço em casa antes de 2017 era de 50 pacientes, hoje são 160. No hospital, 120 pacientes recebem amparo todos os meses e uma média de 300 são atendidos por telefone. Por mês, cerca de 15 familiares recebem auxílio após a partida do ente querido (jornal O Popular, saúde, 3 dez. 2018, p. 13).

Na mesma matéria (jornal O Popular, saúde, 3 dez. 2018, p. 13) o médico Marco Aurélio Nascimento Borges coordenador do GAPPO fala que:

O cuidado paliativo era conhecido como cuidado no final de vida, mas temos como fazer isso bem antes. O objetivo é que a pessoa viva bem todos os dias inclusive perto da sua morte. Não se trata de um trabalho de achismo, temos instrumentos para identificar o que o paciente precisa, o seu testamento vital. A pessoa fala o que gostaria que fosse feito durante o tratamento e respeitamos isso.

Nesse sentido, podemos considerar que a atenção dada ao paciente paliativo pela equipe do GAPPO é também humanista, prestando uma assistência ao enfermo na sua totalidade no processo de escuta, cuidado e respeito. Para a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), “cuidados paliativos não são apenas uma necessidade de saúde pública, mas essencialmente humanitária.” (jornal O Popular, saúde, 3 dez. 2018, p. 13).

³⁶ O Serviço de Atendimento Domiciliar, por meio do programa Melhor em Casa, é composto por diversos profissionais da saúde, que realizam atendimento no domicílio das pessoas que necessitam de cuidados de saúde mais intensivos. O acesso ao SAD é geralmente feito no hospital em que o usuário estiver internado ou ainda por solicitação da equipe de Saúde da Família/Atenção Básica ou da Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Disponível em: <<http://portalsms.saude.gov.br/aco-es-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/atencao-domiciliar>>.

Contudo, recentemente os casos de câncer crescem a cada ano e é a segunda causa de óbitos no país. Para 2016/2017 a estimativa é a ocorrência de 596.070 casos novos de câncer no Brasil para cada um desses anos. Essa estimativa foi alcançada sob a análise de dois diferentes aspectos: por localização primária do tumor ou por região geográfica (INCA, 2017, p. 30).

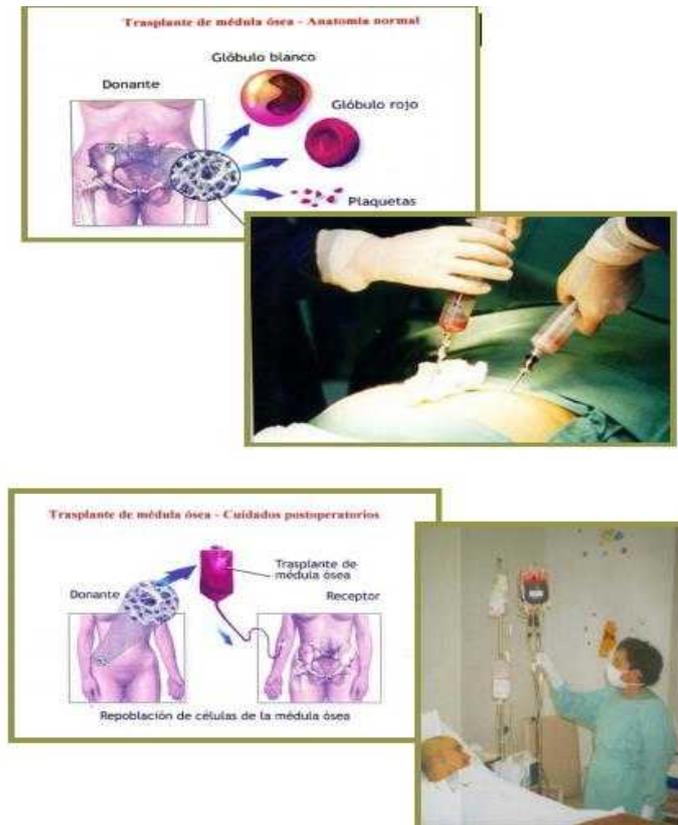
Considerando a diversidade das tipologias da patologia câncer e o crescimento de sua incidência, sabemos que, tanto o diagnóstico quanto o tratamento, exigem uma equipe profissional multidisciplinar, bem como drogas e equipamentos dotados de alto aporte tecnológico. Nosso lugar de investigação, o HAJ, oferece tratamentos em várias áreas, mas tem-se destacado no tratamento da leucemia por meio de transplantes de medula óssea. Por isso, nossa temática, delimita o campo de pesquisa e damos uma atenção maior sobre o Transplante de Células Tronco Hematopoéticas (TCTH)³⁷ e o universo a ser estudado abrange os pacientes migrantes adultos desse setor de tratamento no HAJ.

Os primeiros estudos sobre Transplante de Medula Óssea ocorreram a partir do ano de 1949, e o principal pioneiro no mundo a desenvolver o procedimento de Transplante de Células – Tronco Hematopoéticas (TCTH) / Transplante de Medula Óssea (TMO)³⁸ foi o Prof. Edward Donnall Thomas. No início a indicação para realização do TCTH (ilustração 15) era para pacientes na fase terminal da doença, atualmente, são realizados em estágio inicial de muitas doenças as leucemias e outros cânceres no sangue, (VOLTARELLI, 2009).

³⁷ Esse procedimento é indicado para pacientes com doenças hematológicas, como leucemia, linfomas e alguns tipos de anemia (VOLTARELLI, 2009).

³⁸ O título TMO, mais antigo, tem sido substituído, na literatura médica e em obras correlatas, pelo termo TCTH, mais abrangente e moderno (VOLTARELLI, 2009).

Ilustração 15 – Transplante de Células Tronco Hematopoéticas



Fonte: Ana Gualberto (2012).

As etapas deste procedimento de TCTH inicia-se a partir da medula: o doador recebe anestesia e os médicos responsáveis pelo transplante usam uma agulha para aspirar a medula óssea de dentro dos ossos da bacia. A medula óssea é filtrada para remover fragmentos de osso ou tecido e é colocada em uma bolsa que poderá ser transfundida no receptor (paciente) através de um acesso venoso (SBTMO, 2018).

Para se ter uma noção melhor sobre a doença, surgiram algumas indagações das quais recorreremos a Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea (SBTMO).

O que é Medula Óssea?

É um tecido líquido-gelatinoso que ocupa o interior dos ossos, sendo conhecida popularmente por 'tutano'. Na medula óssea são produzidos os componentes do sangue: as hemácias (glóbulos vermelhos), os leucócitos (glóbulos brancos) e as plaquetas. As hemácias transportam o oxigênio dos pulmões para as células de todo o nosso organismo e o gás carbônico das células para os pulmões, a fim de ser expirado. Os leucócitos são os agentes mais importantes do sistema de defesa do nosso organismo e nos defendem das infecções. As plaquetas compõem o sistema de coagulação do sangue (SBTMO, 2018).

O que é TCTH? “É um procedimento terapêutico que consiste na ‘aspiração’ de células-

tronco hematopoéticas da medula óssea que são transferidas do tecido (medula) como um todo ou de células selecionadas do próprio paciente ou de doador compatível, aparentado ou não” (SBTMO, 2018).

Quais são os tipos de TCTH? E quais as doenças que se beneficiam do tratamento?

Hoje o tratamento pode ser feito de três formas: autogênico (autólogo), quando a medula ou as células são do próprio transplantado; alogênico, utiliza a medula óssea ou célula-tronco de um doador para um paciente; e o singênico, em que o doador é um irmão gêmeo. 1. Autogênico – é designado a alguns tipos de doenças, principalmente as que não atingem a medula óssea ou em que é possível separar a célula doente da célula sadia. Nesse caso se retira a medula, a armazena, e se trata o paciente com quimioterapia ou radioterapia para eliminar a doença. Às vezes é necessário também tratar a própria medula óssea que foi retirada para separar as células malignas das células benignas. Indicações: as indicações clássicas dos TMOs autogênico são o mieloma múltiplo, os linfomas e tumores sólidos. 2. Alogênico - possui duas modalidades: aparentado, quando o doador é irmão ou parente próximo compatível com o paciente; e não-aparentado, ou seja, voluntários sem vínculo sanguíneo com o paciente, inscritos no Registro Brasileiro de Doadores de Medula Óssea (REDOME) ou de Bancos de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário públicos (BSCUP). Indicações: leucemias agudas, tanto a linfoblástica (na qual as células precursoras dos linfócitos tornam-se cancerosas e substituem rapidamente as células normais da medula óssea), quanto amieloblástica (na qual as células precursoras dos granulócitos tornam-se cancerosas e, também, rapidamente substituem as células normais na medula óssea), (SBTMO, 2018).

O primeiro centro a realizar o TCTH no Brasil foi em Curitiba, capital do estado do Paraná, no Hospital das Clínicas na Universidade Federal do Paraná (UFPR) em 1979 (VOLTARELLI, 2009). Hoje são 89 centros de referência de TCTH. Sendo que desses centros nenhum consta na região Norte do país. Na região Centro-Oeste, só em Goiás e no Distrito Federal possui centro de TCTH, em Goiânia encontra tratamento na ACCG³⁹; Hospital e Maternidade Jardim América LTDA e no Instituto Goiano de Oncologia e Hematologia (INGOH), conforme dados coletados na Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea (2018).

O setor de TCTH da ACCG/HAJ foi credenciado pelo Ministério da Saúde no ano de 2000 para realização de transplantes autólogos e alogênicos aparentados, tendo como coordenador técnico na época o Dr. César Leite Santanna. Nesse mesmo ano, no mês de janeiro, foi realizado o primeiro procedimento de transplante ‘autólogo’, em colaboração com a equipe de transplante do Hospital Albert Einstein. Em 2001 foi realizado o primeiro transplante ‘alogênico’ aparentado (VOLTARELLI, 2009).

Contudo, até dezembro de 2003 foram realizados 73 transplantes. Logo, houve uma reformulação técnica e física na gestão do hospital que ocasionou no desligamento do médico

³⁹ Entidade pioneira em Goiânia no tratamento de Células Tronco Hematopoéticas.

César Leite Santanna da coordenação do setor de transplante. Com isso, o Dr. Cesar Bariani, assumiu a coordenação técnica do setor de TCTH do hospital do qual permanece até os dias atuais como coordenador. Assim, sobre sua gestão

ampliou a Unidade para quatro leitos individuais com filtro HEPA, criou o Serviço de Hematologia de Adultos, reformulou a equipe médica e, junto com a Dra. Rosemary Gusmão Crocetti, inauguraram o Laboratório de Imunofenotipagem da Pediatria que passou, também a dar assistência a toda a Hematologia e também aos pacientes do TMO (VOLTARELLI, 2009).

De modo geral o acesso ao TCTH no Brasil pelo SUS é aproximadamente 80%. Porém, “a má distribuição geográfica dos centros, o acesso pouco ágil a eles e o baixo nível socioeconômico da população-alvo são fatores adicionais que pode limitar o aumento do número de transplantes” Voltarelli (2009, p. 1219).

Segundo o médico Nelson Hamerschlak, presidente do XXI Congresso da SBTMO 2017 e Merula Steagall presidente da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE)⁴⁰ coadunam em dizer que atualmente no Brasil não há déficit de doadores de medula óssea, mas, há falta de leitos adequados para a realização dos transplantes. Além da falta de leitos, a dificuldade de acesso aos medicamentos de baixo e alto custo prejudica os pacientes (SBTMO, 2018)⁴¹.

Para Hamerschlak “os gestores públicos no Brasil deveriam ser responsabilizados criminalmente e em último caso até presos quando comprovada a omissão e a negativa de acesso aos medicamentos e tratamentos que podem salvar milhares de vidas” (SBTMO, 2018).

De todo este contexto da doença, a acessibilidade ao tratamento é primordial para garantir as possibilidades do direito de cura e de viver. Neste poema a seguir escrito por Pedro, H. A. et al. (2009, p. 9) retrata os sentimentos internalizados (anseios e emoções) vividos por aqueles que passaram pelo procedimento de Transplante de Células Tronco Hematopoéticas.

O transplante

Primeiro veio a angústia
O medo e a interrogação.
Logo virou notícia
E toda a informação.
Virou até rotina.
Sábado e domingo.
Mas não estava só
Deus, minha mãe e a televisão.
Na garganta havia um nó
No peito só emoção.
A vida criou asas
O amor, o perdão.

⁴⁰ Ver no APÊNDICE B os hemocentros com cadastro de doadores de Medula Óssea no Brasil.

⁴¹ Tema discutido no XXI Congresso da SBTMO realizado nos dias 17 a 19 agosto de 2017, São Paulo-SP.

O sol veio de relance
 A lua na escuridão.
 Ganhei uma nova chance
 Cheia de amor e gratidão.
 A medula pegou!
 Era a confirmação.
 Uma nova vida.
 Uma nova doação.
 Valeu a pena.
 Do fundo do coração.

Como vimos, nesse poema é salutar a acessibilidade ao tratamento terapêutico, de forma a não desprezar os nossos direitos e não desprezar os direitos dos outros. Esse ‘direito ao tratamento’ certamente proporciona a esse paciente o acesso a saúde, a vida, a esperança, a fé, o otimismo e a alegria de se ter mais uma chance para viver mais.

Neste contexto reflexivo, o migrante oncológico transplantado, assemelha a um refugiado⁴², pois, por um motivo de saúde é forçado abandonar o seu lugar de origem/residência para tratar do cancro, e por uma questão de alta vulnerabilidade pós-transplante o sujeito não pode fazer uma migração de retorno de imediato. Por recomendação médica, a sua permanência na cidade de tratamento é imprescindível.

Ao revisitar a história do hospital apesar dos percalços percebemos a importância dessa unidade de saúde em tempos passados e o que ela representa no contexto atual, pela possibilidade de acesso ao tratamento do câncer. Principalmente para as pessoas que dependem do tratamento via SUS ou até mesmo da assistência gratuita⁴³.

O tratamento oncológico por ser de média e alta complexidade, exigiu e exige ainda que se tenha um quadro de especialistas qualificados, assim como, um alto aporte tecnológico. Essa especificidade resulta de certa forma em poucos centros de referências (Cacon) – Ilustração 16– para tratamento e combate ao câncer no território pátrio.

Ilustração 16 – Quadro das Unidades Federativas de atendimento oncológico pelo SUS

UF	CACON	UNACON com RT*	UNACON sem RT*	HG com CO**	Serviços isolados de RT*
AC	0	1	0	0	0
AL	2	1	2	0	0
AP	0	0	1	0	0
AM	0	1	0	0	0

continua

⁴² É aquele sujeito que é forçado a sair do seu país de origem para o país de outrem e fica impedido de fazer a migração de retorno (ALMEIDA, 2000).

⁴³ Os procedimentos/atendimentos gratuitos na ACCG ocorrem numa porcentagem menor em relação ao SUS, convênios e particular. Relatório Anual da ACCG (2017, p. 105).

continuação

UF	CACON	UNACON com RT*	UNACON sem RT*	HG com CO**	Serviços isolados de RT*
BA	1	5	7	0	1
CE	2	2	5	0	0
DF	1	1	1	0	0
ES	1	1	4	0	0
GO	1	2	2	0	0
MA	1	0	2	0	0
MT	0	2	3	0	0
MS	0	4	3	0	0
MG	3	21	7	0	0
PA	1	1	0	0	0
PB	1	1	2	0	0
PR	5	6	11	0	1
PE	1	2	7	0	2
PI	1	0	0	0	0
RN	1	1	5	0	0
RS	3	13	11	0	0
RJ	2	7	14	2	4
RO	0	2	0	0	0
RR	0	0	1	0	0
SC	1	5	9	0	1
SP	16	20	32	5	1
SE	0	2	0	0	0
TO	0	1	1	0	0
Total	44	102	130	7	10

Fonte: CGAPDC/DAET/SAS/MS – agosto/2015

*RT – Radioterapia

conclusão

**HG com CO – Hospital Geral com Cirurgia Oncológica

No Art. 21 da Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014 os estabelecimentos Cacon devem prestar atenção especializada em oncologia a todos os tipos de CA, incluindo os hematológicos. Assim, são obrigatórios oferecer: serviço de cirurgia; serviço de oncologia clínica; serviço de radioterapia; serviço de hematologia. Porém, é facultado prestar serviço de oncologia pediátrica; serviço de medicina nuclear com iodoterapia.

Nos estabelecimentos Unacon o Art. 19 da mesma Portaria diz que essas unidades devem prestar atenção especializada em oncologia aos tipos de CA mais prevalentes no Brasil⁴⁴.

⁴⁴ Câncer da cavidade oral (boca); câncer de cólon e reto (intestino); câncer de esôfago; câncer de estômago; câncer de mama; câncer de pele do tipo melanoma; câncer de pele não melanoma; câncer de próstata; câncer de pulmão; câncer do colo do útero e leucemias, INCA (2017).

Sendo obrigatório oferecer: serviço de cirurgia e serviço de oncologia clínica. Fica facultado prestar serviços de: radioterapia, hematologia, oncologia pediátrica, medicina nuclear com iodoterapia.

Ao analisarmos a ilustração 16 percebemos que os estados do Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Rondônia, Roraima, Sergipe e Tocantins não possui nenhum CACON que atenda todos os tipos de cânceres. Talvez, por esse motivo, um grande número de pacientes se desloca no espaço geográfico, em busca de assistência. Para aproximar nosso olhar desses movimentos migratórios, procuramos analisar a relação entre o migrante e o espaço de destino, o hospital.

2.2 A MIGRAÇÃO HUMANA

O ato de migrar é realizado há milhares de anos, sendo uma forma de mobilidade espacial da população dentro de um território ou fora dele. É sabido que, dentro da literatura geográfica, há uma diversidade de aspectos sobre os processos migratórios. Por isso, constatamos que ocorrem muitos fatores que impelem o indivíduo a deslocar de seu lugar de origem para o lugar de outrem. Dentre essas razões estão os aspectos econômicos, políticos, religiosos, desastres ambientais, culturais, guerras e outros. Por essas diversas motivações, compreendemos que a busca de outros espaços leva os sujeitos a se mobilizarem dentro do território.

Neste sentido, a história territorial brasileira, inicialmente, é interpretada de acordo com as necessidades européias, a partir dos primeiros momentos da colonização do seu espaço. A gestação de um povo (ou de uma nação) só foi possível por intermédio cultural de nativos e imigrantes, tais como índios, europeus e africanos. E por último, a imigração de povos árabes e japoneses, conforme análise de Ribeiro (1995).

Nessa base de construção do território, fica nítido que, já no momento de sua colonização, as forças que agem nele são demasiadamente desiguais. Índios, negros e brancos não tiveram as mesmas oportunidades de se estabelecer no território de modo igualitários.

Pode-se dizer que, ao mesmo tempo, o território é fruto da junção histórica das três etnias, mas, ao mesmo tempo, os processos econômicos, políticos e culturais são diacrônicos entre os mesmos. Parece-nos que o conceito de nação⁴⁵ estava, inicialmente, muito longe.

O colonizador - também imigrante - determinava as necessidades do território (política e economia, por exemplo) e imigrantes e nativos (africanos e índios, respectivamente) tendiam

⁴⁵ O povo de uma nação; todas as pessoas que nela vivem. (HOUAISS, 2001, p. 1990).

a cumprir as determinações auferidas pelos projetos políticos que atendiam aos interesses dos europeus, Ribeiro (1995).

Portanto, um território “usado” de maneira desigual por seus primeiros apropriadores, nos faz refletir que a economia, política e cultura sempre foram conceitos impostos e não socializados entre as etnias que aqui usaram o mesmo território, enquanto nação⁴⁶.

Ao longo da onda migratória interna do território brasileiro, os maiores movimentos populacionais estavam diretamente relacionado às questões agrárias, em que milhares de famílias e pessoas se deslocaram do seu local de origem em busca de uma vida melhor.

Segundo Perdigão & Bassegio (1992), já no século XVI, o governo colonial proibia qualquer pessoa de abrir caminhos terra adentro no território brasileiro. Todavia, os bandeirantes ignoraram tal disposição, apurando-se sempre para o interior, motivados principalmente pela captura da população indígena.

Após as incursões que primavam pela dominação indígena, o movimento populacional se deu em função da exploração da madeira de pau de tinta (RIBEIRO, 1995) e, um tempo depois, a mobilidade tinha como objetivo a exploração do ouro, inicialmente em Minas Gerais, depois Mato Grosso e Goiás.

Percebemos então que as necessidades coloniais justificavam os sentidos das migrações, ainda que forçosamente. A história desse fluxo migratório foi marcado por exploração física e até mesmo cedendo a própria vida na tentativa de evitar as forças impostas para a manutenção do sistema capitalista. Ribeiro (1995, p. 109) assim se referiu àquele momento da história do Brasil, ao lidar com índios e negros enquanto força física explorada: "moinhos de gastar gente".

Ao observarmos recentemente a migração, sobretudo no caso brasileiro, vemos que se tornou um fenômeno polifacetado. Sobre os fluxos migratórios, consta no censo realizado pelo IBGE (2010), que mais de 27 milhões de habitantes do total de 190.755.799 apontaram ter nascido em estado da federação diferente do que viviam na época. A partir desses dados podemos pensar que os desdobramentos migratórios no Brasil diferenciam-se, considerando suas motivações no tempo e no espaço. Entre estas motivações inclui, a procura pelos tratamentos de saúde.

Nesse sentido, uma breve leitura acerca do fenômeno migratório se torna necessário

⁴⁶ A despeito da nação brasileira, Ribeiro (1995, p.453) profere: “Nós, brasileiros, nesse quadro, somos um povo em ser, impedido de sê-lo. Um povo mestiço na carne e no espírito, já que aqui a mestiçagem jamais foi crime ou pecado. Nela fomos feitos e ainda continuamos nos fazendo. Essa massa de nativos oriundos da mestiçagem viveu por séculos sem consciência de si, afundada na ninguentade. Assim foi até se definir como uma nova identidade étnico-nacional, a de brasileiros. Um povo, até hoje, em ser, na dura busca de seu destino. Olhando-os, ouvindo-os, é fácil perceber que são, de fato, uma nova romanidade, uma romanidade tardia mas melhor, porque lavada em sangue índio e sangue negro”.

para melhor compreensão posteriormente da (re)significação do lugar através do tratamento humanizado no ambiente hospitalar.

Na tentativa de compreender os fenômenos que envolvem migração, nos sustentamos teoricamente, em algumas contribuições, tais como: Milone (1991), Moraes (2002), Perdigão & Bassegio (1992), Santos (2001, 2008, 2014), Martins (1984) Silva (2017) e Ferreira (2010).

Milone (1991, p. 41) afirma que “migração pode ser definida como sendo uma forma de mobilidade espacial que se verifica entre duas unidades geográficas distintas e que resulta em uma mudança permanente de residência”. Gastaldi (2005, p. 428), explica que a “migração significa deslocamento de parcelas da população de uma para outra região do mesmo país (migração interna) ou de um para outro país (migração externa)”.

Essas duas definições, ainda que gerais, dão o aporte para a interpretação teórica do tipo de fenômeno social que estudamos. É a partir desses autores que se fundamentam outras reflexões como: os tipos de migração, as motivações que os levaram a migrar, os impactos causados nos locais receptores, as conexões históricas etc.

Diante das categorizações sobre a migração, temos um conjunto de interpretações sobre esse fenômeno social, e a migração tornou-se tão comum que “hoje, a mobilidade fez-se praticamente uma regra. O movimento se sobrepõe ao repouso” (SANTOS, 2014, p. 327). Com isso, a busca por melhores condições de vida impele/incita as pessoas a se deslocarem no espaço para os lugares potencialmente atrativos, considerando as necessidades e as alegações de cada um no seu tempo e espaço analisado.

Para entendermos os motivos desta mobilidade recorreremos à categoria geográfica ‘território’ na busca de compreender a relação dessa migração com os espaços dotados de ciência e técnica.

A esse respeito, Moraes (2002, p. 63) explica que “O território passa ser visto como um resultado histórico do relacionamento da sociedade com o espaço, o qual só pode ser desvendado por meio do estudo de sua gênese e desenvolvimento”. Da mesma forma, tanto Moraes (2002) quanto Milton Santos (2014), enfatizam a necessidade desse novo olhar para o território no sentido histórico, cultural, temporal com suas respectivas particularidades. Isso sem desvencilhar do aspecto global/nacional/local, na dinâmica dos processos sociais, que resultaram em intervenções humanas nos lugares e na criação de materialidades e ordenamento no espaço terrestre.

Nessa leitura espacial territorial, Santos e Silveira (2001, p. 93) afirmam que “o território é usado a partir de seus acréscimos de ciência e técnica, e tais características o definem como um novo meio geográfico” e é sabido que, no espaço nacional, o HAJ é uma das maiores

referências da região Centro-Oeste no combate ao câncer, dada a sua capacidade de obtenção de ciência e tecnologia.

Continuando, os referidos autores enfatizam que:

Todos esses novos instrumentos de trabalho colonizam o território de forma seletiva, de tal modo que os pedaços de maior densidade técnica acabam por oferecer mais possibilidades do que os menos dotados desses recursos de conhecimento (SANTOS e SILVEIRA, 2001, p. 99).

O uso do território é marcado, de um lado, por uma maior fluidez, com menos fricções e rugosidades e, de outro, pela fixidez, dada por objetos maciços e grandes e também pelos *microobjetos* da eletrônica e da informática, cujas localizações devem ser adequadas e precisas. A expansão desse meio técnico-científico-informacional é seletiva, com o reforço de algumas regiões e o enfraquecimento relativo de outras (SANTOS e SILVEIRA, 2001 p. 102).

A partir desse raciocínio é possível perceber que há lugares heterogêneos no que dizem respeito à distribuição do meio técnico-científico-informacional no território nacional, isso, ratifica a centralidade dos serviços médico-hospitalares nos grandes centros, o que motiva as migrações para tratamento de saúde. Assim, é possível imaginar que essas migrações são precedidas da vontade de ‘os enfermos’ fazerem parte “daquele território usado”, objetivando o acesso às unidades de saúde que possuem todo o aporte tecnológico para o tratamento da doença.

Então ‘migrar’ seria uma pré-condição que alimenta desejos e necessidades sobre aquele território usado. Ainda que de modo bastante desigual, como havíamos afirmado acima, esse processo se dá ao longo da história brasileira, desde os tempos da colonização até os dias atuais. Nesse sentido, se pensarmos no deslocamento populacional em busca de tratamento de saúde, podemos caracterizá-lo como um fenômeno perene, dinâmico e conflitivo – diante das questões sociais, econômicas, políticas e culturais.

Por conta das necessidades bastante difusas que impulsionam a mobilidade humana no território, passamos a ver o fenômeno da migração como um processo polifacetado. A migração – ou o desejo de conhecer outros lugares de sobrevivência – tem muitos lados e não se define apenas por um motivo. Percebemos, até aqui, que o território “em uso” citado pelos autores – Milton Santos e María Laura Silveira (2001) – cria elementos dinâmicos e conflitivos, mas também explicam os sentidos da mobilidade populacional, em função de seus próprios desdobramentos ocupacionais, temporais e espaciais.

Milone (1991, p. 42), recorrendo a Ravenstein, sobre o assunto de ‘migrações’ afirma que:

em síntese, neste tipo de enfoque, procura-se explicar os movimentos migratórios através dos fatores de atração e expulsão. Desta maneira considera-se o fenômeno

migratório como resultante do inter-relacionamento que se processa entre as forças de atração e expulsão que atuam nas regiões de saída e chegada dos migrantes.

Considerando os estudos sobre o assunto, entendemos que para compreender as correntes migratórias será necessária a identificação dos conjuntos de fatores de natureza sociocultural que possa justificar os deslocamentos populacionais. No entanto, ao observarmos o inventário de mobilidades populacionais, naturalmente relacionamos as revoluções agrícolas e industriais como uns dos fatores importantes para o fenômeno de deslocamentos de populações de áreas consideradas ineficientes para as áreas eficientes.

Para muitos sociólogos e geógrafos, a decisão de migrar é vista como sendo constituída de duas partes: “a primeira - parte da decisão do migrante por deixar o local onde vive, e a segunda diz respeito ao ponto específico para o qual ele irá se deslocar e, potencialmente, se fixar” (MILONE, 1991, p. 42).

Outra análise utilizada pelo autor (1991, p.43) ao apropriar do pensamento de Wolper ele diz que a migração pode ser apresentada através de “três variáveis básicas, a saber: a satisfação para com o lugar de saída, modificações desta satisfação ao longo do tempo e a identificação de lugares que possam oferecer níveis de satisfação futura”.

Portanto, as questões sociais, econômicas e políticas que abrangem a industrialização e modernização interferem na mobilidade populacional. Nesse caso, a migração torna-se cada vez mais necessidade funcional e o seu volume, como consequência, torna-se cada vez maior. Em outras palavras estas metamorfoses sociais, econômicas e políticas podem alterar por inteiro os objetivos da migração de uma sociedade. E as desigualdades das características sociais e econômicas dos sujeitos e das famílias podem afetar a possibilidade de seus movimentos. Diante desse contexto ressaltamos que as variáveis socioeconômicas são: o emprego, a renda, a educação, a saúde e outros.

Em relação à migração Perdigão & Bassegio (1992, p. 164), destacam que:

A migração não é um fenômeno natural e espontâneo, mas sim a manifestação concreta de estruturas econômicas, políticas e sociais injustas, as quais, privilegiando as classes dominantes, condenam milhões de famílias a um desenraizamento sem fim (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), 1987) [...] Migrar é um direito de toda pessoa. Desde que o homem é homem, seguramente existe a migração. Quando essa experiência é realizada por livre e espontânea vontade, ela aprofunda o relacionamento entre as pessoas, famílias e povos, promovendo um intercâmbio cultural altamente enriquecedor. Neste sentido, a migração é positiva e benéfica, tanto às pessoas como à sociedade. Infelizmente casos de migração como estes são muito raros atualmente. O que constatamos, no Brasil, é uma migração acentuadamente forçada (Possamai, 1986). O povo brasileiro está sendo obrigado a uma peregrinação contínua e penosa em busca de melhores condições de vida.

No mesmo sentido, Santos (2014, p. 328) afirma que:

Para os migrantes, a memória é inútil. Trazem consigo todo um cabedal de lembranças e experiências criadas em função de outro meio, e que de pouco lhes serve para a luta cotidiana. Precisam criar uma terceira via de entendimento da cidade. Suas experiências vividas ficaram para trás e nova residência obriga a novas experiências [...] Ultrapassado um primeiro momento de espanto e atordoamento, o espírito alerta se refaz, reformulando a ideia de futuro a partir do entendimento novo da nova realidade que o cerca. O entorno vivido é lugar de uma troca, matriz de um processo intelectual. O homem busca reaprender o que nunca lhe foi ensinado, e pouco a pouco vai substituindo a sua ignorância do entorno por um conhecimento, ainda que fragmentário.

Portanto, concordamos com os autores quando eles afirmam que a migração, na maioria das vezes, não é um fenômeno natural e espontâneo, mas compulsório. Trazendo essa reflexão para nossa pesquisa, a migração que acontece em busca de tratamento de saúde, em especial do câncer, na maioria das vezes, é forçada, pois, se não há tratamento para essa patologia no seu local de residência, o paciente é forçado migrar para os grandes centros de referência.

Então, como são encaradas essas migrações ocasionais, habituais e definitivas?⁴⁷ Podemos dizer que as migrações realizadas em busca de tratamento no HAJ provêm de duas maneiras: a mais usual é a migração ocasional, pois, assim que é detectada a doença esse paciente migra para fazer o tratamento e, assim que possível, retorna para seu local de origem.

Nesse sentido de migração, Martins (1984, p. 45) nos explica que

migrar temporariamente é mais do que ir e vir – é viver, em espaços geográficos diferentes, temporalidades dilaceradas pelas contradições sociais. Ser migrante temporário é viver tais contradições como duplicidade; é ser duas pessoas ao mesmo tempo, cada uma constituída por específicas relações sociais, historicamente definidas; é viver como presente e sonhar como ausente. É ser e não ser ao mesmo tempo; sair quando está chegando, voltar quando está indo. É necessitar quando está saciado. É estar em dois lugares ao mesmo tempo, e não estar em lugar nenhum. É, até mesmo, partir sempre e não chegar nunca.

Mas existem relatos proferidos pelos profissionais de saúde e voluntários de que existem casos da migração deixar de ser temporária e tornar definitiva (trabalho de campo no HAJ/2018). Esses são exemplos dos casos em que o tratamento oncológico é demorado (APÊNDICE A). Ainda nesta linha de raciocínio, de certa forma a migração definitiva por esse paciente e família - seja pelo desejo de ter um lugar para chamar de seu lar -, e apropriar-se da experiência vivida nos diversos lugares que a cidade lhe oferece de acordo com suas condições socioeconômicas.

E essa migração dirigida/conduzida ou planejada que nos faz refletir, que esse migrante

⁴⁷ São um dos questionamentos realizados por (Mello, J., 1990) no seu artigo Geografia Humanística: a Perspectiva da Experiência Vivida e uma Crítica Radical ao Positivismo.

precisa ressignificar esse novo lugar em que ocorrerá o seu tratamento contra a neoplasia maligna. E é nesse lugar que ele deve encontrar seus novos significados que serão construídos no cotidiano. Entretanto, esses atos realizados no cotidiano têm três momentos básicos: “o eu-para-mim-mesmo; o outro-para-mim; eu-para-o-outro” Santos (2014, pp. 315-316, citando E. Bakhtin (1986, 1993, p. 54)). É dessa maneira que os indivíduos interagem e constroem e refazem a sua história/identidade. O “eu-para-mim” refere-se a como o indivíduo se vê na subjetividade, a percepção das relações do social em relação a si indica o “outro-para-mim” e o entendimento de como cada um se coloca em relação ao social leva ao “eu-para-o-outro. Ainda assim, vale ressaltar que é nos lugares geográficos que se criam relações, laços de respeito e solidariedade.

Em trabalho mais recente sobre migração Silva (2017, p. 264) contribui dizendo que

a migração – quer do campo para a cidade, quer entre cidades – implica um desataviar dos nós da existência. Faz-se mister uma emancipação do lugar de origem. Esta se manifesta nas sutilezas e subjetividades do ser. Urge desenterrar o umbigo do moirão da porteira e levá-lo na bagagem. O sujeito que migra do campo para a cidade é confrontado com realidades e desafios inéditos para sua existência. Nesse cenário urbano, as experiências de vida pretérita são ressignificadas de forma a viabilizar uma inserção socioespacial.

Essas subjetividades do ser são muito particulares e singulares, adentrar esse mundo híbrido é estar aberto a vivenciar as novas experiências vividas pelo migrante e com isso a troca resplandece no lugar. Assim, a possibilidade de ressignificar esse novo lugar como bem diz o autor “viabiliza a inserção socioespacial” do sujeito migrante que para os cientistas sociais e humanistas é altamente enriquecedor nesse “mundo vivido⁴⁸”.

Ainda nesse discurso recente sobre mobilidade Leonora Corsini (2010, pp. 533-534) acredita que:

O movimento migratório é constituinte porque tem como pressuposto a prática deserção e, portanto, de partir para um novo começo; mas, ao mesmo tempo, migrar supõe fazer escolhas, implica renunciar ao que já está constituído: o migrante lança-se numa aventura incerta, arriscada, imprevisível, para construir tudo outra vez, fazer o seu caminho ao caminhar. A desterritorialização (que, no migrante, já inclui um desejo de reterritorialização), a opção *exit* envolve sempre um risco, porque o migrante terá que renunciar a uma série de vínculos, redes, aflições, modos de vida já estabelecidos. O migrante vive num “entre dois”, entre as ilusões, os sonhos (o desejo) e a realidade material, que terá de ser produzida e, como se diz coloquialmente, “batalhada”.

O migrante da saúde vive nesse ‘entre dois’ que a autora fala. Certamente, ‘ele(a)’ viva no seu “eu” uma simbiose/metamorfose entre o seu local de origem e o novo lugar, ou seja,

⁴⁸ Mundo vivido é compreendido como um “horizonte abrangente de nossa vida tanto individual quanto coletiva” (Buttimer, 1985, p. 172).

vive uma nostalgia e ao mesmo tempo vivencia no presente a esperança da cura no HAJ distante do seu lugar existencial.

Além dos teóricos, outras pessoas se ocuparam em discorrer e cantar sobre migração nas letras de músicas, nos filmes, nos poemas e outros, com bastante propriedade. Destacamos as criações musicais: Luiz Gonzaga com *Asa Branca*; Jair Rodrigues com *Migração*; Legião Urbana com *Faroeste Caboclo*; Gilberto Gil & Domingos com *Lamento sertanejo* e Milton Nascimento & Fernando Brandt com *Ponta de areia*. Desse modo, o *Lamento sertanejo* ou o sentimento do migrante se dá

*Por ser de lá
Do sertão, lá do cerrado
Lá do interior do mato
Da caatinga do roçado.
Eu quase não saio
Eu quase não tenho amigos
Eu quase que não consigo
Ficar na cidade sem viver contrariado.
Por ser de lá
Na certa por isso mesmo
Não gosto de cama mole
Não sei comer sem torresmo
Eu quase não falo
Eu quase não sei de nada
Sou como rês desgarrada
Nessa multidão boiada caminhando a esmo*

Fonte: Compositores: Gilberto Gil / José Domingos

Essa composição lembra muito o sofrimento de migrar dos pacientes participantes da pesquisa que falam do sentimento de estar longe da sua ‘terra’

Sinto muita falta dos amigos, da terrinha, das coisas de lá, que é bom demais e a gente tem tanta saudade. É uma saudade grande, grande. Nós temos uma tese, que a gente fala, que nós tamo preso numa cadeia sem grade, porque nós “tamo” livre pra andar, mas nós não pode viajar, porque a gente tem que ir ver os parentes lá, mas não posso ir porque não tenho imunidade, então é mesma coisa da gente estar preso numa cadeia sem grade. Aí os cara diz “E ai, quando é que você vem?” Ai eu digo: “Não, nós não sabe”. Porque os médicos não diz a posição, por causa da doença do enxerto, e eu não tenho imunidade, vai que eu vou e pego uma bactéria ou uma doença ou uma coisa pior, então ele diz que é melhor não ir e a gente tem que obedecer né. Mas é grande a saudade da terrinha da gente. ‘Jó’, paciente migrante do Maranhão que mora em Goiânia há quatro anos por causa do tratamento oncológico (paciente do TCTH).

Outro paciente, Natã, migrante do Acre, residiu temporariamente em Goiânia, já fez a migração de retorno e atualmente só migra para fazer o acompanhamento do transplante. Ele é assistido pela equipe médica de hematologia desde 2005.

A acolhida aqui foi super boa. Os profissionais desde os médicos, a equipe toda me recebeu super bem, o tratamento foi muito bom. A dificuldade é que a gente vem de outro lugar. Vem de uma cidade menor, aqui é cidade grande, a gente não conhece nada, não conhece ninguém né, ai tem essas dificuldades, mas com o passar do tempo foi melhorando. As pessoas me acolheram super bem. E a gente agradece por isso. Como todo mundo, eu sentia falta de casa né, da família, de estar próximo da família, no meu caso, que eu não tenho parente que mora aqui, né. Foi o mais difícil. Eu vim com a minha mãe desde o início, ai tem as outras famílias, meus irmãos, meu pai, moram todos lá e a dificuldade maior era essa, a falta deles, do lugar da gente, da casa, da família. Tem a questão de estar no celular, nas redes sociais, que a gente minimiza, tá sempre comunicando e tal, mas não tem a presença deles, do nosso lugar, da nossa casa, nossa cama. A comida aqui é completamente diferente, na alimentação a gente estranhou um pouco no começo, mas de repente acostumou. Na parte da alimentação a gente sente falta da farinha, a farinha de lá é a melhor do Brasil e a daqui é muito diferente né, a daqui é muito ruim. A de lá é marcante, é muito boa.

Esse último trecho da fala de Natã, faz alusão a canção Lamento Sertanejo onde o migrante clama da ausência do torresmo e aqui, ele (Natã) lamenta a falta da farinha ‘Farinha Cruzeiro do Sul do Acre’ que pra ele tem cheiro e sabor marcante. Então, pensando na subjetividade do lugar ‘a farinha do Acre’ têm o seu valor simbólico na vida de Natã. E para ambos (pacientes) está longe do seu lugar de origem imprime muita melancolia.

Contudo, poeticamente, podemos apreender uma pequena amostra dessa “atmosfera social” o migrante, representado na arte musical e nos poemas como forma de representar esses “corpos sociais” através da “cidade cantada”, mostrando de forma justificada essa relação forte do migrante com a (o) terra/lugar de onde vem.

O migrante da saúde, é aquele que sai do seu lugar de residência em busca de tratamento de saúde. Essa mobilidade, acontece na maioria das vezes, de forma compulsória, se não há tratamento específico no local de morada, o obriga a migrar, como é o caso do migrante oncológico que migra para continuar a viver e tentar resistir o câncer.

Na nossa análise o migrante oncológico classifica ora como migração temporária ora migração definitiva. Essa migração temporária se deve atentar a distância do centro de referência em oncologia, ao tipo de câncer, o estágio que se encontra doença e o apoio terapêutico no seu local de origem. Neste sentido, talvez seja possível o retorno para casa, ou

seja, permanecer temporariamente só o tempo do tratamento. Quanto a migração definitiva é possível acontecer, em entrevista realizada (ago. 2018) com um voluntário do HAJ – ele relatou um vivência de um caso de mãe e filho bolivianos que moravam no Acre migrou para Goiânia para tratar de um câncer hematológico (paciente do TCTH). Como esse tipo de câncer é tido como grave e o tratamento é de longo prazo, assim, que foi possível parte da família boliviana que permaneceu no Acre migram definitivamente para Goiânia.

Outra migração definitiva relatada numa matéria publicada no jornal O Popular intitulada “Agrava a crise do Araújo Jorge” (24 de mar. 2011, p. 7) o paciente do hospital (M. N.O.) portador de uma leucemia mieloide crônica migra definitivamente “a doença mobilizou a família, que se mudou da casa própria, em Niquelândia – GO, para uma de aluguel, em Goiânia”.

2.3 OS NÚMEROS E O PAPEL DO HOSPITAL

Após discorrermos sobre o conceito de migração, migrante oncológico e os aspectos da doença, é importante fazermos um panorama quantitativo desses migrantes da saúde em direção ao HAJ. Recorremos aos estudos quantitativos de Ramos (2013) cuja metodologia explica que os dados quantitativos contribuem para os estudos da realidade social quando utilizados para descrever e/ou comparar características de corpos sociais, realidades, contextos ou instituições.

Em nossa proposta, é necessário um levantamento quantitativo para observarmos um conjunto de dados estatísticos sobre os locais de origem dos pacientes migrantes. Esses dados foram encontrados nos relatórios da ACCG (2005; 2010) e também em dados coletados do ano de 2017 no Arquivo Médico.

A partir destes dados, procedemos à elaboração de mapas temáticos, para os quais foram utilizadas as bases cartográficas, relativas a vetores no formato *shape*, obtidos nas páginas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Sistema Estadual de Geoinformação de Goiás (SIEG). De acordo com Oliveira, I. e Romão (2013, p. 9), o levantamento cartográfico é capaz de gerar uma visualização enriquecedora, pois “os mapas também têm a capacidade de tornar a realidade mais compreensível, revelando relações muitas vezes ignoradas, além de lançar luz sobre as geografias ocultas de lugares e fenômenos”.

Para o tratamento digital dos dados, foi utilizado o *Software* QGIS 2.18, que é um programa livre de manipulação de dados geográficos. Foram produzidos mapas temáticos utilizando o método de representação quantitativa, através da implementação zonal e a variável visual “valor”, a qual pode “ser obtida por uma variação sequenciada de texturas, de brilho ou

saturação de uma cor, de densidade de pontos ou linhas, da sequência de matizes quentes ou frios” (OLIVEIRA, I. e ROMÃO, 2013, p. 33).

Foram elaborados seis mapas temáticos, que detalham o movimento migratório em direção ao HAJ, tomando os pontos de origem nos diversos estados brasileiros (mapas da migração no Brasil) e nos municípios goianos (mapas da migração em Goiás). O recorte temporal apresentado foi relativo aos anos de 2005; 2010 e 2017.

Nosso levantamento de dados abrange o fenômeno de migração oncológica neste séc. XXI e consideramos que o geoprocessamento desses índices contribui para uma compreensão dos fenômenos no espaço geográfico e o acesso à informação. De acordo com Rosa (2005, p.82):

O poder da informação é, sem dúvida, indiscutível. Porém, o que tem revolucionado os processos tradicionais de utilização da informação é a maneira como ela pode ser rapidamente processada e utilizada para diferentes objetivos pelo modo de sua apresentação, ou seja, georreferenciada ou mapeada.

Dessa forma, os recursos de *software* que compõem o conjunto de geotecnologias levantados, se mostraram essenciais na coleta, no processamento, na análise e no produto final que é o mapeamento. Tal recurso possibilitou a apreciação do fenômeno de migração em busca de tratamento de saúde no HAJ.

Diante do contexto histórico visto anteriormente, os dados revelam que no ano de 2005 foram atendidos 53.379 pacientes no HAJ, sendo a maioria deles oriundos dos municípios goianos, em seguida a origem destes pacientes se refere aos estados do Acre, Tocantins, Mato Grosso e Pará. Ainda na sequência da procura de atendimento e tratamento no hospital, estão os estados da Bahia, Rondônia, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul e demais estados ilustração 17. Se considerarmos do ponto de vista das regiões brasileiras, temos que a região com maior número de migrantes atendidos é o Centro-Oeste, possivelmente impulsionada pela facilidade de deslocamento, na sequência a região Norte e Nordeste, onde há uma enorme carência desse tipo de serviço investigado e a região com menor número de atendimentos é a região Sudeste, conforme tabela 1.

Tabela 1 – Abrangência nacional dos pacientes migrantes para HAJ em 2005

Regiões brasileiras	Estados atendidos	Total de pacientes
Norte	Roraima	--
	Acre	2.073
	Amapá	--
	Amazonas	--
	Pará	1.612
	Rondônia	465
	Tocantins	3.742
Nordeste	Maranhão	487
	Piauí	--
	Ceará	--
	Rio Grande do Norte	--
	Paraíba	--
	Pernambuco	--
	Alagoas	--
	Sergipe	--
	Bahia	1.383
Centro-Oeste	Mato Grosso	1.595
	Mato Grosso do Sul	75
	Goiás (interior)	53.379
	Distrito Federal	557
Sudeste	Minas Gerais	277
	Espírito Santo	--
	São Paulo	--
	Rio de Janeiro	--
Sul	Paraná	--
	Santa Catarina	--
	Rio Grande do Sul	--

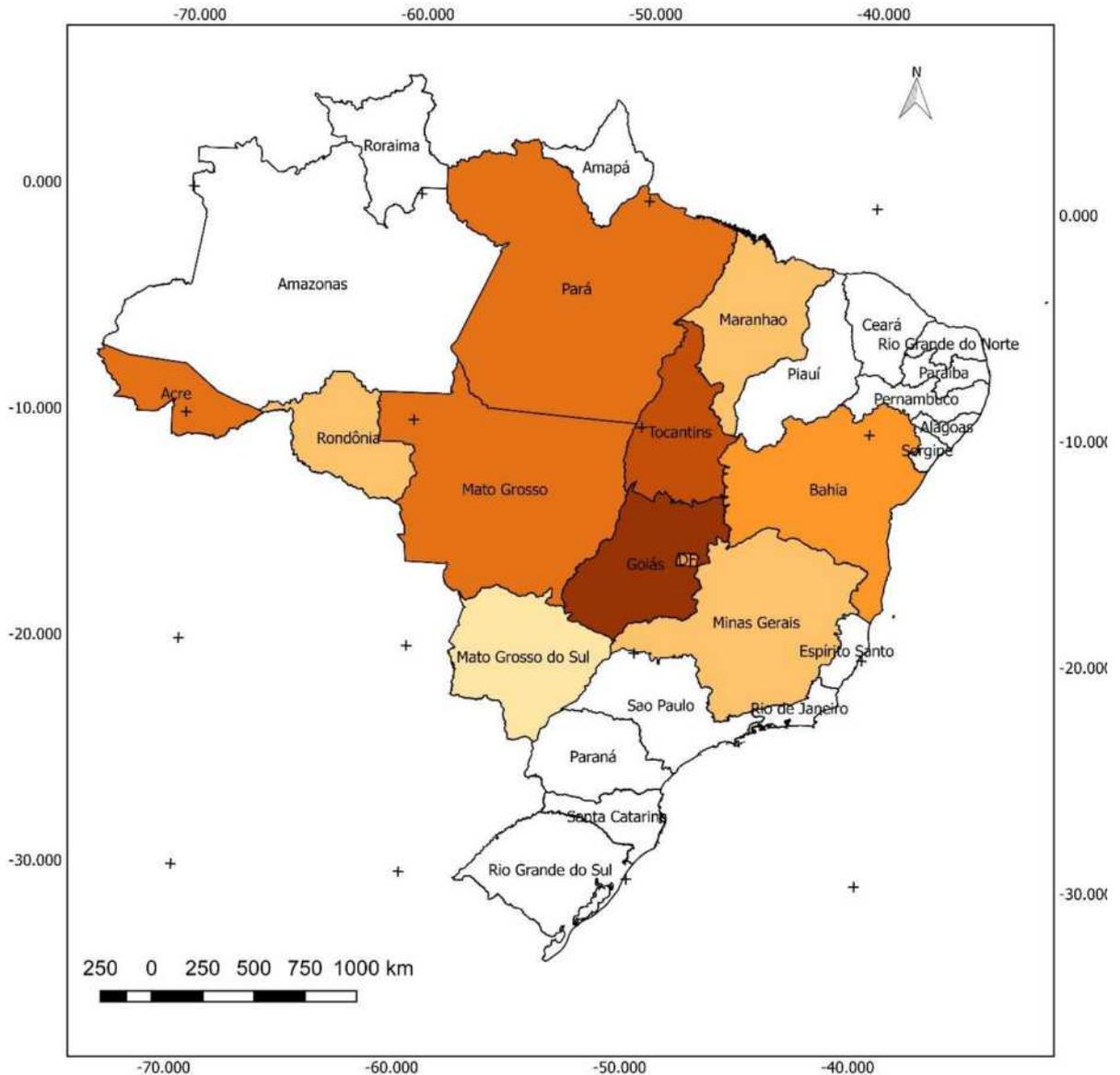
Fonte: Relatório Anual da ACCG/2005

Elaboração: Sara Pereira de Deus /2017

Considerando os números acima, sugerimos que talvez o motivo do número menor de pacientes serem oriundos da região Sudeste e nenhum da região Sul seja o acesso aos hospitais de referência no atendimento do SUS mais próximos desses pacientes. Segundo reportagem

recente descrita no Jornal Tribuna Ribeirão “SUS oferece tratamentos de ponta a pacientes com câncer; confira os hospitais referência” (6 fev. 2018). Além disso, a Região Sudeste tem atendimento em parte do Complexo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP). E na região Sul em Porto Alegre o hospital Santa Rita da Santa Casa de Misericórdia.

Ilustração 17 – Mapa de Origem dos Pacientes Atendidos no HAJ por Unidade da Federação 2005



Legenda

Pacientes Atendidos

- 1 - 75
- 76 - 500
- 501 - 1500
- 1501 - 3000
- 3001 - 4000
- > 4001

Fonte: IBGE, 2017
 Relatório Anual ACCG - 2005
 Manipulação: QGIS 2.18
 Organização: Sara Pereira de Deus
 Arte final: Adriana Aparecida Silva
 Data: 27/03/2019

Passados cinco anos, consideramos neste ponto os dados relativos a 2010 se comparados com os números referentes ao ano de 2005, percebemos que houve duplicação do número de atendimentos realizados pelo Hospital, passando dos já apresentados 53.379 pacientes para 111.044 pacientes só do território goiano. Para tanto, no estudo realizado pelo Instituto Mauro Borges (IMB, 2017), intitulado “Migração em Goiás entre 2005 e 2015” revela no censo de 2010 que Goiás é o estado que apresentou o maior valor para *Taxa líquida de migração*, essa taxa é de 34,62 migrantes por mil habitantes⁴⁹. Portanto, Goiás é um dos estados com maior potencialidade de absorção migratória. Neste sentido, pode-se relacionar com o aumento importante no período 2005 a 2010 nos produtos cartográficos. Esses novos migrantes naturalmente se beneficiam dos serviços de saúde ofertados neste espaço de destino.

Ao analisar a ilustração 18 é possível perceber que a maioria dos pacientes continua sendo oriunda dos municípios goianos, além dos estados do Mato Grosso, Tocantins, Bahia, Acre, Rondônia, Pará, Maranhão, Ceará, Pernambuco, Alagoas, Minas Gerais e Paraná. Importante ressaltar que nesse ano houve um aumento no número de estados de origem de pacientes migrantes, passando de 10 para 13 estados.

O cenário em relação às regiões brasileiras revela que houve um aumento de casos de câncer e tendo como consequência a procura de tratamento conforme tabela 2.

⁴⁹ Ainda neste estudo, apresenta que Goiás comparado ao estado de São Paulo, “tradicional porta de entrada de migrantes internacionais e nacionais, Goiás é superior em retenção de população. O Índice de Eficácia Migratória mostra que, em 2010, de fato, Goiás era um dos principais polos de retenção populacional do país, com valores superiores ao apresentados por São Paulo.” (IBM, 2017, p. 10).

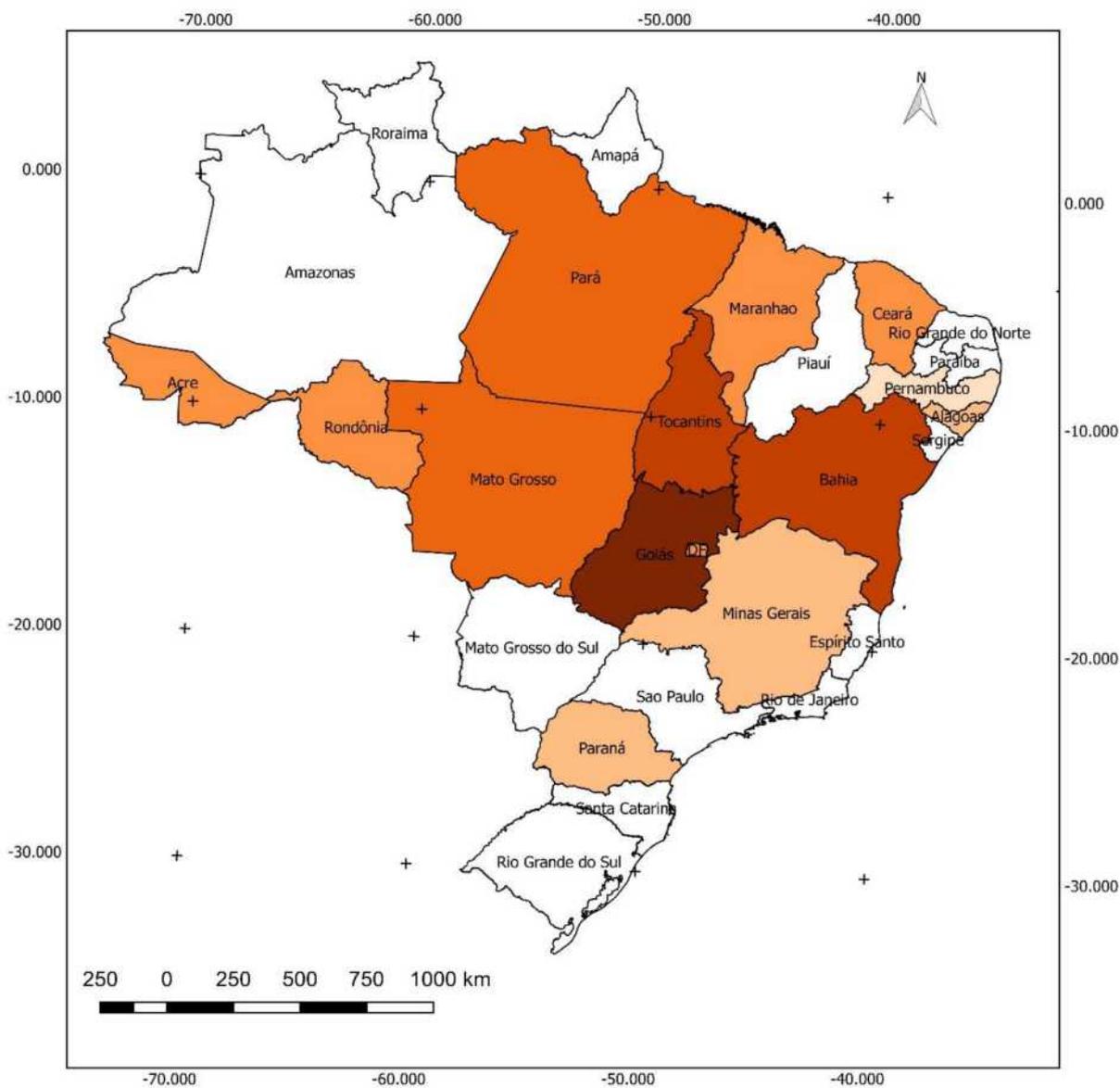
Tabela 2 – Abrangência nacional dos pacientes migrantes para HAJ em 2010

Regiões brasileiras	Estados atendidos	Total de pacientes
Norte	Roraima	--
	Acre	284
	Amapá	--
	Amazonas	--
	Pará	857
	Rondônia	434
	Tocantins	3.096
Nordeste	Maranhão	463
	Piauí	--
	Ceará	273
	Rio Grande do Norte	--
	Paraíba	--
	Pernambuco	89
	Alagoas	133
	Sergipe	--
	Bahia	1.060
Centro-Oeste	Mato Grosso	956
	Mato Grosso do Sul	--
	Goiás (interior)	111.044
	Distrito Federal	409
Sudeste	Minas Gerais	176
	Espírito Santo	--
	São Paulo	--
	Rio de Janeiro	--
Sul	Paraná	103
	Santa Catarina	--
	Rio Grande do Sul	--

Fonte: Relatório Anual da ACCG/2010

Elaboração: Sara Pereira de Deus/2017

Ilustração 18 – Mapa de Origem dos Pacientes Atendidos no HAJ por Unidade da Federação 2010



Legenda

Pacientes Atendidos

	1 - 90
	91 - 250
	251 - 500
	501 - 1000
	1001 - 4000
	> 4001



Fonte: IBGE, 2017
 Relatório Anual ACCG - 2010
 Manipulação: QGIS 2.18
 Organização: Sara Pereira de Deus
 Arte final: Adriana Aparecida Silva
 Data: 27/03/2019

Percebe-se, portanto, que o HAJ representa importância nacional, uma vez que para este migram pacientes provindos de praticamente todo o território pátrio. Deste modo, de acordo com os dados informados pelo relatório anual da ACCG/2010 são 13 estados da federação mais o Distrito Federal que encaminham pacientes para tratamento oncológico. Nesse contexto, o número reduzido ou quase nulo são dos estados de Roraima, Amazonas, Amapá, Piauí, Rio Grande do Norte, Paraíba, Sergipe, Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Mato Grosso do Sul, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

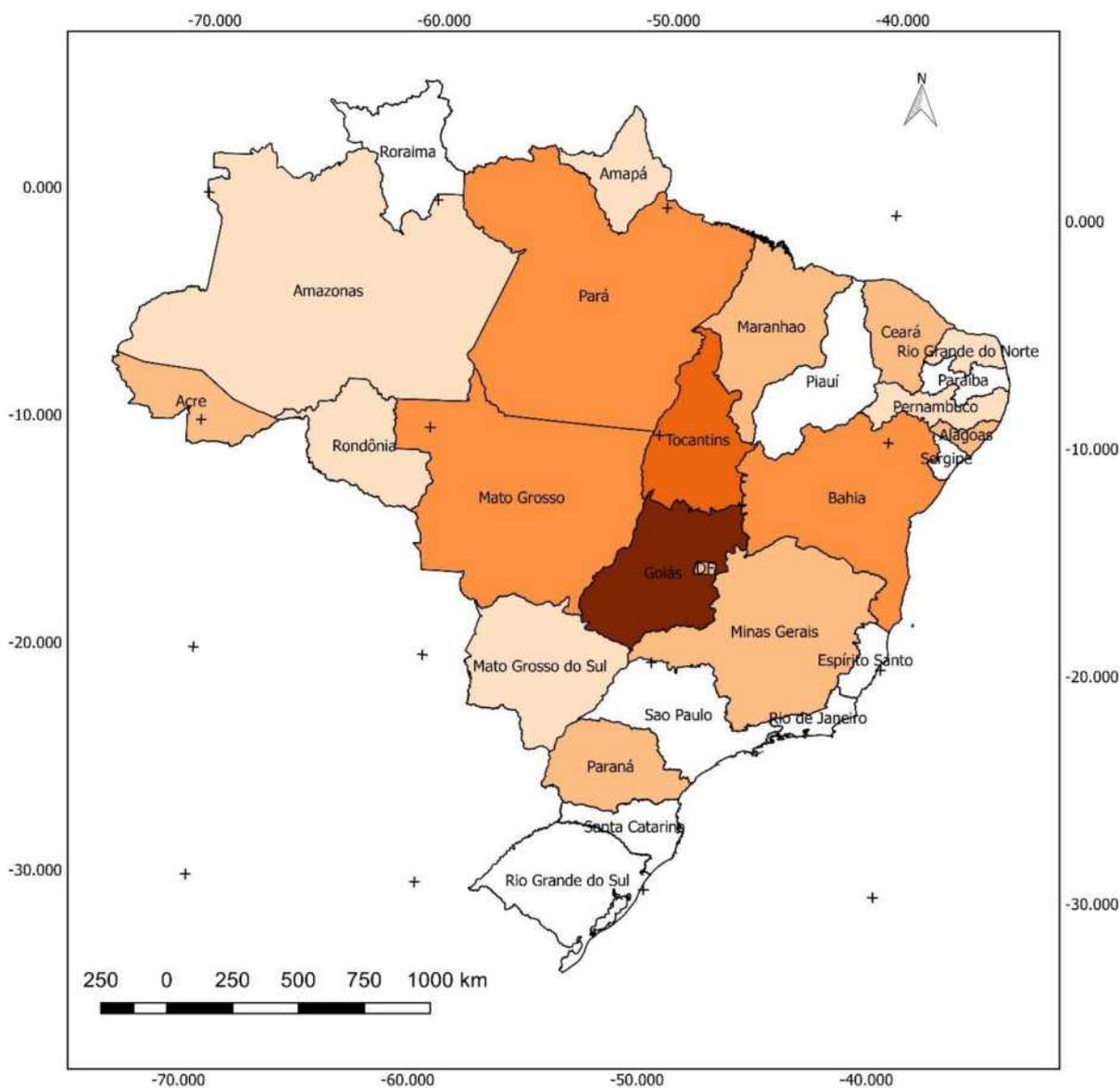
É válido ressaltar que alguns destes estados de origem dos pacientes migrantes também possuem hospitais Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) que atende SUS como, por exemplo, os estados do Paraná – Hospital Erasto Gaertner/Liga Paranaense de Combate ao Câncer (Cacon), Bahia - Hospital Aristidez Maltez/Liga Baiana Contra o Câncer (Cacon com serviço de Oncologia Pediátrica), Minas Gerais – Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte (Cacon com serviço de Oncologia Pediátrica) – Hospital Luxemburgo/Associação dos Amigos do Hospital Mário Penna (Cacon), Pernambuco – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira/Imip (Cacon) e Ceará – Instituto de Câncer do Ceará (Cacon com serviço de Oncologia Pediátrica)⁵⁰.

Destarte, na Região Norte foi recém inaugurado em Porto Velho (RO) o Hospital de Amor Amazônia; a Região Centro-Oeste tem o Hospital de Base do Distrito Federal; a Região Sul: Hospital Santa Rita - Santa Casa de Misericórdia – (RS); a Região Nordeste: Hospital Aristides Maltez (BA) e a Região Sudeste: O Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP) ‘todos’ são hospitais de referência e com atendimento exclusivo para SUS, (TRIBUNA RIBEIRÃO, 2018).

Ainda na análise do fenômeno da mobilidade populacional doente fomos em busca de dados mais recentes no HAJ representados na ilustração 19:

⁵⁰ Fonte: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/ms-envia-ao-oncoguia-lista-de-hospitais-habilitados-em-oncologia/11611/999/>

Ilustração 19 – Mapa de Origem dos Pacientes Atendidos no HAJ por Unidade da Federação 2017



Legenda

Pacientes Atendidos

	1 - 10
	11 - 100
	101 - 500
	501 - 1500
	1501 - 3000
	> 3001



Fonte: IBGE, 2017
 Arquivo Médica HAJ - 2017
 Manipulação: QGIS 2.18
 Organização: Sara Pereira de Deus
 Arte final: Adriana Aparecida Silva
 Data: 27/03/2019

Ao observarmos o ilustração 19 com exceção dos estados do Piauí, Sergipe, Roraima, Rio de Janeiro, Espírito Santo, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul todos os outros estados federativos brasileiros deslocaram pessoas para tratarem da saúde no Hospital Araújo Jorge. Vejamos na tabela 3 esses dados:

Tabela 3 – Abrangência nacional dos pacientes migrantes para HAJ em 2017

Regiões brasileiras	Estados atendidos	Total de pacientes
Norte	Roraima	--
	Acre	41
	Amapá	7
	Amazonas	9
	Pará	130
	Rondônia	8
	Tocantins	1.388
Nordeste	Maranhão	78
	Piauí	--
	Ceará	33
	Rio Grande do Norte	5
	Paraíba	1
	Pernambuco	6
	Alagoas	49
	Sergipe	--
	Bahia	157
Centro-Oeste	Mato Grosso	323
	Mato Grosso do Sul	3
	Goiás (interior)	168.012
	Distrito Federal	96
Sudeste	Minas Gerais	31
	Espírito Santo	--
	São Paulo	--
	Rio de Janeiro	--
Sul	Paraná	31
	Santa Catarina	--
	Rio Grande do Sul	--

Fonte: Arquivo Médico/2017

Elaboração: Sara Pereira de Deus/2018

Em termos de números de pacientes acolhidos é inegável que HAJ se apresenta como referência importante principalmente para os estados limítrofes do território goiano, tais como: Mato Grosso, Tocantins e Bahia, assim como para o próprio estado de Goiás, daí a importância de também considerarmos os municípios goianos de origem desses pacientes migrantes.

Os dados do relatório anual da ACCG apresentam que em 2005 foram 53.379 o número de goianos migrantes em busca de tratamento no Hospital, sendo os municípios que se destacam em termos de pacientes atendidos pelo HAJ são oriundos de: Goiânia e Aparecida de Goiânia; Trindade, Anápolis e Jataí; Itumbiara, Rio Verde e Catalão; Inhumas, Senador Canedo, Porangatu, Caldas Novas e Morrinhos; Pires do Rio, Quirinópolis, Bela Vista de Goiás, Piracanjuba e Iporá. Já os municípios que têm o número reduzido de pacientes atendidos no hospital são: Mineiros, São Luiz dos Montes Belos, Santa Helena de Goiás, Goiatuba, Itaberaí e outras cidades. Conforme representado na Ilustração 20.

Ao analisarmos os dados considerando as mesorregiões de planejamento do IBGE, a mesorregião com maior número de migrantes atendido é o Centro goiano, na sequência o Sul goiano, a região com menor número de atendimentos é o Norte goiano com 958 migrantes atendidos, de acordo com a tabela 4.

Tabela 4 – Abrangência estadual dos pacientes migrantes para HAJ em 2005

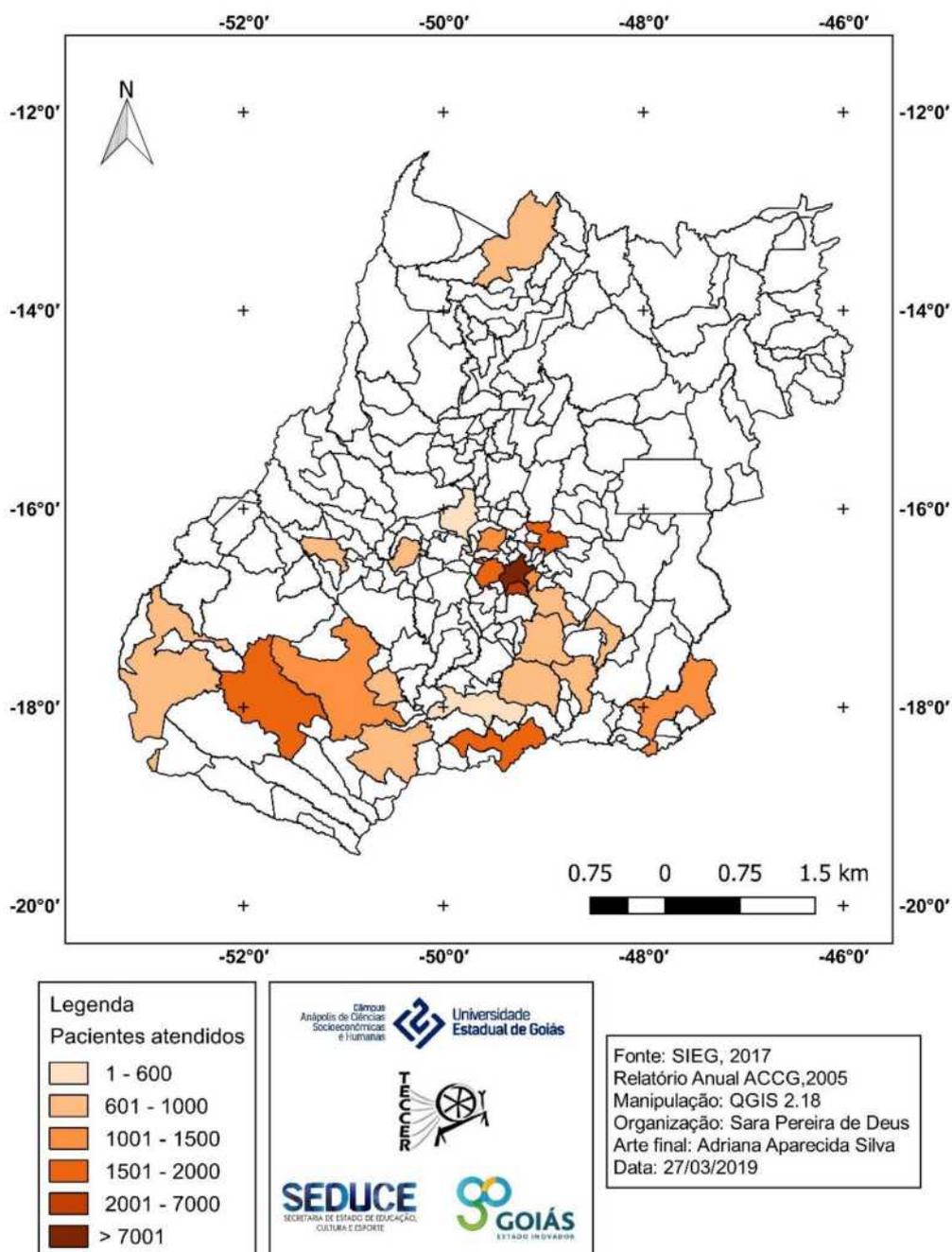
Mesorregiões do estado	Municípios atendidos	Total de pacientes
Norte goiano	Porangatu	958
Noroeste goiano		--
Centro goiano	Goiânia, Aparecida de Goiânia, Trindade, Anápolis, Inhumas, Senador Canedo, Bela Vista de Goiás, Iporá, São Luiz dos Montes Belos, Itaberaí.	45.568
Leste goiano		--
Sul goiano	Jataí, Itumbiara, Rio Verde, Catalão, Caldas Novas, Morrinhos, Pires do Rio, Quirinópolis, Piracanjuba, Mineiros, Santa Helena de Goiás, Goiatuba.	11.704

Fonte: Relatório Anual da ACCG/2005

Elaboração: Sara Pereira de Deus/2017

*Informação mais detalhada no ANEXO B

Ilustração 20 – Mapa de Origem dos Pacientes Atendidos no HAJ por Municípios Goianos 2005



Já no ano de 2010, no mesmo sentido do que ocorreu em termos de território nacional, temos um aumento nos números de pacientes atendidos no HAJ em relação ao período anterior, passando dos 30.225 para 58.903 pacientes atendidos. De modo geral, as origens desses pacientes não variaram muito, continuando em destaque os municípios de Goiânia, Anápolis e Aparecida de Goiânia; em sequência: Rio Verde e Trindade; Inhumas, Senador Canedo, Jataí, Goianésia e Catalão; Mineiros, Santa Helena, Iporá, Porangatu, Pirenópolis, Piracanjuba e Caldas Novas; Quirinópolis, Itumbiara, Bela Vista de Goiás, São Luiz dos Montes Belos, Itaberaí, Jaraguá e Uruaçu (ilustração 21).

Ao considerar as mesorregiões de planejamento do IBGE, temos a mesorregião com maior número de migrantes atendidos continua sendo o Centro goiano, na sequência o Sul goiano e o Norte goiano e a região com menor número de atendimentos é a região Leste do território goiano com 1.172 casos atendidos no hospital – tabela 5.

Tabela 5 – Abrangência estadual dos pacientes migrantes para HAJ em 2010

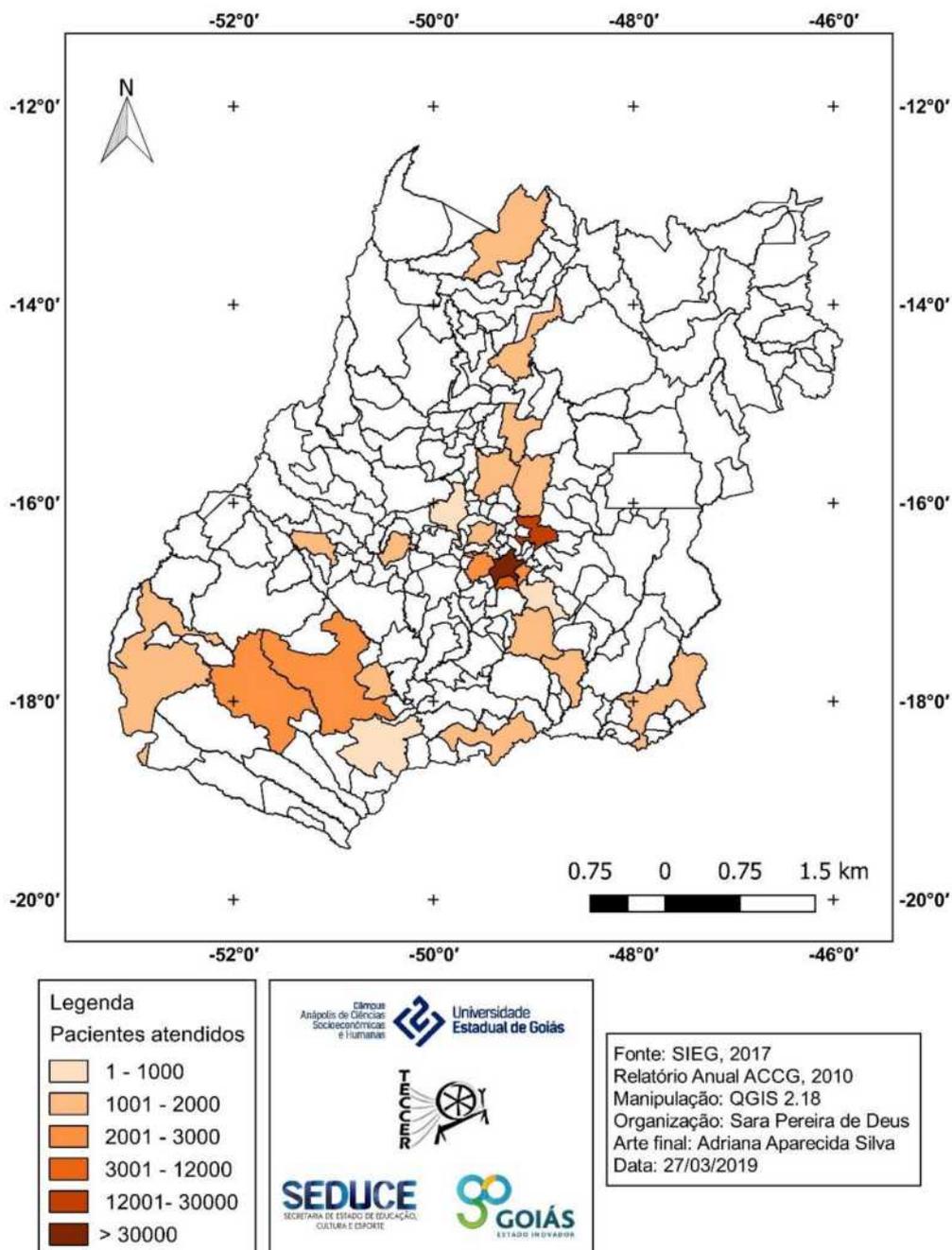
Mesorregiões do estado	Municípios atendidos	Total de pacientes
Norte goiano	Porangatu e Uruaçu.	2.280
Noroeste goiano		--
Centro goiano	Goiânia, Anápolis, Aparecida de Goiânia, Trindade, Senador Canedo, Goianésia, Inhumas, Iporá, São Luiz dos Montes Belos, Jaraguá, Bela Vista de Goiás, Itaberaí e Goianira.	110.958
Leste goiano	Pirenópolis	1.172
Sul goiano	Rio Verde, Jataí, Catalão, Mineiros, Caldas Novas, Piracanjuba, Santa Helena de Goiás, Itumbiara e Quirinópolis.	13.788

Fonte: Relatório Anual da ACCG/2010

Elaboração: Sara Pereira de Deus/2017

*Informação mais detalhada no ANEXO C

Ilustração 21 – Mapa de Origem dos Pacientes Atendidos no HAJ por Municípios Goianos 2010



Importante ressaltar, que consideramos o número de migrantes da saúde que procuram o atendimento oncológico no HAJ seja a nível nacional (menor números de encaminhamentos) ou provindo das Regiões do Norte Goiano, Leste Goiano e Noroeste Goiano como reduzido ou quase nulo. Talvez, isso encontre explicação na precariedades das unidades de saúde e dificuldade da própria população dessas regiões que são mais desfavorecidas do ponto de vista econômico em relação às outras regiões/municípios do Estado. Até mesmo a dificuldade de deslocamento, de esclarecimento, de acesso ao diagnóstico precoce. Outro fator se deve a forma de operacionalização do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), que é o órgão responsável pelo encaminhamento de pacientes via Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é interligado com os municípios em forma de rede, uma vez que este sistema encaminha os pacientes para os hospitais de referência nacional onde há vagas no momento e atende certo tipo específico de câncer, provavelmente não considerando necessariamente a menor distância entre local de origem e de destino para o tratamento.

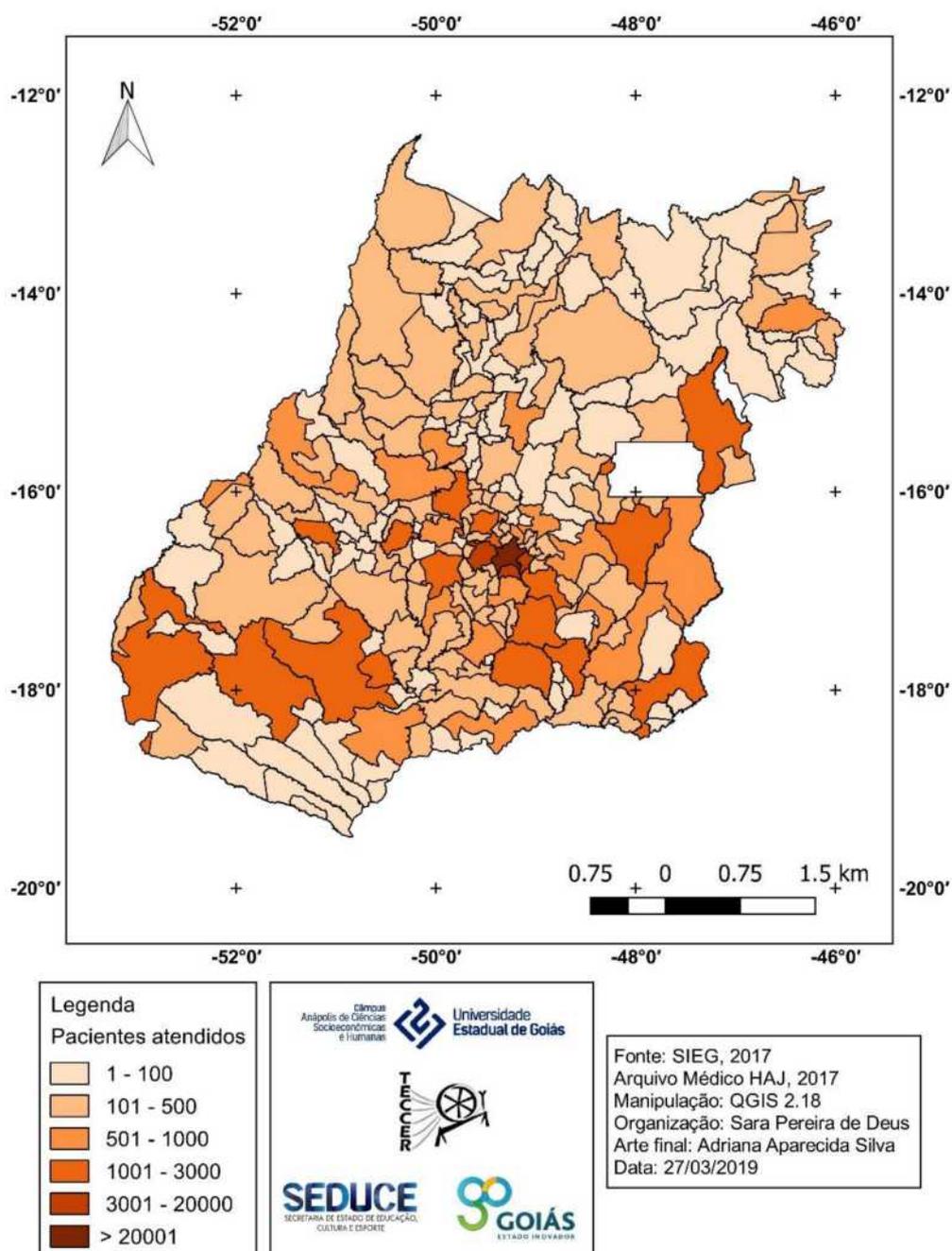
Segundo o Sistema Nacional de Regulação, o DATASUS é disponibilizado pelo Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede básica à internação hospitalar. Para o DATASUS, essa distribuição visa, à “humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria”⁵¹.

Em síntese, a política pública administrada pelo Estado no setor da saúde pode interferir na mobilidade humana, pois, de certo modo é o Estado quem direciona esses pacientes para o local terapêutico e com isso a migração torna-se mais e mais necessidade funcional/operacional e o seu volume, como consequência, torna-se maior. Essas modificações de ordem social e econômica podem alterar por inteiro os objetivos de migração de uma sociedade e promover inclusive a intensificação das diferenças das características sociais e econômicas dos indivíduos e das famílias.

Para ter um panorama da realidade atual em Goiás desse fluxo migratório reportamos os dados de 2017, na ilustração 22.

⁵¹ Fonte: <http://datasus.saude.gov.br/projetos/57-sisreg>. Acesso em: fev. 2018.

Ilustração 22 – Mapa de Origem dos Pacientes Atendidos no HAJ por Municípios Goianos 2017



Ao compararmos os dados da ilustração 22 com as ilustrações 20 e 21 perceberemos que houve um aumento significativo das localidades de origem do povo goiano em busca de tratamento no HAJ. Quanto ao município de Goiânia, esse crescimento foi numa proporção aproximada de 28.678 atendimentos no intervalo de 2005 a 2010. Já no período de 2010 a 2017, esse índice aumentou em 13.123 atendimentos. Esse crescimento desordenado na capital deve-se talvez à impossibilidade de controle da origem de residência desse paciente. Pois, há casos da pessoa migrar para Goiânia e usar o endereço de um parente até mesmo de um amigo, para fazer o cadastro do cartão do SUS⁵², como forma de ‘pular’ a parte burocrática de ser encaminhado pelo seu município. Provavelmente, essa estratégia por medo de não serem atendidos ou por medo da doença se agravar nesse tempo de espera.

Para afirmar o que foi dito, a matéria “Medo de perder atendimento” (jornal O Popular, 23 set. 2017) uma migrante da saúde:

Dona de casa de 66 anos que mora em Cachoeira Alta (247 km de Goiânia) busca atendimento na Capital para continuidade de tratamento contra um câncer de mama. Ela diz que teria a opção de fazer esse acompanhamento médico em Jataí ou Rio Verde, que são cidades próximas da sua, mas diz confiar mais no serviço de saúde da Capital. *“Na verdade, a gente tem a impressão de que, em Goiânia, se alguma coisa der errado, tem mais médico para acudir. Acho que é mais cultural do que um fato concreto.”* Antes de conversar com a reportagem ela estava receosa de contar que não é moradora da Capital. Questionada se morava em Goiânia, disse que tem endereço próximo ao Cais da Chácara do Governador. *“Estou fazendo um acompanhamento importante. Já tive câncer e estou fazendo exames de rotina, que faço todos os anos. Se me cortarem isso aqui (os atendimentos), não tenho para onde ir.”* Depois de saber que o SUS não poderia negar atendimento em qualquer cidade, se sentiu mais à vontade para contar que vem à Capital há mais de sete anos. *“Desde que descobri a doença, venho. Fiz a cirurgia e todo o tratamento aqui. Eu uso o comprovante de endereço da minha filha, que mora no Parque Santa Cruz por medo de me falarem para voltar para minha cidade. Lá não tem atendimento para isso.”* (Grifo nosso)

Segundo os estudos realizados pela Prefeitura de Goiânia, as consequências dessa migração em busca de tratamento de saúde sem o encaminhamento deste paciente via município de origem provoca colapso no atendimento de qualidade nas instituições de saúde que atende SUS nesta capital. De acordo com a secretária de saúde de Goiânia (Fátima Mrué) nenhum paciente deixa de ser atendido aqui na capital por ser de outra localidade. Ela diz: *“Mas precisamos saber de onde é esse paciente para poder pedir auxílio da prefeitura da cidade*

⁵² Segundo o jornal O Popular (11 jan. 2012) o cartão do SUS foi criado para facilitar a troca de informações entre as secretarias de Saúde de todo o País e permitir que o médico tenha acesso ao prontuário eletrônico do paciente. Ele é necessário para atendimentos de alta complexidade e o fornecimento de medicamentos. Por esse motivo, os usuários acabam mentindo sobre o endereço quando a confecção do documento. Ainda descrito numa outra publicação do jornal O Popular: “Mais usuários de saúde pública do que população em Goiânia” (23 set. 2017) – Goiânia tem 1,5 mi de habitantes, mas rede pública de saúde tem mais de 4.8 mi de cadastros de pessoas que dizem morar na Capital. Prejuízo chega a R\$ 10 milhões por mês.

onde ele mora. É injusto apenas Goiânia arcar com a despesa sozinha.” (Mais usuários de saúde pública do que a população em Goiânia, jornal O Popular, 23. Set. 2017, Grifo nosso).

Na tabela 6 demonstramos, em síntese, a abrangência estadual desses pacientes migrantes.

Tabela 6 – Abrangência estadual dos pacientes migrantes para HAJ em 2017

Mesorregiões do estado	Municípios atendidos	Total de pacientes
Norte goiano	27	3.844
Noroeste goiano	23	5.706
Centro goiano	82	120.889
Leste goiano	31	10.076
Sul goiano	82	27.135

Fonte: Arquivo Médico da ACCG/2017

Elaboração: Sara Pereira de Deus/2018

*Informação mais detalhada dos municípios no APÊNDICE E

Diante deste fenômeno de ‘migração’, os produtos cartográficos permitiram visualizar o perfil do deslocamento populacional em busca de tratamento oncológico no HAJ, o que mostra a importância do hospital para o tratamento e combate ao câncer. Podemos dizer que provavelmente os motivos que levam esses migrantes ao hospital, em primeiro lugar, são pelo fato de não haver tratamento adequado⁵³ no seu local de origem e, em segundo lugar, pelo anseio de buscar o melhor tratamento e cura dessa patologia.

Por conta disso, ao evidenciarmos a migração como um fenômeno polifacetado, estamos tratando um assunto que é dotado de uma complexidade de motivos, causas e efeitos no espaço geográfico brasileiro, somando-se às questões políticas, econômicas e sociais – como é o caso das migrações em busca de tratamento de saúde.

Vale ressaltar que, o importante aqui não é só quantificar os usuários do hospital, mas mostrar de onde vêm esses sujeitos ‘deslocados da saúde’ para, mais à frente, inserir o discurso sobre as relações do migrante com os lugares.

⁵³ Segundo o jornal O Popular “com a carência de serviços de saúde no interior e em outros Estados, diariamente, uma frota de vans chega a Goiânia trazendo pacientes em busca de atendimento qualificado.” (Em Goiânia, há mais usuários do SUS do que habitantes, O Popular, 11 jan. 2012).

CAPÍTULO 3

DESAFIOS DO TRATAMENTO HUMANIZADO: A INTERAÇÃO ENTRE GESTORES, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIO

A proposta deste capítulo é compreender o conceito de humanização no ambiente hospitalar conforme pesquisadores que se ocupam de estudar esse tema. Do mesmo modo, ancoramos nos princípios e objetivos estabelecidos da política pública do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), assim como, da Política Nacional de Humanização (PNH). Outrossim, ambicionamos em perceber a concepção de humanização dos participantes da pesquisa. Buscamos analisar - de que maneira o Hospital Araújo Jorge, uma referência na área do tratamento oncológico materializa nesta unidade de saúde a construção de uma cultura organizacional humanizada. Por fim, verificar se o tratamento humanizado é profícuo para (re)significação do lugar pelo paciente migrante transplantado.

Por uma questão de respeito, como as entrevistas foram por meio da oralidade muitos participantes usaram a variedade linguística coloquial. Achamos prudente conservar a veracidade dos dizeres.

3.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE

3.1.1 Conceito de humanização

Antes de iniciarmos a análise do termo humanizar recorreremos a uma reflexão obtida nos momentos de visita no HAJ, e veio o seguinte pensamento: além dos muros do hospital cheio de janelas existe um lugar, basta ser como uma criança cheia de curiosidade que levanta o pé para espiar o que tem do lado de dentro daquela janela... Vidas para serem vividas, conhecidas e compreendidas cada qual com sua singularidade social, econômica, cultural e emocional. Para compreender esse contexto de humanização no ambiente hospitalar precisamos deixar de ser míopes para poder enxergar o outro e a si mesmo de forma subjetiva.

De acordo com o Dicionário Houaiss (2001, p. 1555) “humanizar é tornar-se humano, dar ou adquirir condição humana. Tornar-se benévolo, ameno, tolerável; humanar-se. Tornar-se mais sociável, mais tratável; civilizar-se; socializar-se e humanizar-se”.

Para o PNHAH (2001, p. 52) humanizar “é resgatar a importância dos aspectos emocionais, indissociáveis dos aspectos físicos na intervenção em saúde”. Outra reflexão,

humanizar “refere-se à possibilidade de assumir uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento dos limites”.

Neste mesmo enfoque, humanizar para PNH (2015, p. 13) é “construir relações que afirmem os valores que orientam nossa política pública de saúde”.

Notamos que humanizar é uma ação que deveria ser natural nos indivíduos para processo saudável de convivência com o outro, de forma a promover o respeito, a solidariedade e a benevolência em minimizar o sofrimento do outro que inspira cuidado. Isso talvez seja o começo para nos tornarmos mais ‘humano’ no cotidiano.

No século XXI foram realizados alguns estudos voltados para a questão da humanização nos ambientes de saúde pública no Brasil. Assim, nos ancoramos em alguns pesquisadores como: Brito, Natália Tatiani Gonçalves & Carvalho, Rachel de. (2010); Mello, Inaiá Monteiro (2008); Oliveira, J. (2015) e Rios, Izabel Cristina (2008).

Brito & Carvalho (2010, p. 221) por sua vez, aponta que:

humanização hospitalar deve ser vivenciada e sentida por todos os que atuam no hospital e precisa ser refletida na assistência prestada ao cliente e à sua família. Esses aspectos se tornam primordiais na oncologia, para que haja compreensão do momento difícil que o paciente está vivenciando naquela internação, tendo interesse nos seus problemas e nas suas dificuldades, com simpatia e cordialidade no atendimento, atuando com ética e responsabilidade profissional.

Essas autoras afirmam que a humanização em saúde deve se tornar meta em todas as esferas do cuidar e especialidades que assistem às pessoas. Para elas a ação humanizadora na oncologia deve estar presente devido à fragilidade psicológica do enfermo e de sua família. Neste capítulo narraremos sumariamente a complexidade que é a crise existencial de um paciente oncológico e o quanto é importante o tratamento humanizado para o restabelecimento de sua saúde.

Ao tratar de humanização, Mello, I. (2008, p. 8) afirma que no atendimento de saúde tem que haver uma “oposição à violência”. Para a autora não se permite a negação do outro na sua totalidade. Neste contexto, o espaço de (con)vivência impulsiona a pensarmos em pontos importantes que devem ser considerados no atendimento a saúde como: oferta de atendimento de qualidade, apreço pelo que faz (gestores, administrativos, pessoal de apoio e profissionais de saúde), ampliação do processo de comunicação/interação (gestores, profissionais de saúde e usuários), melhores condições de trabalho, refutar mau humor e constrangimentos. Deste modo, o não atendimento de ‘um’ desses elementos causam o enfraquecimento do diálogo, da reflexão, da crítica e dos valores (honestidade, respeito, responsabilidade, resignação e humildade).

Sobre esse aspecto de ‘humanização’, Oliveira, J. (2015, p.105) também assinala que:

Humanizar o atendimento não é apenas chamar o paciente pelo nome, nem ter constantemente um sorriso nos lábios, mas, além disso, é compreender os medos, angústias e incertezas. É dar apoio e atenção permanente ao paciente. Humanizar também é, além do atendimento fraterno e humano, procurar aperfeiçoar os conhecimentos, continuamente, é valorizar, no sentido antropológico e emocional, todos os elementos implicados na assistência. Na realidade, a humanização do atendimento, seja em saúde ou não, deve valorizar o respeito afetivo ao outro, deve prestigiar a melhoria na vida de relação entre as pessoas em geral.

Nesta mesma linha de raciocínio a médica Izabel Cristina Rios (2009, p. 11) conceitua humanizar uma negativa de uma progressão escalar biológica e antropológica. “Mas ao reconhecimento da natureza humana em sua essência e a elaboração de acordos de cooperação, de diretrizes de conduta ética, de atitudes profissionais condizentes com valores humanos coletivamente pactuados”.

A fim de elucidarmos esse entendimento de humanização na prática vivenciada no HAJ entrevistamos 10 profissionais de saúde de diversas áreas do conhecimento (enfermeiros(as), técnico em enfermagem, psicólogas, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista e médico) e destacamos neste trabalho conceitos/entendimentos de humanização proferidos por esses profissionais.

Olha, a humanização pra mim é o acolhimento ao paciente, né? Quando ele tá em tratamento de qualquer tipo de doença, principalmente na nossa realidade que ainda é querendo ou não culturalmente uma doença que carrega um estigma, né? Morrer tá muito próximo ao diagnóstico é fundamental esse acolhimento, esse esclarecimento e esse recebimento do paciente. Não só no início do tratamento, mas durante todo tratamento, porque ele se sente apoiado por profissionais, para que ele se sinta mais a vontade dentro do ambiente hospitalar e pra que ele conviva melhor com a doença e com tratamento. Os fatores que eu acho importante para concretização de humanização no ambiente hospitalar... compreende vários fatores, estruturais, do ambiente físico quando o paciente chega é importante. Os fatores emocionais de quem está atendendo esse paciente, os profissionais que atende esse paciente é de extrema importância. Desde a recepção até o atendimento do médico, né? Porque normalmente ele passa por toda uma equipe, né? Desde a recepção, isso é uma rotina diária, não é só no primeiro dia, é uma rotina diária, ele faz esse caminhar dentro do hospital. Hoje hospital mantém uma equipe multiprofissional onde esse paciente também passa por toda a equipe, não vou citar nomes para não esquecer ninguém, mas é uma equipe completa, então eu acho que todos os fatores, são importantes (Lia, assistente social).

Tomando como referência as considerações apontadas por Lia, entende-se que acolher esse paciente oncológico, significa em recebe-lo, oferta-lhe esclarecimento sobre a doença e

sobretudo a forma de tratamento. Ademais, para ela, o fator emocional de quem atende esse paciente no ambiente de saúde, contribui para que esse paciente sinta-se a vontade e conviva melhor com a doença e com o tratamento.

Para enfermeiro Timóteo, Humanização é: *todo o processo de amparo ao paciente que necessita de cuidados e precisa também de um apoio multidisciplinar. O primeiro fator é que hospital tenha essa característica de humanização, o segundo fator é fazer com que os profissionais sejam envolvidos nesse processo.*

Coadunamos com o Timóteo, quando ele afirma que dois fatores são fundamentais para consolidar a humanização no ambiente hospitalar – o primeiro está diretamente relacionado com a gestão hospitalar, ou seja, o tratamento humanizado deve ser um dos componentes da missão e dos valores da instituição. O segundo diz respeito ao comprometimento dos profissionais no processo do cuidado em saúde.

Natanael (fisioterapeuta), conceitua o termo humanização como sendo: *o processo de tratar não somente a doença mas sim, tratar o ser humano como um todo, de maneira holística. É uma percepção global do paciente, onde você identifica não só a patologia, mas também os comprometimentos sociais e psicológicos, pra que você possa fazer esse encaminhamento ou direcionamento correto, tanto durante a reabilitação no nosso ponto de vista, quanto pra uma condição de vida melhor, mediante a doença no caso que a gente enfrenta que é a doença oncológica.*

Outra reflexão apresentada, foi do médico Simeão – *O que que eu entendo de humanização? Humanização é você enxergar o paciente não como unicamente um ser doente. É você enxergar ele como uma pessoa completa com todas as suas particularidades, como um indivíduo. Então não enxergar somente a doença na pessoa, enxergar ele como um todo. Em termos de pessoas, com expectativas, da sua condição socioeconômica, da condição da intelectualidade, do lado psicológico desse paciente, do lado religioso do paciente. Então é enxerga-lo como um ser humano completo. O atendimento humanizado ele tem que ser feito não só pela equipe médica, ele tem que ser feito por aqueles que participam do ambiente que vai acolher essa pessoa, desde a recepção até a parte médica especificamente. Então o paciente ele tem que se sentir bem-vindo ao ambiente e ele tem que se sentir acolhido. Desde a hora que ele entra na recepção até a hora que ele chega na parte final que é a parte médica do tratamento. E o ambiente também, físico tem que ser um ambiente que traz um pouco mais de tranquilidade.*

Na opinião de Natanael e do Simeão não se deve centralizar o sentido do cuidado somente na doença, mais enxergar o paciente na sua totalidade, isto é, contemplar o sujeito no aspecto físico, social, econômico, cognitivo e espiritual.

Ao observarmos a concepção de humanização desses pesquisadores e dos profissionais de saúde do hospital, arriscamos em dizer que um dos pontos principais dessa arte do diálogo e raciocínio no que tange humanização em saúde é ação de compreender o ser humano por meio das suas subjetividades no seu cotidiano. Subjetividade essa, destacada nos discursos filosóficos dos três pensadores do humanismo no século XX: Abraham Maslow, Carl Rogers e Jean Paul Sartre⁵⁴ – ratificamos o pensamento desses filósofos destacando um trecho da fala de um dos participantes (profissional de saúde) – *humanização é o processo de tratar não somente a doença mas sim, tratar o ser humano como um todo, de maneira holística.*

Neste sentido, “o humanismo é a corrente filosófica que centraliza seu interesse no tema da natureza ou condição humana e coloca o homem e seus valores acima de todas as outras coisas.” (MELLO. I., 2008, p. 15). No próximo item discorreremos as ações implantadas e implementadas de políticas públicas de humanização na saúde da população brasileira usuária do SUS.

3.1.2 Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e Política Nacional de Humanização (PNH)

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) foi apresentado em Brasília no dia 24 de maio de 2000 - como projeto-piloto. Este projeto surgiu após o economista e ministro da saúde Sr. José Serra, identificar as constantes queixas dos usuários quanto a forma de tratamento/acolhimento nos hospitais públicos brasileiros. Por esse motivo reuniu um grupo de profissionais de saúde para desenvolverem uma proposta de humanização nesses ambientes públicos de saúde⁵⁵, com intuito de promover mudanças de cultura no atendimento da saúde no Brasil. (BRASIL. PNHAH, 2001).

⁵⁴ Abraham Maslow “conceitua necessidade básica como uma condição interna do ser humano, podendo ser filosófica, psicológica, social ou de auto-realização, que funciona como força motivadora levando o organismo a realizar uma ação para satisfazê-la”. Para Carl Rogers, “o organismo constitui-se na personalidade total da pessoa e inclui aspectos somáticos e psicológicos. Ele é valorizado em seu componente biológico ativo e auto-atualizador. O campo fenomenológico é o sistema total de percepções, juntamente com seus significados”. O filósofo Jean Paul Sartre, “ênfatisa o compromisso histórico do humanismo com o mistério da vida e com a compreensão da contingência humana. Em sua obra, “O ser e o nada”, analisa os problemas da existência humana dentro da abordagem fenomenológica. [...] O autor teoriza que o único meio de se atingir a verdade e salvar o ser humano de se tornar objeto é através de sua subjetividade ou “cogito.” (MELLO. I., 2008, pp. 59-64)

⁵⁵ É importante ressaltar que a intenção deste projeto era também de disseminar essa ótica de humanização na saúde nos demais hospitais que integrasse os serviços de saúde pública no Brasil. Isto é, em toda rede credenciada ao SUS.

Para o ministro (José Serra), não bastava ter todo o aporte tecnológico e dispositivo organizacionais se a qualidade do fator humano no sentido relacional (profissionais de saúde e usuário) não estabelecesse resultados satisfatórios no processo de atendimento. No entanto, o “objetivo fundamental” do programa era “aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade” (BRASIL. PNHAH, 2001, p. 7).

A primeira etapa deste projeto ministerial foi realizada em dez hospitais⁵⁶, distribuídos em várias regiões brasileiras e com diferentes realidades: sociocultural, porte, perfil de serviço e modelo de gestão. Esse projeto foi “desenvolvido em cada hospital por dois profissionais, com o acompanhamento de uma equipe de supervisores e coordenada pelo Comitê de Humanização”. (BRASIL. PNHAH, 2001, p. 09)

O Comitê de Humanização atuou “como condutor do processo, garantindo as diretrizes básicas do PNHAH e seus critérios e parâmetros de avaliação de resultados”. Para tanto, esse Comitê foi responsável em dar apoio às redes regionais, assim como, pela sistematização da metodologia e da avaliação do trabalho. (BRASIL. PNHAN, 2001, p. 21).

Conforme Ministério da Saúde/PNHAH (2001, pp. 09:14) os principais objetivos do Projeto-Piloto foram:

- a) Deflagrar um processo de humanização dos serviços de forma vigorosa e profunda, processo esse destinado a provocar mudanças progressivas, sólidas e permanentes na cultura de atendimento à saúde, em benefício tanto dos usuários-clientes quanto dos profissionais;
- b) Produzir um conhecimento específico acerca destas instituições, sob a ótica da humanização do atendimento, de forma a colher subsídios que favoreçam a disseminação da experiência para os demais hospitais que integram o serviço de saúde pública no Brasil;
- c) Difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar pública brasileira;
- d) Melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários dos hospitais públicos no Brasil;
- e) Capacitar os profissionais dos hospitais para um novo conceito de assistência à saúde que valorize a vida humana e a cidadania;
- f) Conceber e implantar novas iniciativas de humanização dos hospitais que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde;
- g) Fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar pública;
- h) Estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimentos e experiências nesta área;
- i) Desenvolver um conjunto de indicadores de resultados e sistema de incentivos ao tratamento humanizado;

⁵⁶ Hospital Geral César Cals – CE; Hospital Getúlio Vargas – PE; Hospital João XXIII – MG; Hospital Geral do Bonsucesso – RJ; Hospital Mário Gatti – SP; Hospital Santa Marcelina – SP; Hospital Ipiranga – SP; Hospital Leonor Mendes de Barros – SP; Hospital do Mandaqui – SP e Hospital Nossa Senhora da Conceição – RS (BRASIL. PNHAH, 2001, p. 54)

- j) Modernizar as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade.

De acordo com o Ministério da Saúde/PNHAH (2001), todas essas ações são de ordem basilar/fundamentar que não é possível haver qualidade no atendimento a saúde sem a junção da eficiência técnico-científica, da racionalidade administrativa, dos princípios e valores: ético, respeito e solidariedade. Neste sentido o PNHAH ratifica que:

no campo das relações humanas que caracterizam qualquer atendimento da saúde, é essencial agregar a eficiência técnica e científica numa ética que considere e respeite a singularidade das necessidades do usuário e do profissional, que acolha o desconhecido e imprevisível, que aceite os limites de cada situação. (BRASIL. PNHAH, 2001, p. 11).

Neste contexto de relações sociais, o desenvolvimento do PNHAH provoca, necessariamente, o “fortalecimento de uma política de resgate do valor da vida humana, do cuidado ético para com ela e de valores fundamentais, como alteridade, respeito, coerência e responsabilidade social”. (BRASIL. PNHAH, 2001, p. 57).

A ação desenvolvida pelo Ministério da Saúde (MS) para um novo conceito de humanização no ambiente hospitalar foi: primeiro formar uma ‘Rede Nacional de Humanização⁵⁷’ entre as instituições públicas de saúde; segundo, criar ‘Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar’, distribuídos em cinco regiões no Brasil e por último formação dos ‘Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar’.

A Constituição da Rede Nacional de Humanização foi composta pelo Comitê Técnico de Humanização; Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (gestão plena de sistema); hospitais participantes do PNHAH; entidades da sociedade civil. (BRASIL. PNHAH, 2001).

E o que foram esses grupos?

Os grupos de multiplicadores de Humanização Hospitalar (ilustração 23) foram responsáveis pela divulgação do PNHAH, pela ‘capacitação técnica’ dos representantes hospitalares, bem como, pelo ‘acompanhamento e supervisão do trabalho’ realizado nos hospitais participantes.

⁵⁷ Rede Nacional de Humanização “representa um instrumento fundamental para a consolidação do trabalho de humanização desenvolvido em cada localidade, uma vez que possibilita o intercâmbio constante de ideias, estratégias e informações relevantes, além de garantir o apoio e a ressonância necessários a cada iniciativa.” (BRASIL. PNHAH, 2001, p. 17).

Ilustração 23 – Quadro da Distribuição Nacional dos Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar

REGIÕES*	NÚCLEOS					
	1 Núcleo	Hospital(is)	2 Núcleo	Hospital(is)	3 Núcleo	Hospital(is)
Norte	AM	3				
	AC	2				
	RO	1				
	RR	2				
	PA	3				
	AP	1				
Nordeste			CE	6		
			RN	2		
			PI	1		
			MA	2		
			BA	4		
			SE	2		
			AL	1		
			PE	2		
Centro-Oeste	GO	3				
	MT	4				
	TO	1				
	MS	1				
	DF	2				
	MG	8				
Sudeste					SP capital	7
					Itapecerica da Serra	1
					Santos	1
					Campinas	2
					Vinhedo	1
					São José do Rio Preto	1
					Franca	1
					Botucatu	1
					Marília	1
Sul	RS	4				
	SC	3				
	PR	5				
				RJ	11	
				ES	2	

Fonte: BRASIL. PNHAH (2001)

Elaboração: Sara Pereira de Deus/2018.

*Essa regionalização da distribuição dos estados difere da regionalização apresentada pelo IBGE.

Quanto ao grupo de multiplicadores em Goiás, como exposto na ilustração 23 – foram selecionados na época para participar desta política pública 3 (três) hospitais. Os possíveis hospitais são: Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT), Hospital Estadual Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi (HGG) e Hospital Estadual Materno Infantil Dr. Jurandir do Nascimento (HMI). Ressaltamos que na busca de maiores informações precisas

desses três hospitais participantes recorreremos ao Ministério da Saúde (Coordenadoria Geral da Política Nacional de Humanização/Secretaria de Atenção à Saúde); a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (Gerência de Atenção a Saúde) e os referidos hospitais. Para elucidar, os questionamentos foram:

1. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) na pág. 25 diz que em Goiás foram 3 (três) hospitais selecionados para participarem deste projeto de humanização no ambiente hospitalar. Precisamos saber quais foram esses hospitais e se existe algum documento (portaria ou outro), que comprove a participação;
2. Existem esses Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar nesses hospitais selecionados?
3. Existe curso de capacitação permanente ofertado pelo Ministério da Saúde para os profissionais de saúde sobre humanização da assistência hospitalar?
4. No PNHAH cita a criação de um Congresso Nacional de Humanização pp. 20-21:37. Esse evento acontece todos os anos?
5. Com a transição do PNHAH para PNH houve a continuidade do projeto anterior? Como está hoje essa política de humanização no ambiente hospitalar do SUS e da rede credenciada?

Entretanto, infelizmente não obtivemos respostas contundentes aos nossos questionamentos.

Vale dizer que os Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar (GTHH) daquela época foi composto por lideranças representativas do coletivo de profissionais tinham como atribuições:

difundir os benefícios da assistência humanizada; pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento da instituição; propor uma agenda de mudanças que possam beneficiar os usuários e os profissionais de saúde; divulgar e fortalecer as iniciativas humanizadoras já existentes; melhorar a comunicação e a integração do hospital com a comunidade de usuários. (BRASIL.PNHAH, 2001, p. 16).

Diga-se a propósito, num sentido mais específico, as atribuições dos GTHH foram definidas numa construção de um espaço coletivo democrático, de escuta, análise, elaboração e decisão. Poderíamos narrar que esses grupos vivenciaram a realidade cotidiana do hospital, portanto, supostamente estavam aptos a sugerirem proposta enriquecedora no processo da construção de uma coletividade humanizadora no ambiente hospitalar. (BRASIL. PNHAH, 2001).

Segundo o MS/PNHAH (2001, p. 20), a tática utilizada para assegurar essa política de humanização foi estabelecer diretrizes como: “normatização; publicação oficial do Programa de Humanização; incentivos; vídeos; manuais; workshop; internet; alianças e parcerias com projetos de humanização já em desenvolvimento; alianças e parcerias com entidades da sociedade civil (3º Setor); participação organizada de trabalho voluntário”.

Ao analisar todo contexto do ‘programa de humanização’ percebemos que todo esforço dos profissionais envolvidos e do gasto do dinheiro público empregado fica-se em risco quando há mudança no governo (federal, estadual e municipal) e gestão interna dos hospitais. Infelizmente não há essa preocupação com gasto implantado com os projetos, mas, de mudar toda a estrutura do governo passado, não priorizando a continuidade de projetos que consideramos essencial para a coletividade humana usuária frequente ou não dos serviços do Sistema Único de Saúde.

Portanto os projetos de gestão pública que beneficiem a nação direta ou indiretamente, no sentido macro e/ou micros social, precisam ser apartidários para que haja continuidade em governos ulteriores. De modo a não dissolverem a cada mudança de gestão, logo, não pode ser um programa do governo ou dos administradores, mas da saúde. Neste sentido, talvez por não obter maiores informações sobre o programa e a continuidade das atividades propostas (GTHH, cursos de formação, congresso e outros) impele a pensar da não continuidade do programa.

A despeito da descontinuidade, as próprias equipes do projeto-piloto identificaram:

um certo ceticismo dos profissionais quanto ao real comprometimento do poder público, já que outras iniciativas e campanhas desse tipo foram abandonadas pelo caminho antes de se chegar a algum resultado. Há uma percepção difusa de que os programas oficiais, embora meritórios, não têm continuidade. (BRASIL. PNHAH, 2001, p. 45).

Contudo, ao buscarmos o direito do acesso a informação de acordo com a Lei nº 12.527 de 18 de novembro de 2011 sobre a existência desses GTHH nos três hospitais supostamente selecionados (HDT, HGG e HMI) os prestadores de serviços desconhecem ou nunca ouviram falar, alguns informaram de não haver um setor específico de humanização dentro dos hospitais. Portanto, subtendemos da não continuidade do projeto ou sofreu várias denominações e alterações ao longo desses anos.

Ainda nesse viés de humanização no ambiente hospitalar, em 2003 foi lançada a Política Nacional de Humanização (PNH)⁵⁸, o ministro da saúde era o médico e jornalista Sr. Humberto Sérgio Costa Lima, e nesse período tinham como meta pôr em prática os “princípios do Sistema

⁵⁸ Também conhecida como ‘HumanizaSUS’.

Único de Saúde (SUS)''⁵⁹ no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Resumidamente os conceitos que norteiam as tarefas da PNH são: acolhimento; gestão participativa e cogestão; ambiência; clínica ampliada e compartilhada; valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários. (BRASIL. PNH, 2015). Portanto, entende-se que neste período essa política de saúde deixa de ser um 'Programa' e passa ser uma 'Política'.

A legislação que sustenta a PNH é a Constituição Federal/1998; Lei 8.080/1990; Lei 8.142/1990; Decreto 7.508/2011; e seu Documento base – HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS⁶⁰.

Para os técnicos do MS entendedores desta política existem alguns pontos de tensão expressos na ambiência do contexto da atenção a saúde que são:

- A banalização do sofrimento;
- O desrespeito ao conjunto de direitos relacionados a saúde;
- Relação inadequada para o campo da saúde, exemplo: a não produção de engajamento que decorre a exclusão das dimensões subjetivas de trabalho;
- Degradação da clínica do cuidado (atendimento que deixa conduta; atendimento sem continuidade; atendimento sem relação de vínculo e atendimento sem relação de corresponsabilidade).

Esses pontos de tensão demonstram a complexidade que é a produção da saúde nas unidades médicas de atenção básica, média e alta complexidade do SUS e das redes credenciadas ao SUS. No entanto, a partir destes pontos críticos os técnicos do MS articularam e construíram de forma compartilhada, planos de ação que promovessem e disseminassem inovações nos modos de fazer saúde no Brasil. (BRASIL. PNH, 2015).

De modo geral a PNH se estrutura a partir de: princípios, métodos, diretrizes e dispositivos.

Os princípios que versam o SUS está na 'transversalidade' que é compreendida no grau de comunicação intra e inter(grupos). E esse diálogo entre pessoas e grupos (gestores, administrativos, pessoal de apoio, profissionais de saúde e usuários) possibilita o rompimento de grupos isolados e abre as fronteiras dos saberes e das práticas vivenciadas de modo a construir trocas no âmbito local, regional e nacional. Por certo, transversalizar "é reconhecer

⁵⁹ Princípios do SUS: *universalidade* de acesso; *equidade* na assistência a saúde; *integralidade* da assistência; *controle social* participação da comunidade e *descentralização* político-administrativa.

⁶⁰ Informação obtida via e-mail da Coordenação Geral da Política Nacional de Humanização.

que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável”. (BRASIL. PNH, 2015, p. 6).

Outro princípio é a ‘indissociabilidade entre atenção e gestão’ esse princípio ajuda a perceber que tudo que é feito na ‘gestão’ interfere direta e/ou indiretamente na ‘atenção’ e vice-versa. De modo que, há uma inseparabilidade entre clínica e política; entre produção de saúde e produção de sujeitos; entre integralidade do cuidado e integralidade dos processos de trabalho. Portanto, agindo assim de forma indissociável. (BRASIL. PNH, 2015).

O último princípio ‘protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos’ para produção da saúde humanizada descarta/rejeita a centralidade dos sujeitos (gestores, profissional de saúde e usuários). Com isso, abre efetivamente espaço para compartilhamento coparticipativo nos processos de gerir, cuidar e de ser cuidado. Segundo a PNH (2015, p. 7) “um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde”.

Ao seguir a análise da estrutura da PNH, percebemos que o sentido do ‘método’ nessa Política está na *inclusão* e no *diálogo* desses atores, sejam eles - trabalhadores, usuários ou gestores nessa produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho. Neste sentido, incluir:

os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde. Incluir usuários e suas redes sociofamiliares nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si. (BRASIL. PNH, 2015, p. 5).

Talvez o ‘método’ seja uma tríplice de inclusão – incluir: os sujeitos, os conflitos e os analisadores. Contudo, a relação humana no ambiente hospitalar de acordo com a PNH se traduz na inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Sem a intenção de sermos redundantes nas palavras, mas, tais mudanças de gerir e cuidar deverão ser construída de forma grupal e partilhada.

Outro ponto que faz parte da estrutura da política de humanização são as ‘diretrizes’ que expressam o método da inclusão no sentido do(a): 1) acolhimento; 2) gestão participativa e cogestão; 3) ambiência; 4) clínica ampliada e compartilhada; 5) valorização do trabalho e do trabalhador; 6) defesa dos direitos do usuários; 7) fomento das grupalidades, coletivos e redes; e 8) construção da memória do SUS que dá certo. (BRASIL. HumanizaSUS, 2010, p. 57).

Para o HumanizaSUS (2010, p. 16) essas diretrizes entende-se nas orientações gerais de “clínica, ética e política” do mesmo modo se dão através do último ponto da estrutura da PNH que são os dispositivos. No mesmo documento base (p. 57) define dispositivo como sendo:

uma ação, um projeto, uma tecnologia a ser implementada, algo que dispare um movimento de mudança para transformar as práticas vigentes, tanto na atenção como na gestão em saúde. Atualização das diretrizes de uma política em arranjos de processos de trabalho. Dispositivos da PNH: Acolhimento e Classificação de Risco (ACR), Colegiado Gestor, Contrato de Gestão, Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial, Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e Câmara Técnica de Humanização (CTH), Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP), Projeto memória do SUS que dá certo, Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Projeto de Saúde Coletiva, Projetos co-geridos de ambiência, Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de porta aberta, ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação, etc. e Visita aberta e Direito a acompanhante.

Portanto, esses dispositivos da PNH provavelmente são as ações desenvolvidas no cotidiano dos serviços de saúde de modo a vivenciar e reinventar uma produção de formação/intervenção-intervenção/formação (presencial ou virtual) possibilitando o compartilhamento das vivências e novas realidades em saúde. Nesse sentido, o diálogo entre os sujeitos possibilita interferências na organização do trabalho e do serviço de forma ética.

3.2 A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DO HAJ E O TRABALHO DE ACOLHIMENTO AO PACIENTE

A instituição filantrópica sempre preocupou com a questão do paciente migrante. Como relatamos outrora, havia um albergue para acolher pacientes de outras localidades. No entanto, com extinção do albergue, o setor de assistência social do HAJ auxilia no abrigo desses migrantes da saúde nas diversas casas de apoio distribuídas em Goiânia. Vale ressaltar, que o HAJ, de certo modo, preocupou em desenvolver ações de humanização, mesmo antes do projeto federal – PNHAH e da PNH.

Na busca do entendimento prático sobre a cultura organizacional humanizada no HAJ, referente aos projetos citados no primeiro capítulo deste estudo, surgiram algumas indagações: O que tem hoje? O que não tem mais? O que vimos?

Reportemos aos projetos citados no primeiro capítulo desenvolvidos pelo setor de voluntariados que foram: Projeto solidariedade; Assistência ao leito hospitalar; Projeto vitória; Jogo da alegria; Mãos generosas; Moda & Beleza; Oficina de trabalho (Costura); Terapia meditacional; Chá das nove horas; Chá das cinco horas; Biblioteca ambulante; Projeto transporte; Arte terapia; Eventos internos; Eventos externos; Bordados da Pediatria; Capelania Evangélica; Projeto Amparo; Tarde da beleza; Capelania Espírita; Capelania Católica; Trabalhando com amor; Happy Hour; Apoio aos ostomizados e Restaurando a beleza.

Esses projetos/atividades são desenvolvidos(as) por (300) trezentos voluntários, que são distribuídos conforme quantidade de voluntário disponível a cada dia (segunda-feira a sexta-

feira). Os ‘anjos verdes’ são gerenciados pela Diretoria Técnica do Hospital/Supervisão de Serviços Multiprofissionais e coordenados pela vice presidente Ângela Machado de Sá Ferreira que acompanha o trabalho dos voluntários há várias décadas e que está na instituição desde 1972.

Destas ações de cunho humanitário, hoje continuam as atividades e projetos (trabalho de campo realizado em 2018):

- Projeto solidariedade (ilustração 24) – busca dar apoio, orientação e informação aos pacientes e acompanhantes que aguardam atendimento (realizado de segunda-feira a sexta-feira);

Ilustração 24 – Foto do Projeto solidariedade no HAJ



Fonte: ACCG – José Olímpio/2019

- Assistência ao leito hospitalar (ilustração 25) – proporciona, ao paciente, acompanhamento individual, amigável e companheiro (realizado de segunda-feira a sexta-feira);

Ilustração 25 – Foto da Assistência ao leito hospitalar no HAJ



Fonte: ACCG – José Olímpio/2019

- Projeto vitória – procura entreter, orientar e conscientizar os pacientes e acompanhantes do Setor de Pediatria (realizado todas as quintas-feiras);
- Mãos generosa ou Trabalhando com amor (ilustração 26) – realiza a confecção de produtos diversos (bordados, artesanatos, tecido, gesso, vidro, tapetes, etc) realizado todas as quintas-feiras;

Ilustração 26 – Foto do Projeto trabalhando com amor da ACCG



Fonte: Arquivo Próprio/2018

- Moda e beleza (Ilustração 27) – Procura melhorar a autoestima dos pacientes em tratamento quimioterápico, a partir da aparência. Dentre as atividades, destacamos a arte de amarrar lenços; maneiras de vestir aliado ao biótipo do paciente; dentre outras (todas as quartas-feiras no setor de quimioterapia);

Ilustração 27 – Projeto moda e beleza no setor de quimioterapia da ACCG



Fonte: accg.org.br - 2018⁶¹

⁶¹ Disponível em: <https://bit.ly/2GEqeF5> / <https://bit.ly/2iIvWL8>

- Terapia meditacional – é uma terapia de apoio ao tratamento através de meditação (realizado nas quartas-feiras no setor de radioterapia);
- Chá das nove horas (ilustração 28) – leva chá e bolachas a pacientes carentes e respectivos acompanhantes em todos os ambulatórios da instituição (realizado de segunda-feira a sexta-feira);

Ilustração 28 – Foto do Chá das nove horas no HAJ



Fonte: ACCG – José Olímpio/2019

- Chá das cinco horas – leva chá e bolachas a pacientes carentes e respectivos acompanhantes no ambulatório da Radioterapia e Centro Integrado de Oncologia (realizado de segunda-feira a sexta-feira);
- Biblioteca ambulante – leva cultura e entretenimento ao paciente interno através de livros, revistas de variedades e romances (segunda-feira, terça-feira e quinta-feira no período vespertino);
- Projeto transporte – leva e acompanha pacientes para realização de atividade fora da instituição e busca de doações (acontece de acordo com a necessidade);
- Arte terapia – realiza atividades de pintura, colagem, massas, manuais diversos e entretenimento ao paciente interno (quarta-feira pela manhã nos setor de pediatria).
- Eventos internos – comemora aniversários e datas especiais, Dia dos pais – ilustração 29 (acontece nos leitos), Dia das mães (acontece nos leitos), Páscoa (acontece nos leitos), Festa junina ilustração 30 (acontece no pátio do hospital - destinado para os acompanhantes e também acontece na pediatria), Dia das crianças ilustração 31 (acontece no auditório), Natal ilustração 32 (acontece no auditório), entre outros; com pacientes internados e acompanhantes;

Ilustração 29 – Foto da Comemoração do Dia dos pais no HAJ



Fonte: Arquivo próprio/2018

Essa comemoração aconteceu dia 27 de agosto de 2018. Neste dia foi entregue pelos voluntários nos leitos em comemoração ao dia dos pais, presentes aos pais internados e ao pai que acompanha o filho. No dia havia dois intérpretes musicais que passaram pelos corredores e nos leitos (todos os leitos, no setor de emergência e na radioterapia) cantando:

1. *Deus está aqui neste momento tua presença é real em meu viver...*⁶²
2. *Se Deus fizer, Ele é Deus/ Se não fizer, Ele é Deus/ Se a porta abrir, Ele é Deus/ Mas se fechar, continua sendo Deus/ Se a doença vier, Ele é Deus/ Se curado eu for, Ele é Deus/ Mas se não der, continua sendo Deus...*⁶³
3. *Jó, como pode ainda adorar/ Se não tem motivos pra cantar? Abandona esse Deus e morre/ Mas não o adoro pelo que ele faz/ Nem menos por bens materiais/ Eu o adoro pelo que ele é/ Eu sou dele, tudo é dele...*⁶⁴
4. *Entra na minha casa/Entra na minha vida/Mexe com minha estrutura/Sara todas as feridas/Me ensina a ter santidade/Quero amar somente a ti...*⁶⁵
5. ...

Neste momento a mãe de uma criança interage cantando na pediatria – *Meu Deus eu estava sozinho Jesus me encontrou...*

O sorriso dos pacientes pais ao verem os intérpretes cantando para eles, é de uma emoção indescritível, tinha um significado simbólico e singular expresso no seu rosto. No setor de Radioterapia os pacientes e acompanhantes interagiram com os intérpretes alguns se

⁶² Fonte: <https://bit.ly/2GnVNUy> . Acesso em: fev.2019

⁶³ Fonte: <https://bit.ly/2RYkqbH>. Acesso em: fev. 2019

⁶⁴ Fonte: <https://bit.ly/2DxUZIY>. Acesso em: fev. 2019

⁶⁵ Fonte: <https://bit.ly/2SuO2mh>. Acesso em: fev. 2019

emocionaram. E disse: *Vocês trouxeram muita alegria, fé e esperança* – paciente que estava aguardando para fazer radioterapia. Os agentes/atuantes retribuíram com um sorriso e mais exposição de músicas. Talvez esse sorriso traga consigo o maior significado de humanização.

Ilustração 30 – Festa junina no setor de pediatria do HAJ



Fonte: www.facebook.com/ACCGoficial

Outra forma de alegrar o dia dos pacientes da pediatria é a festa junina, é um evento desenvolvido há mais de 15 anos no HAJ, que proporciona o envolvimento/participação dos médicos, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, musicoterapeuta e assistente social. Segundo uma das profissionais de saúde

A intenção maior da festa é que a gente faça um contato mais próximo com o paciente, tanto da equipe, como os acompanhantes, médicos, enfermeiros, secretários. Todo mundo se reúne para vivermos esse período de alegria, porque enfrentamos vários momentos difíceis juntos. Por isso, ter essa descontração, essa coisa gostosa, é mostrar para o paciente que a vida continua e que temos que festejar as coisas boas. (Assessoria de comunicação da ACCG, 2017).

A Festa junina constitui, um dos momentos em que o HAJ proporciona aos seus pacientes e acompanhantes, um cuidado humanitário, lhes oferecendo um dia de descontração

tradicionalmente “caipira” – trazendo-lhes ao encontro aos costumes e hábitos da sua cultura, aos tempos de criança.

Ilustração 31 – Foto da comemoração do Dia das Crianças no HAJ



Fonte: Arquivo próprio/2018

Dia das crianças no HAJ⁶⁶ é um momento lúdico que as crianças e os adolescentes esquecem das mazelas da doença, interagem entre si e com todos os participantes da festa. Por um instante, a tristeza não tem lugar neste ambiente, ou seja, a alegria se sobrepõe à tristeza e contagia a todos participantes da festa.

⁶⁶ Festa realizada dia 29 de outubro de 2018.

Ilustração 32 – Foto da confraternização Natalina no HAJ



Fonte: Arquivo próprio/2018

Essa festa natalina⁶⁷ contou com a presença do coral da Secretaria de Estado de Educação Cultura e Esporte de Goiás e recreadores para animar o encontro. Neste dia, as pessoas envolvidas no processo (profissional de saúde, voluntários, visitantes, pacientes, acompanhantes) ficam visivelmente mais emotivas.

- Eventos externos – momento em que voluntários, profissional de saúde e colaboradores realiza/participa de eventos fora dos limites físicos da ACCG, exemplo a feijoada (realizado todo ano na churrascaria do clube Ferreira Pacheco) e o Flamboyant social (realizado todo ano no shopping Flamboyant) outros eventos externos podem acontecer de acordo com os convites;
- Bordados da pediatria – ensina bordado para acompanhantes da pediatria, com objetivo de promover a inclusão social (realizado na segunda-feira no período vespertino);

⁶⁷ Festa realizada dia 10 de dezembro de 2018.

- Capelania Evangélica (segunda-feira a sexta-feira), Capelania Católica (sábado) e Capelania Espírita (domingo) – busca dar apoio espiritual aos pacientes e acompanhantes;
- Projeto amparo ilustração 33 – proporciona ao paciente e seu acompanhante maior equilíbrio emocional e espiritual no momento que antecede o procedimento cirúrgico (realizado de segunda-feira a sexta-feira nos períodos matutino e vespertino);

Ilustração 33 – Foto do Projeto amparo



Fonte: ACCG – José Olímpio/2019

- Tarde da beleza – proporciona ao paciente interno oportunidade de mudanças na imagem pessoal: corte de cabelo, barba, unha e maquiagem (realizado na segunda-feira, quarta-feira e sexta-feira). O objetivo da atividade é o resgate da autoestima (ilustração 34).

Ilustração 34 – Foto do projeto Tarde da beleza



Fonte: ACCG – José Olímpio/2019

- Restaurando a beleza – Confecciona prótese mamária, lenços, toucas de tecidos e de crochê para pacientes em tratamento quimioterápico (realizado às quintas-feiras no período vespertino);
- Happy Hour – música ao vivo através de serenata e corais nos corredores e leitos do Hospital Araújo Jorge. Acontece às quartas-feiras no período vespertino e nas quintas-feiras no período noturno (ilustração 35).

Ilustração 35 – Foto do projeto Happy Hour



Fonte: ACCG – José Olímpio/2019

Os projetos extintos foram: *Jogo da alegria* que tinha como objetivo entreter os pacientes através de jogos e recreação, a fim de reduzir o fluxo de voluntários no setor de pediatria; *Oficina de trabalho (costura)* que confeccionava e reformava vestuário da instituição a fim de melhorar a qualidade do serviço utilizando material descartável e o projeto *Apoio aos ostomizados* que prestava orientação, manuseio, apoio psicológico e espiritual foi extinto pois a coordenadora do projeto que também era ostomizada mudou-se de cidade. Todas essas informações foram obtidas no trabalho de campo realizado em 2018.

Entretanto, pudemos vivenciar *in loco* vários destes projetos em ação – Projeto solidariedade; Assistência ao leito; Moda e beleza; Chá das nove horas; Chá das cinco horas; Arte terapia; Happy Hour; Projeto amparo; capelania; projeto Trabalhando com amor; dia dos pais; dia das crianças e confraternização natalina. Essas ações desenvolvidas pelos voluntários no HAJ, são importantes para o paciente (que sentirá acolhido) e para o profissional de saúde (que vê no voluntário a contribuição da sua ação no tratamento do enfermo). Além, desses ‘anjos verdes’ mudar a dinâmica do lugar no cotidiano. Assim, focando no ‘ser’ e não na doença.

Ressaltamos que o trabalho da capelania no ambiente hospitalar do HAJ difere do contexto externo. Em uma de nossas conversas com o capelão ele disse:

Aqui, não é permitido o conflito entre as religiões.
Aqui, não é permitido o confronto entre fé e ciência.
Fé precisa ser sensata e equilibrada.
Fé bíblica é crer, mais ela pensa.
A doença não permite uma fé fantasiosa.

Pode-se discorrer que outrora a fé e a medicina convencional estabelecia um embate, pois, o médico Alberto Augusto de Araújo Jorge relata a resistência da população sertaneja em procurar um médico para tratamento de quaisquer moléstias. Hoje a relação da fé e a medicina convencional no HAJ não estabelecem um confronto de ciência e religião. A espiritualidade no ambiente de saúde é tida como um apoio ao enfermo e familiares, respeitando sua fé e suas crenças. Por outro lado, a fé para muitos representa: crença na cura, esperança, misericórdia, fortalecimento e equilíbrio. No contexto da espiritualidade a fé ajuda a olhar para frente, avançar, reconstruir e re(significar). Segundo o ABC do câncer (2017, p. 66), na linha de cuidado “a abordagem dos indivíduos com a doença deve contemplar as diversas dimensões do sofrimento (físico, espiritual e psicossocial) e buscar o controle do câncer com a preservação da qualidade de vida”.

Em visitas realizadas no hospital vivenciamos várias situações de cuidado, abaixo narradas:

Na penúltima semana de julho de 2018, numa terça-feira (pela manhã), percebemos logo na entrada principal do hospital que a recepção estava lotada de pacientes para realizar exames, consultas, curativos entre outros. E ali estavam duas senhoras que acabaram de chegar acamadas foram colocadas num espaço reservado para serem atendidas. Essas duas nos chamaram atenção, e observamos o atendimento que a enfermeira estava prestando àquelas pacientes. Percebemos que ela conversou com a paciente, verificou com cuidado uma lesão no rosto de uma delas e conversou com a família – numa serenidade e prudência diante de todo o fluxo de pessoas que havia ao seu redor. O movimento naquele lugar (ambulatório) era intenso as cadeiras enfileiradas nas duas laterais à direita e à esquerda eram insuficientes para quantidade de pessoas ali presentes. Ficamos naquele lugar o dia todo visitando todas as alas possíveis como, – o setor de emergência e o setor de nutrição, que por sinal muito limpo, todos uniformizados com touca e organização em todos os lugares desde a cozinha, local que

armazena os alimentos e o refeitório. Já no período da tarde retornemos novamente para recepção corredores das duas laterais já não era o mesmo de outrora. Estava num silêncio! Pouquíssimas pessoas circulando. E aquelas senhoras, já haviam sido atendidas.

No dia 08 de agosto de 2018, uma senhora ao entrar no setor de voluntariado foi buscar informação sobre o sutiã que o setor de voluntários confecciona com prótese. Ela disse que já havia feito a cirurgia da retirada da mama e queria usar esse sutiã. A pessoa que a atendeu carinhosamente mostrou o sutiã e disse que se ela preferisse fazer com uma costureira de confiança ela poderia ficar a vontade ou poderia fazer lá, pois dispunham de costureiras que confeccionam para as pacientes. Foi quando ela (paciente) disse que até conhece uma costureira mais que preferia fazer lá porque só a família sabe do acontecido, portanto, não sentiria a vontade e que precisaria de mais tempo para assimilar a situação.

Neste mesmo dia, nos chamou a atenção, um ato de humanização em frente ao setor de emergência. Uma profissional de saúde segura na mão de um acompanhante e conversa por muito tempo - percebe-se ali, uma situação de amparo/complacência/solidariedade com aquela pessoa que acompanha o paciente oncológico.

No mesmo dia, registramos uma olhar sensível/humano do médico para a paciente que estava aos seus cuidados na recepção do setor do TCTH. Ele chamou a paciente (criança) e seus familiares para conversar sobre o tratamento. Estavam o pai, mãe e irmão (possível doador de medula). Quando essa família retorna da conversa com médico, o pai por mais que tentasse segurar o choro, o nó na garganta já se fazia presente, e a lágrima espalhava pelos seus olhos e abraçou a filha e respirou profundamente para tentar segurar o choro...

Certamente, todos esses projetos e situações de acolhimento, ajudam o paciente oncológico e família, a lançarem um novo olhar deste mundo vivido no hospital. A possibilidade, de (re)significar este lugar ao caminhar nesses ambientes que lhe proporciona acolhimento⁶⁸.

Sob a ótica apontada pela PNH (2015, p. 7), compreende-se que acolher é:

reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. [...] O acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva.

Pode-se dizer que acolhimento no contexto singular do ‘ser’ e nas pluralidades deste ‘ser’ no meio social hospitalar está muito próximo do sentido de cuidar, de vivenciar e compartilhar experiências como forma enriquecedora do ‘ser’ na sua existência.

⁶⁸ De acordo com o dicionário Houaiss (2001, p. 61) acolhimento refere ao ato ou efeito de acolher, a maneira de receber e de ser recebido, local que expressa abrigo, hospitalidade e segurança.

As três palavras a seguir são fundamentais para o doente, que precisa sentir:

Acolhido

Respeitado

Assistido

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2018) “saúde universal é garantir que todas as pessoas e comunidades tenham acesso aos serviços de saúde sem qualquer tipo de discriminação e sem dificuldades financeiras”. Do mesmo modo, no Brasil “os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta.” (PNH, 2015, pp. 11-12). Neste sentido, o HAJ tem essa preocupação de manter os seus pacientes informados dos seus direitos nos serviços de saúde oncológica e na seguridade social, lhe ofertando o apoio jurídico através de uma voluntária.

A sigla ARA (acolhido, respeitado, assistido) criada por nós, tem a intensão de explicar – que podem ser oferecidos ao sujeito de forma física e simbólica diversos métodos de acolhimento:

O primeiro é sobre a *legislação* e o direito ao acesso a saúde. São vários os dispositivos jurídicos que resguardam os direitos dos usuários da saúde pública.

A Constituição Federal (CF) no seu Art. 196 promulgado em 05 de outubro de 1988 (CONSTITUIÇÃO, 2015, pp. 118-119) prescreve que 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.”

A Declaração Universal dos Direitos Humanos no Art. XXV publicado em 10 de dezembro de 1948 diz que:

Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle. (DIREITOS HUMANOS, 2013 p. 23).

A Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 preceitua no seu Art. 2º que a “saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.” (LEI N. 8.080, 1990).

Apresenta-se também a Lei n. 12.732, de 22 de novembro de 2012, conhecida como lei dos 60 dias. Essa Lei assegura que a partir do momento que o paciente é acometido por uma

neoplasia maligna comprovada, é estabelecido prazo máximo de início ao primeiro tratamento oncológico no SUS. Segue três artigos importantes desta lei:

Art. 1º O paciente com neoplasia maligna receberá, gratuitamente, no Sistema Único de Saúde (SUS), todos os tratamentos necessários, na forma desta Lei.

Art. 2º O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único.

Art. 3º O descumprimento desta Lei sujeitará os gestores direta e indiretamente responsáveis às penalidades administrativas.

Os dispositivos jurídicos (CF, Declaração Universal dos Direitos Humanos, Lei n. 8.080, Lei n. 12.732) estabelecem o ‘direito’ ao acesso ao tratamento de saúde. Porém, ao analisar a história da ACCG/HAJ, esses direitos foram deficitários, tanto pelo gestor público como pelo gestor hospitalar naquele período (2011). Tal questão remete a ilustração 36

Ilustração 36 – Falta de medicamento de alto custo prejudica paciente oncológico

GOIÂNIA, quinta-feira, 24 de março de 2011 CIDADES / O POPULAR 7

Agrava a crise do Araújo Jorge

FALTA DE MEDICAMENTOS JÁ ATINGE A QUIMIOTERAPIA E PREOCUPA PACIENTES E MÉDICOS

ENTREVISTA // MURILO OLIVEIRA

“Já são quase três meses sem receber o medicamento”

Murilo Nascimento de Oliveira tem apenas 21 anos, mas já convive há 7 anos com uma leucemia mieloide crônica. Ele explica que a doença é grave, mas tem controle, que só pode ser obtido e garantido com o uso regular dos medicamentos. Murilo faz uso do Glicec, uma droga de alto custo, desde 2006. Nesses quase cinco anos, relata que já houve falhas no fornecimento, mas nada que se compare à atual. A doença mobilizou a família, que se mudou da casa própria, em Niquelândia, para uma de aluguel, em Goiânia.

Como está o fornecimento do medicamento?
Eu faço tratamento no Hospital Araújo Jorge desde 2006. Já houve falhas, de até 45 dias, mas nada como agora. Já são quase três meses sem receber o remédio.

Quase todos os dias. Eles informam que não chegou e que não têm previsão de quando vai chegar.

Qual é a sua maior preocupação?
Tenho medo de que o medicamento deixe de fazer efeito. Sei que tenho doenças

O hospital

Pacientes atendidos em 2010:	148.863
Média mensal de atendimentos:	12.405
Atendimentos pelo SUS em 2010:	77%
Empregados:	659
Médicos:	80
Gasto mensal com quimioterápicos:	R\$ 500 mil
Faturamento médio mensal pelo SUS:	R\$ 3,5 milhões

quem depende do Sistema Único de Saúde (SUS), que muitas vezes não tem para onde correr e só resta esperar”, relata o médico.

O jovem Murilo Nascimento de Oliveira está no segundo grupo, que depende do SUS e aguarda o medicamento Glicec. A falta já dura quase 90 dias. A mãe dele, a teleoperadora Marlete Queiroz, de 40 anos, conta que os últimos dois meses não conseguiu

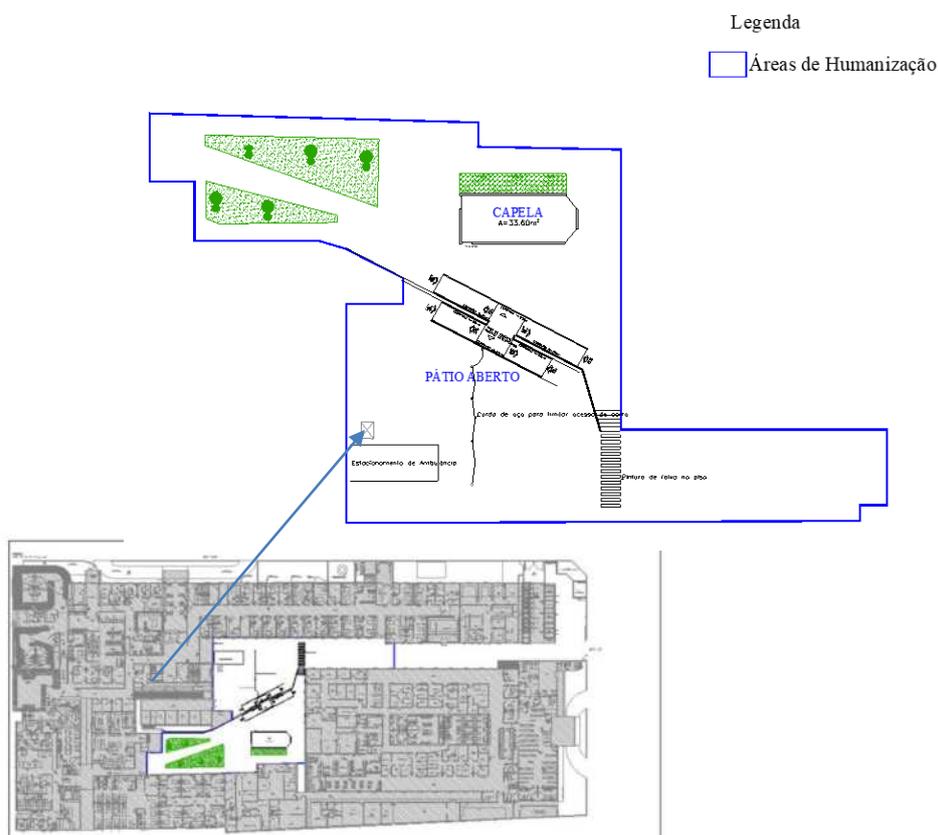
Fonte: Jornal O Popular (24 de março de 2011)

Pode-se dizer, que o paciente oncológico amparado pela lei criou a expectativa do acesso integral ao seu tratamento por ser ‘um direito de todos e o dever do Estado’ e que receberia ‘gratuitamente todo tratamento necessário’. Mas, não foi o que aconteceu. Por ingerência da gestão da saúde que prevê mas não garante o cumprimento das promessas, o paciente deixou de ser acolhido, respeitado e assistido pela gestão pública de saúde e pela gestão hospitalar

filantrópica - o paciente disse em entrevista que estava há três meses sem receber o medicamento de alto custo para o seu tratamento e que até os pacientes da quimioterapia já estavam sendo prejudicados. Importante ressaltar, que esse período corresponde à gestão da Sra. Criseide Castro Dourado (presidente da ACCG), o Prefeito de Goiânia na época (2011) era Sr. Paulo de Siqueira Garcia e o Ministro da Saúde o Sr. Alexandre Padilha.

A segunda forma de acolhimento corresponde ao *espaço físico do lugar*. Na opinião da arquiteta Danielly de Souza Castro Prado (arquiteta da ACCG), o espaço humanizado no ambiente hospitalar na arquitetura são espaços acolhedores para o paciente abrangendo desde o mobiliário, iluminação, cores, oportunidade da visão do ambiente externo entre outros. Para os humanistas, além desses espaços humanizadores considerados pelos profissionais da arquitetura, apresentemos outro olhar subjetivo e simbólico do acolher a esse paciente, acompanhante e os pares envolvidos no processo no HAJ. Em várias visitas de campo ao nosocômio, detectamos espaços acolhedores, por isso, achamos por bem, desenvolvermos a planta baixa desses lugares – Ilustrações 37; 38; 39; 40; 41:

Ilustração 37 – Planta baixa do Térreo do HAJ

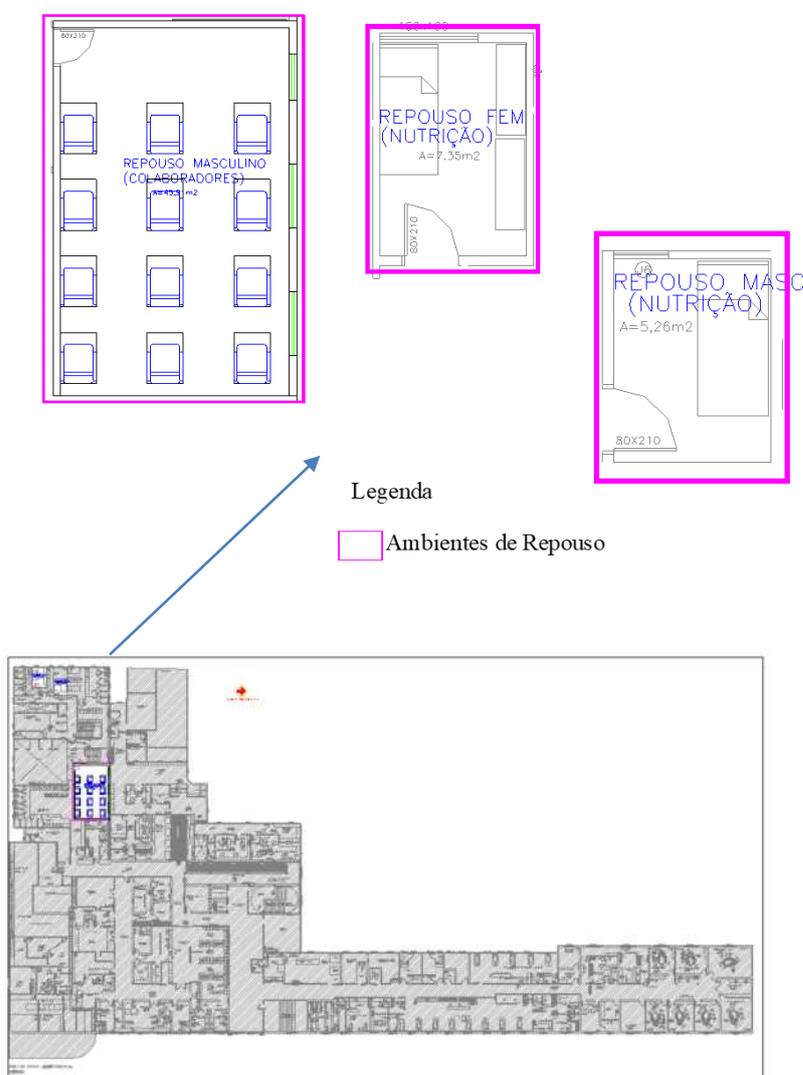


Fonte: Setor de Engenharia e Infraestrutura da ACCG/dez.2018

Autora(s): Danielly de Souza Castro Prado/Arquiteta da ACCG
Sara Pereira de Deus

A *capela ecumênica* não se restringe ao culto religioso, ela possui outras funcionalidades como espaço para descanso⁶⁹ de alguns colaboradores, é usada por acompanhante de paciente do setor de emergência como refúgio para chorar pelo seu ente querido. Outro lugar é o *pátio aberto* o paciente caminha junto com o profissional de saúde (fisioterapeuta) como complemento do tratamento terapêutico, é também utilizado pelos acompanhantes e visitantes do posto 1A, 1B e 1C expressar suas emoções longe do paciente, além de realizações de eventos.

Ilustração 38 – Planta baixa do 1º pavimento do HAJ



Fonte: Setor de Engenharia e Infraestrutura da ACCG/dez.2018

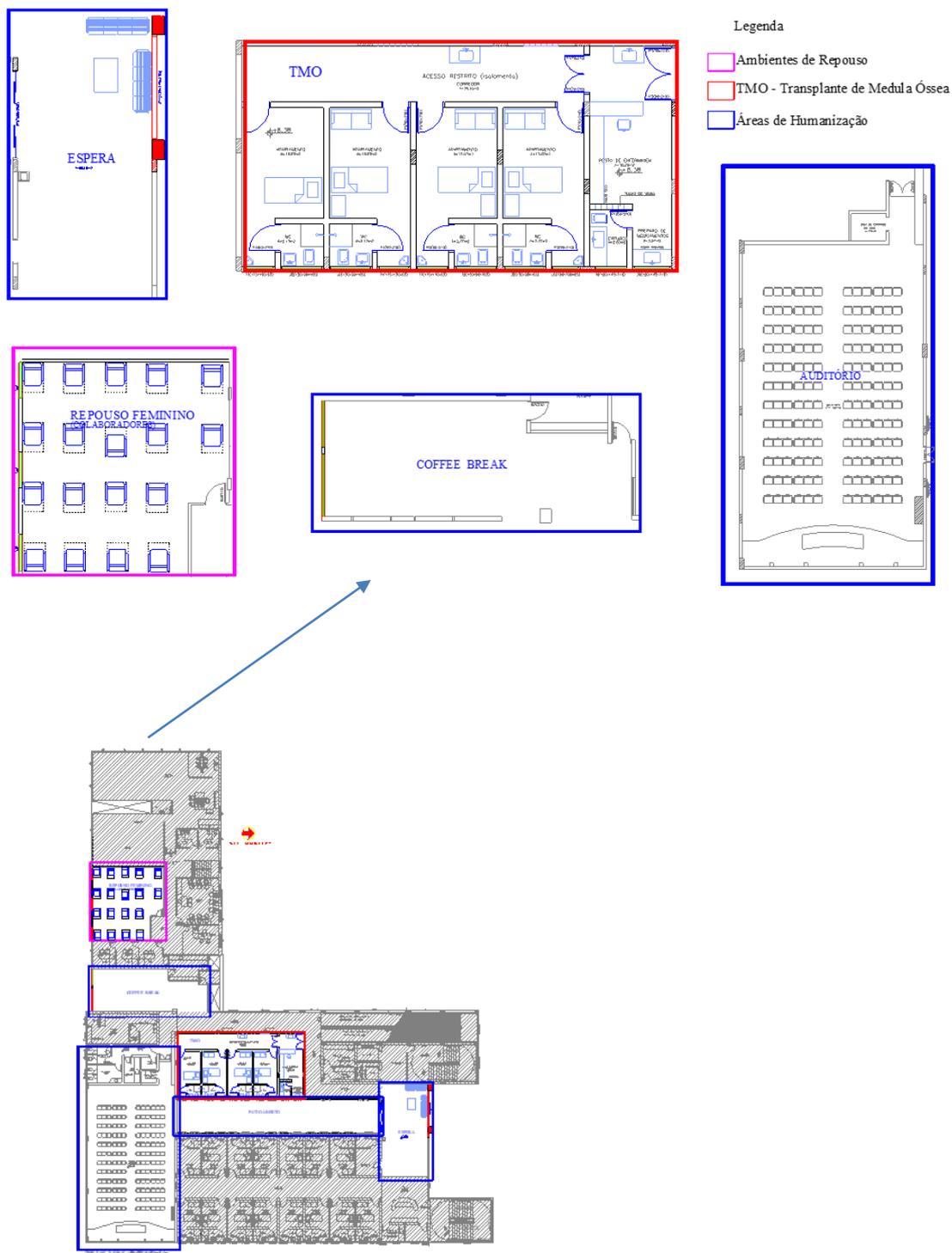
Autora(s): Danielly de Souza Castro Prado/Arquiteta da ACCG

Sara Pereira de Deus

⁶⁹ Apesar de alguns colaboradores usarem a capela como espaço para descanso, vale ressaltar, que no HAJ possuem lugares de repouso no 1º andar (sala de descanso da nutrição masculino/feminino e sala de descanso para colaboradores), 2º (sala de descanso masculino) e no 3º andar (sala de descanso feminino).

Ambiente de repouso da nutrição (masculino) / ambiente de repouso da nutrição (feminino) e ambiente de repouso para os colaboradores. Neste pavimento, estão localizados a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), centro cirúrgico e o setor de imagem.

Ilustração 39 – Planta baixa do 2º Pavimento do HAJ

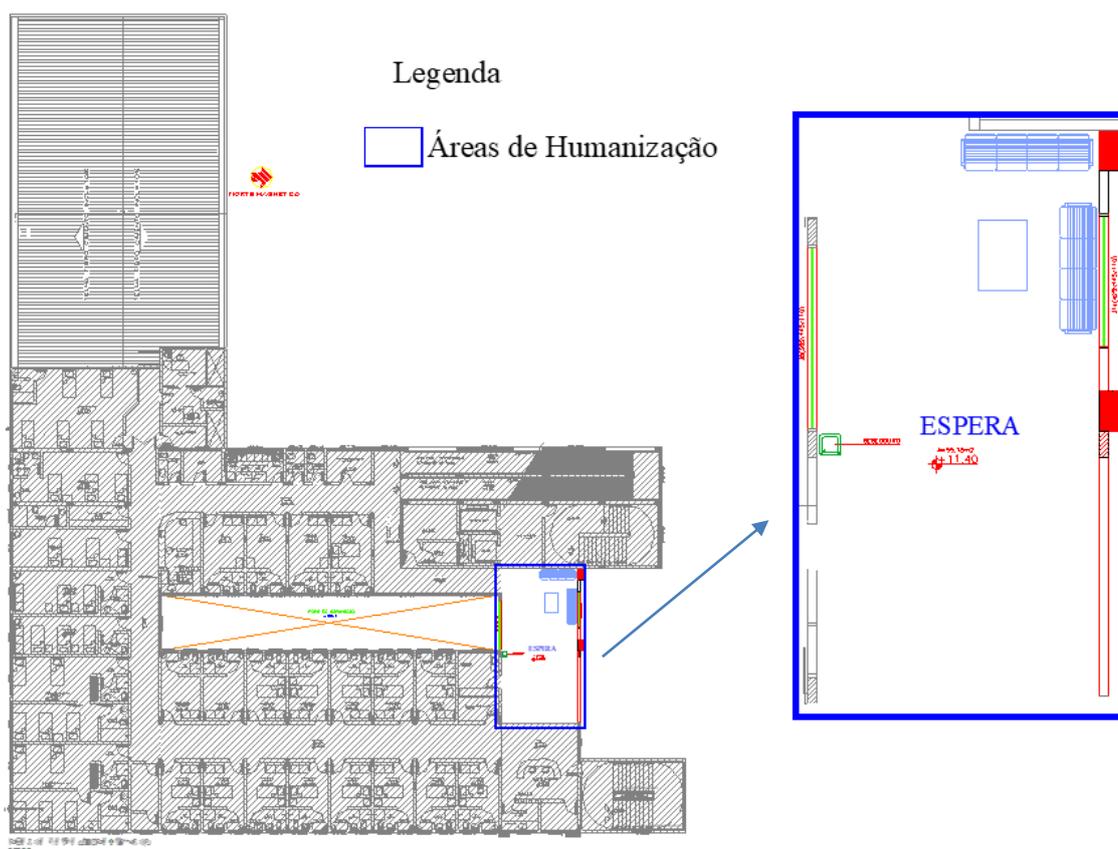


Fonte: Setor de Engenharia e Infraestrutura da ACCG/dez.2018
 Autora(s): Danielly de Souza Castro Prado/Arquiteta da ACCG
 Sara Pereira de Deus

Neste pavimento funciona o posto 2A (pacientes da hematologia) e o posto 2B (TCTH), onde a maioria dos pacientes deste pavimento são do SUS. Existe um ambiente de repouso feminino para as colaboradoras, uma sala de espera aconchegante. Por diversas vezes presenciamos pacientes internados que saem do quarto para sentarem nesta sala como forma de mudar a paisagem do lugar contínuo que é o seu leito temporário. Logo em frente a esta sala encontra-se uma pátio aberto que recebe a luz solar, lugar utilizado pelo fisioterapeuta para caminhar com o paciente.

Neste andar, está o setor de TCTH. Apesar dos pacientes transplantados estarem isolados é possível ver pela janela vedada a luz do sol e o anoitecer do dia. Ainda podem ser vistos, o lugar destinado ao Cafés/Coffee Break e o auditório lugar onde realizam os eventos. Tais ambientes mencionados acolhem pacientes, acompanhantes e visitantes para conversarem, expressarem suas emoções, organizar eventos humanista.

Ilustração 40 – Planta baixa do 3º Pavimento do HAJ



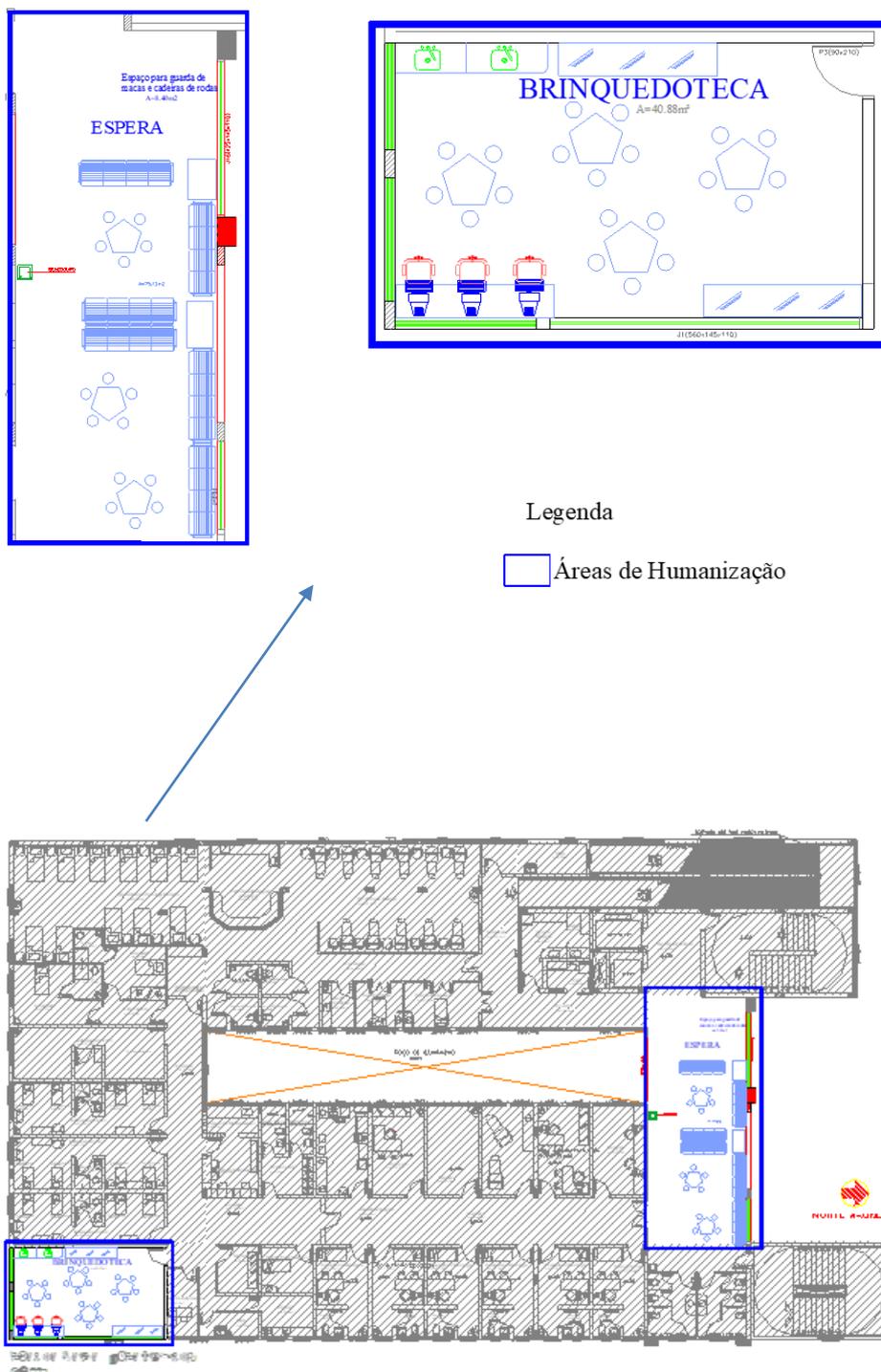
Fonte: Setor de Engenharia e Infraestrutura da ACCG/dez.2018

Autora(s): Danielly de Souza Castro Prado/Arquiteta da ACCG

Sara Pereira de Deus

No 3º pavimento estão os postos 3A, 3B e 3C, referente ao tratamento dos pacientes da hematologia. Esses pacientes são os que possuem algum tipo de convênios. Possui uma sala de espera, utilizada pelos pacientes, acompanhantes e visitantes.

Ilustração 41 – Planta baixa do 4º Pavimento do HAJ



Fonte: Setor de Engenharia e Infraestrutura da ACCG/dez.2018
 Autoras: Danielly de Souza Castro Prado/Arquiteta da ACCG
 Sara Pereira de Deus

O 4º pavimento fica a área do setor de pediatria (ilustração 42). Este dispõem de brinquedoteca e a sala de espera adequadamente decorados de forma acolhedora com mobiliário, iluminação e cores agradáveis principalmente às crianças. Dos pacientes o que mais aufere doação é o setor de pediatria, o espaço físico do lugar recebe manutenção para ficar um ambiente físico acolhedor. As cores, os brinquedos, brincam com o imaginário da criança e provavelmente lhe proporciona conforto.

Ilustração 42 – Foto do Ambiente humanizado da pediatria



Fonte: Arquivo próprio/2018

O Terceiro tipo de acolhimento e o último a ser abordado é o *acolhimento do ‘ser’ na forma holística*⁷⁰. Essa linha de análise defende a importância da compreensão integral do sujeito, das suas particularidades e subjetividades que o integra. As informações relatadas a seguir foram obtidas através do trabalho de observação no HAJ.

Sob tais perspectivas, a ação de *acolhimento na recepção do hospital*, desenvolvida pelos voluntariados retrata o acolher no sentido humanitário, ‘calor humano’ ao dedicar tempo

⁷⁰ Dortier (2010) qualifica a expressão ‘holística’ como toda teoria que privilegia mais o todo que os elementos que o compõem. Numa concepção holística, o todo não é, portanto, um simples agregado de elementos.

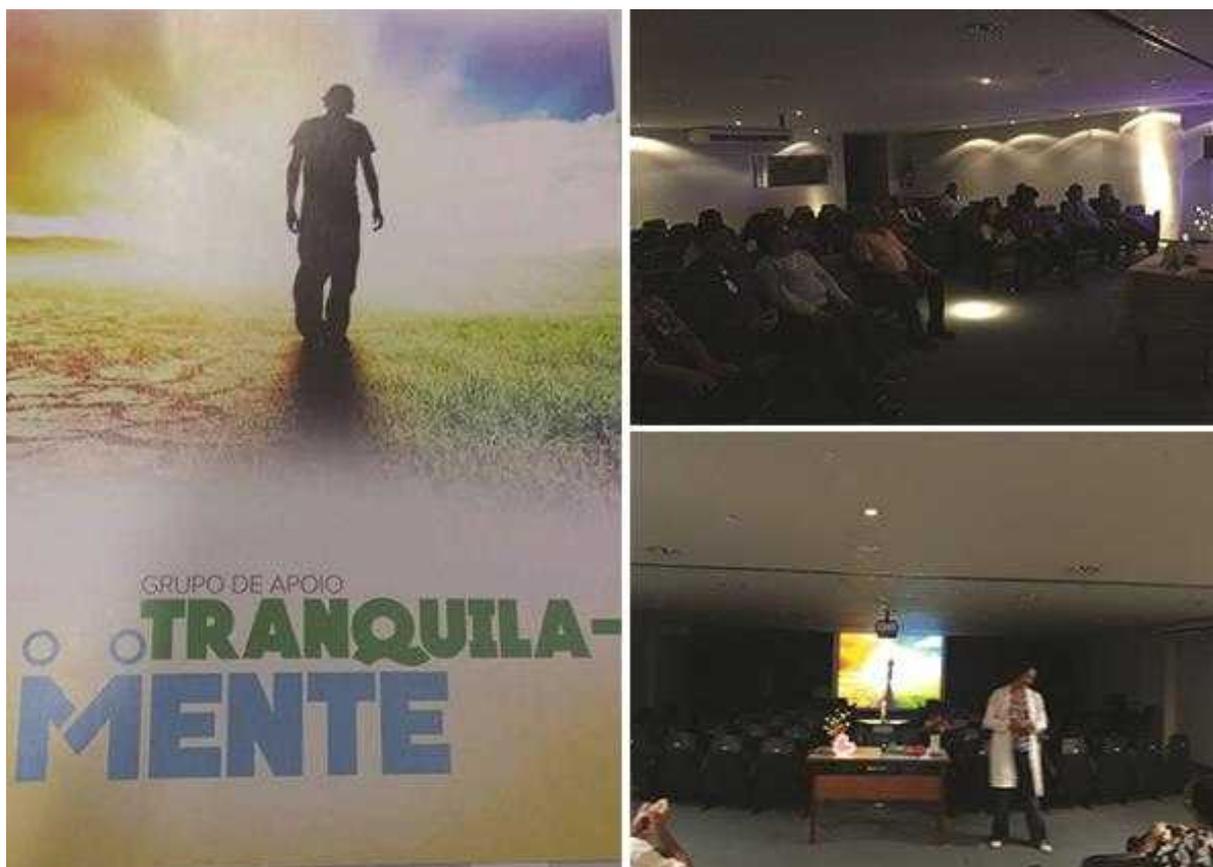
de sua vida sem ônus para ajudar o outro, seja, direcionando - os aos diversos ambientes do hospital ou aquela escuta amiga, uma abraço solidário, um sorriso caloroso, um aperto de mão que expressam: – Estou com contigo! [...]. Esses gestos acontecem de maneira natural e cotidiana naquele lugar.

Outro modo de acolher de forma holística é o projeto *Começar Bem na Quimioterapia*, esse projeto expressa um lema logo de início: *E caminhando junto com você* – grupo formado por uma equipe multidisciplinar (nutricionista, enfermeiros, assistente social, psicóloga e voluntário) acontece todas as quartas-feiras pela manhã. O objetivo da equipe é desmistificar o tratamento de quimioterapia, apresentando informações sobre cada especialidade da equipe no tratamento oncológico. Neste sentido, o projeto proporciona ao paciente o momento de esclarecer as suas dúvidas em relação ao tratamento, dos seus direitos, o papel do voluntário no hospital e maximizar a possibilidade positiva do enfrentamento da doença.

Por último o projeto acolhedor – *Grupo de apoio: Tranquila-mente* (ilustração 43) é uma terapia de apoio coletiva para os pacientes e familiares – tido como um grupo aberto⁷¹, formado por psicólogas, sob coordenação da psicóloga idealizadora do projeto Tatiane Nicolau Mendes. Essa atividade humanista teve início em 05 de abril de 2017, o seu primeiro tema: *stress, ansiedade e depressão*.

⁷¹ Outras pessoas podem participar do grupo.

Ilustração 43 – Foto Grupo de apoio: Tranquila-Mente



Fonte: Arquivo próprio/2018

O objetivo do grupo de apoio “é trabalhar a psicologia positiva, ou seja, fala e exercita maneiras positivas de enfrentar as adversidades da vida, incluindo a doença e as reações ao tratamento”⁷².

O projeto acontece todas as quartas-feiras das 9h:30min as 11h:30min. Geralmente o tempo é dividido – no primeiro momento trabalham-se a psicologia educativa e no segundo momento a prática vivencial. O grupo teve início das atividades numa sala pequena com aproximadamente 06 (seis) participantes, atualmente acontece no auditório, em torno de 20 (vinte) participantes em média.

Cada encontro é composto por um tema diferente – Stress/Ansiedade/Depressão; Sistema imunológico; Enfrentando adversidades; Relacionamento (Respeito); Tristeza x Depressão; Stress; Escala de desconforto; Cápsulas do Bem; Coerência cardíaca; Modelo Mente/Corpo; Fases e fatores stress; Câncer; PNL na saúde/Adoecimento; Medo; Esperança x Expectativa; PNL/Comunicação/Respeito; Depressão; Objetivos de Vida x Sonhos; O que me fortalece; Quem sou eu; Enfrentamento; Eustresse/Distresse; Gratidão; Auto-Estima;

⁷² Fonte: material de divulgação (folder).

Expectativas/Frustrações; Qual seu lema de vida?; Poder da música; Foco: Bem ou Mal?; Nomear Sentimentos; Pensamento/Sentimento/CPT; Morte e Luto; HO'PONOPONNO; Fofoca; Coração x Razão; Confraternização; Esperança; Auto-Cuidado; Pensamento Positivo; Esperança; Meditar para Transformar; Forças Pessoais; Ordem do Amor; Poder do Abraço; Desenvolvimento Humano; Eu tenho pressa; Desafio; Identificar sentimentos; Auto elogio; Pessoas difíceis; Perdão; Emoções básicas; Tempo; Maravilhar-se; Um ano do grupo – celebração; Papéis sociais; Fases do estresse; Puxa conversa; Ciclo vicioso/ciclo virtuoso; Pílulas do bem; Café da manhã julino; Distorções cognitivas; Semáforo das emoções e comportamentos; Reiki; Imunidade e câncer; Ginástica cerebral; Cinco linguagens do amor; SOS convivência; Otimismo/Pessimismo; Razões para acreditar; Como lidar com crises; Poder da imaginação; Brincar de viver; A arte de ser leve.

Esses temas trabalhados pelas psicólogas provavelmente auxilia o paciente e familiares, no enfrentamento mais positivo da doença e das reações do tratamento oncológico, além do fortalecimento emocional de cada participante. Para a psicóloga idealizadora do projeto, o grupo Tranquila-Mente foi criado para compartilhar o *bem viver, o benquerer e o bem-estar*.

Ressaltamos que do dia 05/04/2017 a 17/10/2018 foram realizados 78 (setenta e oito) encontros havendo a necessidade de repetir alguns temas – stress, ansiedade, depressão, medo e gratidão. Esses temas são recorrentes, primeiro - cada encontro pode haver participante novo, por isso a necessidade de repeti-los e segundo são temas relevantes para o paciente que pode desenvolver algum desses estressores psicopatológicos.

Segundo a psicóloga, idealizadora do grupo, os encontros trazem: “benefícios mentais, emocionais e relacionais. O paciente consegue lidar com o estresse, ansiedade e a tristeza”. A psicóloga diz que de 75 encontros ‘o esposo’ tem 54 reuniões frequentadas mesmo depois da morte da sua esposa.

Para finalizarmos, a exposição dos projetos e atividades, existem também projetos desenvolvidos por grupos externos com devida autorização e apoio da gestão da ACCG/HAJ.

Os recreadores da Associação Saúde & Alegria (ilustração 44) desenvolvem a dez anos entretenimento nas tardes de domingo no HAJ. Segundo a ACCG o grupo de recreadores tem como objetivo “levar esperança, conforto e alegria aos internos, adultos e crianças presentes no hospital”⁷³. A recreação acontece nos leitos também da UTI e no setor de emergência. As atividades especiais são: folia de reis, páscoa, festa junina, dia das mães, dia dos pais, Natal e Réveillon.

⁷³ Fonte: <http://www.accg.org.br/comunicacao/noticias/associacao-sade--alegria-seleciona-volunt>

Ilustração 44 – Atividade recreativa da Associação Saúde & Alegria no HAJ



Fonte: Instagram da Associação Saúde & Alegria/ 2018

A primeira imagem retrata o momento de festividade junina no HAJ e as demais são registros dos trabalhos realizados nas tardes de domingo.

A fala de uns dos membros da associação Saúde & Alegria nos esclarece o papel do recreador no ambiente hospitalar⁷⁴.

O recreador hospitalar não vivencia apenas momentos de alegria, mas também de dor e de morte. É necessário muita maturidade para atuar nesses momentos.

⁷⁴ Fonte: Instagram da Associação Saúde & Alegria. Acesso: jan. 2018.

Ao entrarem no Hospital Araújo Jorge, nossos recreadores levam mais que uma maleta cheia de material pra recreação, eles levam também muito carinho, atenção e respeito, só que esses últimos eles levam nas palavras, no olhar e no toque.

(Leozinho Castello)

Outra turma de voluntariado externo é o Grupo “Sorriso Solidário” (ilustração 45). Segundo a Camilla Izabel Santos (coordenadora do grupo) esta ação humanista é desenvolvida há 11 anos no HAJ. O grupo realiza ações quinzenais aos sábados pela manhã nas enfermarias da instituição. Atualmente conta com doze (12) componentes. Segundo a Assessoria de Comunicação da ACCG (2017)⁷⁵, “Camilla é ex - paciente do HAJ. Para ela, o objetivo das ações é avivar o hospital e levar alegria para todos. Buscamos arrancar sorrisos, através das conversas, músicas, e piadas. É extremamente importante doar um pouco do nosso tempo”.

Ilustração 45 – Grupo Sorriso Solidário



Fonte: <https://bit.ly/2S7UDmw>. / <https://bit.ly/2kYRdQo> (Acesso em fev. 2019)

Mais uma ação que dá movimento/animação no hospital e está na 5ª edição – campanha “Policiais Contra o Câncer Infantil”⁷⁶ promovida pela Polícia Rodoviária Federal de Goiás que arrecadou nesta edição medicamentos, fraldas e brinquedos. A presença dos policiais no hospital encanta o imaginário das crianças trazendo alegria e motivação para enfrentar o câncer (ilustração 46).

⁷⁵ Fonte: <http://www.accg.org.br/comunicacao/noticias/grupo-sorriso-solidario-realiza-acao-natalina-no-haj>. Acesso em: fev. 2019

⁷⁶ Essa campanha começa um mês antes do Dia Nacional de Combate ao Câncer Infantil que é no dia 23 de novembro e é nesta data que o material arrecadado foi entregue na unidade de saúde.

Ilustração 46 – Policiais no HAJ campanha contra o Câncer Infantil



Fonte: facebook da ACCG/2018⁷⁷

Essas ações que ocorrem de segunda-feira a sexta-feira, sábado e domingo e aquelas que acontecem uma vez por ano, promove o processo de intersubjetividade, gera no lugar ‘empatia’. É um momento de trocar experiências e de aprender com o outro, ou melhor, é um momento de construir, desconstruir e reconstruir.

No próximo item, reportaremos sobre o ‘lugar’ e a ‘crise existencial’ do migrante oncológico transplantado. A partir desta análise entenderemos o quanto é importante essas ações humanizadoras desenvolvidas pelos voluntariados no HAJ como um fator valoroso/significativo para a (re)significação do lugar.

3.3 O LUGAR ENTRE O FÍSICO E O SIMBÓLICO, A CRISE EXISTENCIAL DO TRANSPLANTADO

A complexidade do termo ‘lugar’ que pertence a uma das categorias da Geografia tem

⁷⁷ Disponível em: <https://bit.ly/2iIvWL8>. Acesso em fev.2019

momentos divergentes ao definir o pluralismo da epistemologia do lugar. Essas divergências para alguns geógrafos estão na relação global-local/local-global e lugar-localização. Nesse sentido, vamos apropriar dessa categoria da ciência geográfica para ‘viver’ um lugar de espaços ‘vivos’ e ‘idealizados’ de característica ‘simbólica’ e ‘identitária’ por aqueles que fazem parte do processo que dá vida aquele hospital.

Podemos, de certo modo, afirmar que é ilusório acreditarmos que existe um conceito pronto de ‘lugar’. Para o embasamento teórico a respeito de lugar nos apropriamos do pensamento geográfico voltado para uma geografia humanista⁷⁸ dos fenômenos existenciais neste mundo vivido. E para entendermos a geograficidade⁷⁹ do lugar dentro do que nós propomos trabalhar nesta pesquisa recorremos aos teóricos clássicos e contemporâneos: Santos (2005:2014), Carlos (2007), Yi-Fu Tuan (1980: 1983:1985), Holzer (2003), Buttimer (1982:1995) e outros.

Segundo o geógrafo Milton Santos (2005, pp. 158-159;161), o lugar define-se como funcionalização do mundo, e, é no lugar que o empírico se fundamenta na experiência vivida. Para o autor “cada lugar se define tanto por sua existência corpórea, quanto por sua existência relacional. É assim que os subespaços existem e se diferenciam uns dos outros”. Desse modo, ele nos alerta que: “mais importante que a consciência do lugar é a consciência do mundo, obtida através do lugar”. Dentro desse contexto, o teórico nos desafia a refletir sobre qual a consciência do mundo que nós temos através do lugar em que materialmente estamos.

Sobre essa perspectiva da análise do lugar, Carlos, (2007, pp. 14-17) nos chama atenção que no lugar se vive e se realiza o cotidiano e que nos lugares percebemos também o uso e o consumo como forma de apropriação do espaço. Nesse mesmo sentido para autora, o lugar exprime significado e dimensões do movimento da vida. Ademais, “o lugar é a base da reprodução da vida e pode ser analisado pela tríade habitante – identidade – lugar”. Sendo esse lugar – “passível de ser sentido, pensado, apropriado e vivido através do corpo”.

Ao nos apropriarmos da ideia de Carlos (2007, p. 18) para nossa pesquisa, o HAJ deve ser compreendido não somente na sua forma de uso mais pelo o conjunto de sentidos impressos naquele lugar, ou melhor, na sua totalidade. Nesse sentido, ela sustenta a nossa hipótese quando afirma que: “o lugar só pode ser compreendido em suas referências, que não são específicas de

⁷⁸ “Procura um entendimento do mundo humano, através do estudo das relações das pessoas com a natureza, do seu comportamento geográfico bem como dos seus sentimentos e ideias a respeito do espaço e do lugar” (Tuan, 1985, p. 143).

⁷⁹ Holzer (2003, p. 114) tece que “a ‘geograficidade’ é definida como uma “geografia vivida em ato” a partir da exploração do mundo e das ligações de cada homem com sua terra natal”. Portanto, a geograficidade pode ser entendida na essência da relação homem e lugar dentro da perspectiva fenomenológica.

uma função ou de uma forma, mas produzidos por um conjunto de sentidos, impressos pelo uso”.

Na mesma obra, a autora descreve que “o lugar se refere de forma indissociável ao vivido, ao plano do imediato”. O pensamento de Carlos (2007), apesar de ser categoria geográfica diferente (lugar) tem pontos de contato na análise feita por Milton Santos (2005, p. 159) onde ele diz que: “o espaço geográfico é formado por sistemas de objetos e sistemas de ações, um conjunto indissociável. Cada subespaço inclui uma fração desses sistemas, cuja totalidade é o mundo”. Nesse modo, parafraseando Milton Santos (2014, pp. 316-317) o mundo vivido só tem sentido por ser um objeto comum de todos, produzindo alteridade e comunicação nas relações de reciprocidade.

Tuan (1983, p. 61) afirma que espaço e lugar tem suas diferenças: o espaço é positivo quando ele é “aberto; sugere futuro e convida à ação”. Por outro lado, o espaço é negativo quando exprime “ameaça” e “vulnerabilidade”. Do ponto de vista do autor, “o espaço fechado e humanizado é lugar”, logo, se torna um cerne/centro tranquilo de valores estabelecidos. Nesse sentido, o autor nos adverte que “os seres humanos precisam de espaço e lugar e que a vida humana está em constante movimento dialético entre refúgio e aventura, dependência e liberdade”.

Nesse diálogo sobre espaço e lugar, Mello, J. (1990, p. 104) assegura que “espaço e lugar são distintos. Cada qual com individualidades e singularidades. Um local pode ser espaço ou lugar em questão de horas”.

Ainda na busca de entender essa categoria geográfica (lugar), Hissa e Corgosinho (2006, p. 17) nos esclarecem que:

Na vida cotidiana dos lugares, o partilhar e o dividir estão mais presentes como possibilidade, assim como a própria alteridade. A vida cotidiana dos lugares é uma fábrica de aproximações, estranhamento, emoções, afetividades, subjetividades. A vida cotidiana nos lugares, por sua vez, faz emergir o que é comum, desenvolvido pela comunicação entre os sujeitos da vida, fortalecidos pelos laços de identidade.

Diante disso, viver cotidianamente é estar sujeito/propenso a diversidade dos lugares e das pessoas, é partilhar o que é comum como um processo de urbanidade/civilidade. Deste modo, à medida que esses lugares são vividos e experienciados por pessoas que os contempla perde a conotação de estranheza e repúdio/rejeição para dar lugar aos sentimentos de pertença e afetividade. Esse laço de pertença e afetividade com o lugar faz alusão ao que Tuan (1980) chama de ‘Topofilia’.

No mesmo seguimento de ideias Nogueira (2004) expõe que a perspectiva fenomenológica prioriza descrever o mundo vivido, no qual o fator físico e humano são fatores

que devem ser essencialmente interpretados pela sua essência por aqueles que experienciam. De certa forma experienciar o mundo vivido ‘do outro’ é capturar de forma mais concreta os fenômenos que matizam/realçam ‘ali’ naquele momento.

Nesse sentido, o cotidiano se faz peça importante para o estudo da fenomenologia, sobretudo, fundamental para a geografia humanista, assim como, aos estudos humanista com intuito de materializar um olhar mais sensível aos fenômenos que os cercam, isto é, denominado na maioria das vezes pelos geógrafos de ‘geografia da sensibilidade’.

Seguindo a linha de análise sobre lugar, Buttimer (1982) contribui dizendo que o lugar é utilizado como principal conceito na abordagem humanista, cujas bases metodológicas estão associadas à fenomenologia e ao existencialismo – também chamado de uma fenomenologia existencial, pelo diálogo estabelecido entre o homem e seu meio, por meio da percepção, do pensamento, dos símbolos e da ação.

Para tanto, Santos (2014, p. 322) nos esclarece que:

o lugar é o quadro de uma referência pragmática ao mundo, do qual lhe vêm solicitações e ordens precisas de ações condicionadas, mas é também o teatro insubstituível das paixões humanas, responsáveis, por meio da ação comunicativa, pelas mais diversas manifestações da espontaneidade e da criatividade.

Trilhando o pensamento de Santos (2014, p. 330), “a consciência pelo lugar se superpõe à consciência no lugar. A noção de espaço desconhecido perde a conotação negativa e ganha um acento positivo, que vem do seu papel na produção da nova história”. Contudo o lugar novo o obriga a um novo aprendizado e a uma nova formulação, para que essa nova história se materializa no ambiente hospitalar será necessário à prática de humanização entre os envolvidos.

As narrativas dos participantes da pesquisa demonstram o que autor afirma, que o HAJ (espaço desconhecido) com tempo ganha um acento positivo. Isso é provado com ex paciente trabalhando no nosocômio como colaborador, profissional de saúde e voluntário. Pode-se dizer que para esses pacientes o tratamento oncológico no hospital foi um momento de construção, desconstrução e reconstrução.

Para Tuan (1983, p.152), o lugar se torna o espaço que se torna familiar ao indivíduo, é o espaço do vivenciado. Segundo ele, “espaço” é mais abstrato do que “lugar”. O que começa como espaço indiferenciado transforma-se em lugar à medida que o conhecemos melhor e o dotamos de valor. Sendo assim, “lugar é pausa; cada pausa no movimento torna possível que localização se transforme em lugar”.

E estudar esse espaço que é de movimento e pausa o faz um lugar vivido que tange

pulsar os símbolos existentes. E somos contemplados a saltar os olhos e despertar em nós (pesquisadores humanistas) a sensibilidade aos fenômenos que nos norteiam e experienciá-los. É a partir desse ponto de vista que pretendemos fundamentar/sustentar essa pesquisa sobre a possível ressignificação do lugar através do tratamento humanizado no HAJ.

Sobre o espaço vivido no hospital, a ‘experiência pessoal de espaço’ está relacionada aos termos passado, presente e futuro que continua a ser diretamente interligado com as temporalidades, pois, “a consciência do presente está, em si, imbuída das experiências passadas em movimento e tempo, com memórias de gastos passados de energia, ela é movida em direção ao futuro pelas demandas de ação dos objetos perceptivos”. Na mesma sequência de raciocínio, existe a ‘experiência grupal do espaço’ que consiste em vivenciar a experiência do outro, muito conhecida pelos fenomenologistas de ‘intersubjetividade’ e por fim o ‘espaço mítico-conceitual’⁸⁰ que faz referência ao produto das generalizações produzidas pela mente. (HOLZER, 2003, p.120).

Dentro desse contexto, pensar os lugares a partir da sua representação socioafetiva (experiencial e simbólica), Rodrigues (2007, p. 23) enfatiza que: “o lugar é pleno de significados, condição da própria existência, foco de vinculação emocional para os seres humanos, contextos das nossas ações e fonte da nossa identidade”. Esse conceito aproxima mais da geografia humanista que se ocupa em entender como esse sujeito vive no mundo, portanto, pautada na metodologia qualitativa primado pelas subjetividades dos lugares.

A (con)vivência nos lugares proporciona oportunidades ímpares/únicas de conhecer espaço/lugar e as pessoas que por ali transitam. O hospital é o lugar de (re)criar e (re)descobrir o que cada um representa para outro e o que outro representa para cada um e (re)descobrir sentimentos de afeição e relações recíprocas, sobretudo evidenciadas no respeito mútuo. Segundo Holzer (1997, p. 82), o corpo representa a transição do “eu” para o mundo, ele está do lado do sujeito e, ao mesmo tempo, envolvido no mundo. O corpo constitui o ponto de vista do ser-no-mundo.

Se o corpo adoece desencadeia-se uma dinâmica relacionado à doença. Segundo Amorozo (1996, p. 51) “as doenças são eventos que desestruturam a ordem cotidiana, trazendo consigo insegurança, incerteza quanto ao desenrolar dos acontecimentos: um sistema ordenado de explicações é necessário para a reorganização do mundo como ele é concebido e conhecido usualmente.”

⁸⁰Holzer (2003, p. 120) apropriando da visão de Tuan esclarece que: “o espaço mítico-conceitual está sempre ligado ao ego e a experiência direta, mas ele extrapola para além da evidência sensorial e das necessidades imediatas em direção das estruturas mais abstratas do mundo”.

Pode-se dizer que a capacidade do homem de reescrever a sua própria história e reescrever-se em outros espaços não depende só dele, mas das relações humanas diárias, sobretudo, quando dá a oportunidade de matizar/realçar/colorir o processo da coexistência/existência simultânea.

Contudo, temos a falsa impressão de que nos lugares, todo dia vivenciamos as mesmas ‘coisas’. Do mesmo modo, usualmente falamos de ‘rotina’, porém, as atividades diárias parecem ser as mesmas, mas se olharmos com sensibilidade aos acontecimentos que nos cercam, por exemplo: a conversa com aquele desconhecido que pelo o caminho do trabalho interrompe seus passos para lhe perguntar onde fica a rua tal; ou, no fim de um procedimento cirúrgico, você conversa com seu colega sobre um paciente que acabara de fazer cirurgia. No intervalo do almoço, você para o colega na escada do hospital para falar sobre assuntos de trabalho e até mesmo pessoal; ou aquela conversa com o paciente no momento que adentra a enfermaria/apartamento para trocar o soro, aplicar um medicamento, fazer um curativo e, por um instante, você diz para ele: está armando uma chuva hoje! Ou, hoje é aniversário do meu filho. São esses acontecimentos/relatos/diálogos que transcorrem no lugar (hospital) que o tornam diferente todos os dias, lugar esse de experiências e existências ou melhor “experiências do mundo vivido”. Segundo Tuan (1980, p. 107) “o lugar ou o meio ambiente é o veículo de acontecimentos emocionalmente fortes ou é percebido como símbolo”.

Não obstante, indagamos: em que medida no HAJ a topofilia definida como elo que une as pessoas aos lugares se materializa no cotidiano hospitalar? Para nos alicerçar esse entendimento complexo, Holzer sob a luz de Tuan (2003, pp. 116-117) contribui:

Sobre este material heterogêneo, utilizando-se em apoio ao conceito de "topofilia", dos conceitos de "percepção", "atitude" e "visão de mundo", Tuan distinguiria cinco tipos principais de questões ligadas às atitudes e valores ambientais:

(1) Como os seres humanos, em geral, percebem e estruturam o seu mundo. São procurados traços humanos universais; (2) percepção e atitudes ambientais como a dimensão da cultura ou a interação entre a cultura e o meio ambiente. Pessoas analfabetas e comunidades pequenas são examinadas em algum detalhe e numa abordagem holística; (3) tentativas para inferir atitudes e valores ambientais com o auxílio de pesquisas, questionários e testes psicológicos; (4) mudanças na avaliação ambiental como parte de um estudo da história das ideias ou da história da cultura; (5) o significado e a história de ambiente como a cidade, o subúrbio, o campo e o selvagem.

De fato, para conhecer o espaço vivido no hospital, há exigência de sensibilidade aos fenômenos inerentes a eles. Dessa forma, observando a subjetividade humana que pode ser compreendida e representada através do sentimento de cada pessoa, sua opinião sobre determinado assunto - em especial sobre o tratamento humanizado e de que forma esse

tratamento possibilita-lhe sentir-se “em casa” mesmo estando distante dela.

Nesse aspecto, é cedo afirmar, mas, é necessário que haja um ambiente propício para que ocorra empatia pelo lugar e pelas pessoas que trabalham no hospital. Além disso, é preciso que, de fato, aconteça envolvimento com outras pessoas com as quais esse paciente migrante se socializa fora do hospital. Mas, não é só isso, talvez a contribuição da fenomenologia nesse sentido esteja na:

ajuda a elucidar como suas amarrações na experiência passada podem influenciar e moldar o presente, mas pouco tem para dizer sobre a direção futura; geralmente recusa-se a julgar sobre a solução de problemas, a vida política, stress, saúde, esperança e desejo. O que ele propicia, entretanto, é exatamente importante como preâmbulo não somente para o procedimento científico, mas também como uma porta para a conscientização existencial. Pode evocar uma apreensão mais clara de valores envolvendo uma forma normal de vida e uma apreciação dos tipos de educação e de socialização, que poderiam ser apropriados para as pessoas cujas vidas podem ser tecidas através de vários meios. [...] Cada gênero de vida, analiticamente falando, seria considerado como um mundo dentro de si próprio, porém existencialmente se entrelaçam e se ajustam para moldar os horizontes comuns têmporo-espaciais. (BUTTIMER, 1995, pp. 188-189)

De certa maneira, só percebemos as especificidades da realidade humana de modo superficial. Quiçá, isso se deva ao hibridismo que é o diálogo tramado entre o sujeito e sua mente. Dito de outra maneira, depende das suas próprias subjetividades e como esse diálogo transcende na urbanidade/civilidade dos espaços temporais. Esse diálogo corpo e mente/sujeito e lugar do migrante oncológico pode estabelecer uma crise existencial.

A crise existencial que pretendemos abordar perpassa pela doença, lugar/casa e lugar/hospital. Por sua vez, a doença quando se instala num sujeito, na maioria das vezes, provoca uma insegurança em relação à dor e ao tempo de vida, um sentimento de medo e tristeza.

Tuan (2005) em sua obra *Paisagens do Medo* faz menção dessas paisagens como sendo: ansiedade em lugares desconhecidos, medo de doenças, desconforto ao ver hospitais e outras. Essas são algumas que destacamos neste trabalho por achar que vão ao encontro do que muitos pacientes sentem ao migrar para tratar e lutar para viver.

O autor (2005, pp. 7-8) prossegue explicando que:

os medos são experimentados por indivíduos e, nesse sentido, são subjetivos; alguns, no entanto, são, sem dúvida, produzidos por um meio ambiente ameaçador, outros não. [...] Em todos os estudos sobre o indivíduo e sobre a sociedade humana, o medo é um tema – esteja implícito, como nas histórias de coragem e sucesso, ou explícito, como nos trabalhos sobre fobias e conflitos humanos.

Ainda nessa vertente ‘medo de doença’, Tuan (2005, p. 139-140) complementa, acrescentando que:

os seres humanos são parte da natureza e, portanto, devem se adaptar ou se submeter às suas regras, em nenhuma parte do mundo as pessoas aceitam a doença e a morte como uma coisa perfeitamente natural e, por conseguinte, não há necessidade de uma observação especial ou explicação. A noite segue o dia, o inverno segue o verão. As pessoas aceitam esses grandes ritmos da natureza como certos, mas não as alternâncias de doença e saúde, nem a morte como um fim inevitável da vida. Somos a favor da vida, especialmente como se manifesta na saúde de nosso próprio corpo. A integridade do corpo é o alicerce da nossa sensação de ordem e completude. Quando adoecemos, também parece que o mesmo acontece com o mundo. Quando fechamos os olhos e morremos, o mundo também cai no esquecimento. O corpo é nosso cosmos mais íntimo, um sistema cuja harmonia é sentida em vez de percebida simplesmente pela mente. Ameaçam o corpo e todo o nosso ser se revolta.

Isso implica em dizer que não existe uma ‘receita’ a ser seguida de como aceitar a doença e muito menos aceitar a morte, porém, apropriando-nos da reflexão do autor acima, não podemos desprezar que, de fato, o corpo ameaçado por uma doença pode sofrer revolta, impotência e vulnerabilidade. Dessa forma, esses comportamentos negativos e de baixa autoestima, no HAJ, redundam em crises existenciais nos seres humanos, em outras palavras, provoca um embate individual no seu (eu).

Para alguns psicólogos, as crises existenciais decorrem principalmente pelo conflito interno, que pode desencadear um estresse. Isso pode acontecer em vários momentos da existência humana. Por um lado, essa crise, quando bem vivenciada, apresenta um autoconhecimento, um crescimento pessoal e um amadurecimento emocional. Por outro lado, caso seja mal administrada, essa crise provoca transtornos psíquicos, alertam os especialistas.

Tal afirmação é corroborada pelos psicólogos Gerrig e Zimbardo (2005, p. 471) ao compreender que

O estresse é causado por estressores, ou seja, estímulos que exigem que o organismo responda de alguma forma. Ele provoca respostas fisiológicas que preparam o corpo para a ação; quando essas respostas são sobrecarregadas, o sistema imunológico pode ser comprometido, levando a doenças psicossomáticas. Tipos diferentes de estressores, tais como mudanças na vida, pressões do cotidiano e eventos traumáticos, têm efeitos psicológicos diferenciados.

De fato, as incertezas da doença, a migração para tratar, o afastamento do seu contexto social e o novo lugar são situações que podem provocar conflitos internos (eu) e externos (social e meio) nesse paciente migrante transplantado. Desse modo, fica exposto aos diversos “fatores estressores”. No entanto, segundo Braghirolli *et al.* (2015, p. 206) explicam que nesses estados psicológicos (conflito, frustração e ajustamento) geram “obstáculos internos e externos, limitações provenientes de situações ambientais e pessoais”.

Para entender esses “corpos sociais” que migram em busca de tratamento oncológico no HAJ/TCTH – e os conflitos entre o desenraizamento do lugar (casa) para o espaço (hospital)

podem ser empregadas algumas teses sobre esse contexto. Santos (2014) aponta que cada sujeito tem a sua história de vida vivida – ligada ao lugar do qual estava submetido a (con)viver de forma longa e repetitiva com os mesmos objetos, trajetos e imagens.

Assim, ao fazermos menção ao termo usado por Carlos (2007) “não-lugar” / “des-lugar” e “estranhamento” difere do uso desses aqui neste trabalho. Para autora o termo “não-lugar” / “des-lugar” não se coloca como antítese do lugar – mas no sentido das transformações ocorridas no lugar em função do fator produtivo, quer dizer, na consequência direta da relação contraditória entre o valor e uso do espaço antropizado. Vale ressaltar que os três termos usados entra num contexto turístico de determinados lugares analisados pela autora.

Essa análise num contexto hospitalar que recebe migrantes de diversos espaços geográficos. Eis que esse migrante quando chega num lugar desconhecido, pode-se dizer que ele está num deslugar. Desse modo, coaduno com a ideia de Mello, J. (1990, p. 108) quando ele fundamenta que esse deslugar no primeiro momento “é vazio de significado”. Com isso há o ‘estranhamento do lugar’ provocando um sentimento de deslugar, visto que, esse migrante da saúde não possui identidade⁸¹ com o novo espaço. Levamos em conta que essa migração não se deu por fatores turísticos, por trabalho ou qualquer outro motivo. Mas, por uma questão de saúde – o que leva a afirmar o sofrimento físico-emocional desse sujeito (não queremos aqui desmerecer o sentimento que carrega na bagagem memorial de cada pessoa, muito menos de medir esse sofrimento de migração, pois, é muito particular e difere de sujeito a sujeito).

De acordo com Nogueira (2005) o lugar faz parte da nossa identidade. O autor (idem, p. 10.259) ainda avalia que “os homens de muitos lugares são reconhecidos pelas características que levam deles através dos componentes culturais: hábito alimentar, linguagem, vestimenta, crenças e etc. Assim o lugar circula, migra; as pessoas carregam os lugares consigo”.

Muitas das vezes, a nossa memória torna-se nostálgica e represada em situações passadas e o migrante oncológico naturalmente sofre com isso por saudades da sua terra natal ou do seu lugar de origem. Mais específica ainda é a melancolia pelo afastamento de sua rotina anterior à descoberta da patologia e de todos os desdobramentos a seguir: longe da sua casa, dos familiares, dos amigos, dos bichos, do trabalho, entre outros. Dessa inquietude subjetiva do ser, nasce um questionamento: mas o que a memória nos traz?

a memória não necessita ser consciente para influenciar as imagens; como assinalou Hume, os aspectos de nosso passado que falhamos em relembrar também deixam sua marca nos mapas mentais. “O mundo interior inconsciente está povoado por figuras e objetos do passado, imaginados em geral erroneamente como terem sido”, observou

⁸¹ “É importante lembrar que a identidade somente se torna uma questão quando está em crise, quando algo que se supõe fixo, coerente e estável é deslocado pela experiência da dúvida e da incerteza” Dantas (2010, p. 36).

Money-Kyrle. Correto ou não, recordações podem virtualmente nublar aspectos de uma real paisagem contemporânea. (LOWENTHAL, 1995, p. 140).

A crise existencial do migrante pelo lugar de origem denota/mostra a afetividade pelo seu lugar de residência, logo,

os pertences, parentes, amigos e a base territorial experienciada fazem parte do acervo íntimo do indivíduo. Pausa, movimento e morada conferem ao mundo vivido a distinção de lugar. As experiências nos locais de habitação, trabalho, divertimento, estudo e dos fluxos transformam os espaços em lugares, carregam em si experiência, logo, poesia, emoção, sensação de paz e segurança dos indivíduos que estão entre os “seus”, tem uma conotação de pertinência por pertencer à pessoa e esta a ele, o que confere uma identidade mútua, particular aos indivíduos. Assim o lugar é recortado emocionalmente nas experiências cotidianas. (MELLO, J., 1990, p.102)

Segundo o entendimento de Nogueira (2005, p. 10257) quando o sujeito:

ao ser tirado do seu lugar o homem se sente perdido, bem como salienta Dardel, o homem sente-se “exilado, deslocado, desorientado”. O retorno ao seu lugar para muitos, significa o retorno a vida. Se nós temos a pretensão de compreender e interpretar o ordenamento espacial que as sociedades dão ao mundo, é preciso percorrer a ‘intimidade’ dessas sociedades, através da compreensão que cada indivíduo particular e coletivamente dará ao lugar em que vive cotidianamente. O indivíduo aqui é bom lembrarmos, “não existe como entidade específica, pois significa o social, nem tão pouco a sociedade a título de em si coercitivo, pois simboliza com a história individual.

Em consequência dessa dinamicidade que envolve paciente e lugar / paciente e ciclo social – no espaço de tratamento é preciso a aproximação. Ao nos apropriarmos da reflexão do autor citado para nosso estudo – ajuizamos que: tentar compreender o ‘sujeito na sua particularidade’ e no coletivo hospitalar dentro da realidade vivenciada pelos pares, possa possibilitar ou proporcionar a esse paciente o acolhimento humanizado. A esse respeito de interação, Marandola Jr (2005) explica que necessitamos assumir a fluidez sujeito/objeto, ter bem claro os problemas do conhecimento em duas direções: o teórico e o prático. Todavia, não se pode esquecer que conhecer o outro é conhecer a nós mesmos e ao mundo.

Portanto, Mello, J. (1990, p. 105) complementa o nosso raciocínio dizendo:

o lugar é o ninho aconchegante. Pode ser assim conceituado a partir da permanência. Certos espaços só se tornam lugares após uma demorada experiência. O que inicialmente é feio, “sem vida” ou até mesmo odiado (espaço), com o tempo ganha foros de lugar. Espaços se tornam lugares em razão do contato com outras pessoas e em trocas afetivas, econômicas, etc.

Neste contexto, o sujeito se depara nesse lugar de recebimento (hospital) com respectivas diversidades sociais, econômica, culturais e linguísticas. Percebe-se que o tratamento oncológico no HAJ, na maioria das vezes, é um tratamento longo. Nessa perspectiva de análise interpretativa é possível que esse paciente, no decorrer do tempo, crie uma relação histórica e identitária com o seu local de tratamento - de modo que da relação tempo-espaço

propicie a desmistificação do estranhamento pelo lugar de acolhimento, no caso o HAJ.

Para Carlos (2007, p. 67) “o lugar é o produto das relações humanas, entre homem e natureza, tecido por relações sociais que se realizam no plano de vivido, o que garante a construção de uma rede de significados e sentidos que são tecidos pela história e cultura civilizadora produzindo a identidade”.

Nessa direção, depreende-se que o paciente migrante hospitalizado por um momento/período é tido como parte integrante do lugar, logo, “sujeito e objeto são inseparáveis, parte integrante do ser, como ar que se respira” (MELLO, J., 1990, p. 106). Ressaltamos que o paciente migrante ainda que seja bem acolhido no ambiente hospitalar, haverá sempre a referência do seu local de origem/lar. Portanto, o referido autor prossegue afirmando que estar longe das raízes não contenta a nenhum cidadão. Imaginando assim, constatamos que o lugar de destino se destoa, em muitos aspectos, do lugar de origem. Sua verdadeira moradia.

Contudo, percebemos que a natureza humana é tão singular e ao mesmo tempo muito complexa. Talvez por isso seja tenso administrar as nossas emoções (corpo e mente/corpo e seu mundo).

Partindo das ideias defendidas por Sartre – existencialismo - no qual “o homem se faz em sua própria existência” ou “cada um (homem) se define a si mesmo e assim é uma verdade para si”⁸². Ora, essa corrente filosófica nos impulsiona a pensar que as pessoas são capazes de administrar a sua própria existência. Logo, não devem se martirizar/torturar os seus pensamentos no que ficou no passado, pois, isso permite que: sentimentos, lembranças, hábitos interfere e determina o presente e como consequência venha refletir no “aqui” e o “agora” em especial na qualidade do tratamento da neoplasia.

Muitos psicólogos⁸³ gostam de seguir essa corrente filosófica para tratar a psique do paciente, no intuito que esse paciente consiga na medida do possível, administrar a sua própria condição de ser.

Esse paciente, em meio a intempestiva situação vivenciada pela doença, devaneia em seus pensamentos no que deixou para trás, como já dissemos noutro momento. E compreendemos que mais vale reforçar que o migrante oncológico pode até se afastar fisicamente da sua casa, mas, carrega na sua bagagem memorial momentos passados que o fazem recordar com saudade de dias bons e ruins, que ‘são seus’ e que fazem parte de sua história.

⁸² Sobre isso, Buttimer (1985) oferece importantes reflexões sobre existencialismo.

⁸³ Abraham Maslow, Rollo May, William James, Carls Ransom Rogers e outros. Consultado em: <https://psicoativo.com/2016/12/psicologia-existencial-principios-e-historia-do-movimento.html>.

Ainda no campo das ideias do “eu” íntimo, particular, nos apropriamos da reflexão de Buttimer (1995) para reafirmar a condição do ser no contexto hospitalar em especial do paciente migrante oncológico. Agindo assim, entendemos que, de algum modo, esse novo ambiente/lugar *torna-se penoso o “ato de consciência de si próprio” e está pronto a se engajar nas questões existenciais de sobrevivência, ansiedade, alienação e esperança*. Administrar esses sentimentos simbólicos requer todo um ambiente favorável de envolvimento e comprometimento de todos os gestores, profissionais de saúde e voluntários.

Podemos ir além, essa ‘consciência de si próprio’ não está restrito ao paciente oncológico, mas, a todos os envolvidos no processo tal como nos seus atos coletivo e individual, no ambiente de trabalho ou fora dele na busca de compreender os fenômenos que nos rodeiam na sua singularidade exponencial. Buttimer (1995, p. 191) diz:

Se ouvirmos sua mensagem fundamental, a fenomenologia irá levar-nos em direção a um sentido mais aguçado de autoconhecimento e identidade; criará um desejo por “unidade” na experiência e uma transcendência de categorias a priori na pesquisa. Enquanto reasguramos-nos do valor de muitos esforços contemporâneos sobre as estruturas dinâmicas e intencionais que governam os horizontes comuns do tempo-espaço da Humanidade, poderíamos também nos sensibilizar para a singularidade das pessoas e do lugar.

Estamos aqui em prol de uma visão geográfico existencial de um “mundo vivido partilhado”. Anne Buttimer nos adverte afirmando que o “meio ambiente não é uma *tabula rasa*, porém um complexo multiestruturado e dinâmico” (1985, pp.183-192). Então, a essência sensível dos lugares está na elucidação das experiências do mundo vivido. Certamente, os gestores, profissionais da saúde, voluntariados e pacientes são agentes responsáveis pela transformação desse espaço em lugar. Talvez o tratamento humanizado minimize essa crise existencial desse migrante por estar num lugar(hospital) que não é seu lugar (casa).

3.4 O PACIENTE TRANSPLANTADO E A BUSCA DE UM NOVO VIVIDO

Ressignificar o lugar através do tratamento humanizado é possível. Desde que haja a junção, interação e interesse dos corpos sociais que dão vida àquele hospital. Isso é possível, com a colaboração do gestor público, gestor hospitalar, profissional de saúde, colaboradores, voluntários, pacientes e família/acompanhante. Assim, todos dedicando esforços pautados na ‘empatia’ e no papel de cada um neste contexto hospitalar. Deste modo, o cuidado em saúde requer ser mais responsável, ético, sensível, humano(a), envolvido(a), observador(a), solidário(a), generoso(a), ouvinte e compreensivo(a).

Ao referirmos a palavra ‘empatia’ nos reportemos ao seu significado. Segundo o Dicionário Houaiss (2001, p. 1125) empatia significa a “forma de cognição do eu social mediante três aptidões: para se ver do ponto de vista de outrem, para ver os outros do ponto de vista de outrem ou para ver os outros do ponto de vista deles mesmos.”

O filósofo Roman Krznaric (2015, p. 10) na sua obra “O poder da empatia: a arte de se colocar no lugar do outro para transformar o mundo”, afirma que:

Empatia é a arte de se colocar no lugar do outro por meio da imaginação, compreendendo seus sentimentos e perspectivas e usando essa compreensão para guiar as próprias ações. Portanto, a empatia é distinta de expressões de compaixão – como piedade ou o sentimento de pesar por alguém –, pois estas não envolvem a tentativa de compreender as emoções ou o ponto de vista da outra pessoa. A empatia tampouco é o mesmo que a Regra de Ouro, “Faça para os outros o que gostaria que eles fizessem para você”, pois isto supõe que seus próprios interesses coincidem com os deles. George Bernard Shaw observou isso em seu estilo característico ao gracejar: “Não faça aos outros o que gostaria que eles lhe fizessem – eles podem ter gostos diferentes dos nossos.” A empatia é uma questão de descobrir esses gostos diferentes.

No filme “O amor é contagioso” de Patch Adams (1998) expressa no conjunto do longa-metragem que a empatia é a capacidade de se colocar no lugar do outro, compreendendo sua perspectiva psicológica, cultural ou emocional.

A empatia no ambiente hospitalar deve ser dada a sua devida importância. No mês de agosto de 2018, em uma de nossas visitas presenciamos uma colaboradora no ato de sua função no ambulatório do HAJ chamar uma lista de pacientes para serem atendidos, passados alguns minutos ela retorna e chama mais alguns nomes e repete o nome da lista passada. Então, ela se dirige ao paciente e acompanhante de forma ríspida e questiona. *Vocês não escutaram?* Logo que a colaboradora saiu, uma senhora que estava acompanhando um paciente para ser atendido diz: *As pessoas para trabalharem neste lugar precisam ser bem selecionadas (atendente sempre feliz com um sorriso no rosto).*

Muitas vezes os pacientes estão em uma situação momentânea de ausência pois os pensamentos divagam no imaginário, em seus pensamentos nas incertezas da cura e na exigência consigo mesmo de ter paciência, de dar-se tempo, pois, o tratamento demanda tempo cronológico. O acompanhante ‘lutando’ pra ser firme na esperança da cura de seu parente ou amigo. Na perspectiva da vida voltar o seu curso ‘normal’ sem presença da enfermidade.

A participação do evento Outubro Rosa/2018 e no projeto Tranquila-Mente permitiram presenciar uma cena importante para este estudo. Nesses dois momentos, vimos duas pacientes do HAJ reclamarem da forma como o médico comunicou o diagnóstico do câncer. Talvez para o médico oncológico essa seja somente uma ação cotidiana. Mas para o paciente, ser diagnosticado com essa patologia é impactante, é algo novo, muda o curso de sua história. A

certeza da vida se encerra e a dúvida sobre o futuro próximo se faz presente.

Silva, L. (2009) em consonância com Imbaut-Huart (1985) afirma que:

o câncer é aquele “mal que não se pode olhar de frente”, é o arquétipo da nossa impotência no controle da doença e da morte. Este autor entende que cada época investe numa doença, a sua angústia diante da fragilidade da condição humana, procurando por todos os meios negá-la, ocultá-la, afastá-la do seu horizonte.

Nesse sentido, o acolhimento/empatia no ambiente hospitalar é importante para o paciente e para a família, o câncer, deixa marcas físicas e psíquicas – faz sofrer o paciente e faz sofrer a família. Lidar com o câncer é... Ora vencer a doença ora a doença vence a matéria (físico).

Assim, ajuizamos, que atuar como profissional de saúde naquele momento não é tarefa fácil. Uma vez que como ‘ser’ que carrega em si suas subjetividades. Um sujeito que tem família, suas crenças, seus anseios, suas frustrações e que tampouco está imune ao sofrimento, à morte, a tristeza e toda a historicidade da representatividade da existência.

Portanto, além das próprias questões, ele com as frustrações dos pacientes cotidianamente. Acredita-se que esse profissional sabe todas as consequências e marcas que o câncer traz. Provavelmente há uma instabilidade emocional porque faz parte da existência humana. Em vista disso, somos propensos a falhar em nossas atitudes. O que exige deste ser que cuida ficar longe da cegueira, mais perto da humanização, ou seja, “se podes olhar, vê. Se podes vê, repara”⁸⁴.

Caparelli (2002, p. 60) em sua pesquisa sobre a vivência de médicos diante do diagnóstico do câncer infantil assevera:

... que os sentimentos despertados nos médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais de saúde, são semelhantes aos dos pacientes e familiares. O médico convive com a negação, a raiva, a culpa, o pensamento mágico e sintomas depressivos. Sente-se impotente diante dos limitados recursos pessoais e científicos e dificuldades para identificar e lidar com seus próprios sentimentos.

Ainda sobre as peculiaridades destes profissionais, Labate e Cassorla (1999, p. 101) consideram que:

O profissional de saúde defronta-se, em seu dia-a-dia, com situações que o mobilizam emocionalmente, por vezes de uma forma bastante intensa. Isso não só dificulta seu trabalho, confundindo-o frente a aspectos técnicos, como também lhe acarreta um grau não desprezível de sofrimento pessoal. Identificações patológicas com o sofrimento do paciente, com sua doença ou com outros aspectos podem tornar o trabalho do profissional de saúde “insalubre” emocionalmente. Infelizmente, não se

⁸⁴ Parafrazeando Rios (2009, p. 28: 34) sobre a luz de José Saramago (1995).

tem dado a importância necessária a esse aspecto, possivelmente porque os próprios profissionais se defendem de sua impotência e fragilidade através de fantasias de onipotência. E, quando essas defesas falham, a “descompensação”, por vezes vista como vergonhosa, costuma ser atribuída a outros fatores.

Mas, a empatia tem seu lado obscuro. Em agosto de 2018, aconteceu uma confraternização com todos os voluntários em comemoração ao Dia Nacional do Voluntariado (28/08). Neste dia, ocorreu um treinamento com o tema “Empatia: a arte de ser espaço”⁸⁵, a fim de promover o desenvolvimento da competência ‘gestão das emoções’ por meio da temática “A arte de se permitir sentir”, ministrado pela psicóloga Kariny Andreza de Sena Campos.

Ao ser questionada sobre a importância de trabalhar esse tema na ACCG, a psicóloga, Kariny, contribui dizendo que:

Quando se fala em missão organizacional, entende-se que os colaboradores são peças fundamentais no alcance desse propósito. Dentro do contexto ACCG, de ser um centro de referência no ensino e na pesquisa e possibilitar a máxima qualidade assistencial e científica, mantendo sempre o paciente no foco das atenções, a responsabilidade por fazer essa missão se cumprir é maior ainda, visto que o produto entregue a sociedade é a própria prestação de serviço do quadro de colaboradores.

Para tanto, a ACCG por meio do setor de desenvolvimento de pessoas, tem como um dos principais objetivos promover uma constante atualização e consolidação das competências comportamentais, visto que estas práticas são fundamentais ao crescimento pessoal e profissional para o atingimento das metas organizacionais.

No ano de 2018 alguns treinamentos marcaram a trajetória no setor de desenvolvimento, dentre eles temas sobre “Como manter acesa a chama da proatividade”, “A arte do trabalho em equipe”, “Empatia, a arte de se permitir sentir”, e por fim “Empatia: a arte de ser espaço”, teve como principal objetivo desenvolver nos colaboradores o senso de importância quanto ao seu desenvolvimento profissional.

A última temática trabalhada no ano, foi escolhida por entender que além da missão da ACCG, existem dois dos valores da organização que são diretamente impactados por esta temática. Dentre eles a promoção de uma assistência integral e individualizada ao paciente e a valorização e desenvolvimento das pessoas.

Por muito tempo, falou-se nas organizações da importância da Inteligência Intelectual pro alcance das metas, de uns anos pra cá tem se abordado muito outro fator extremamente

⁸⁵ O treinamento foi elaborado pelo setor de desenvolvimento de pessoas da ACCG, e as idealizadoras do projeto foram Kariny Andreza de Sena Campos (psicóloga), Camilla Costa Rodvalho (psicóloga) e Kerielle Souza Rodrigues (Gestora de Recursos Humanos).

importante nesse contexto e que não se aprende nem se desenvolve nas faculdades, cursos técnicos etc, a ‘inteligência emocional’.

Quando se fala em um centro de atendimento oncológico, em que a principal demanda está diretamente relacionada a pacientes oncológicos, entende-se que trabalhar a gestão das emoções nos colaboradores que estão diretamente envolvidos nos dois valores que foram citados, para que consigam prestar um atendimento de qualidade e para que se sintam valorizados e cuidados pela instituição a qual trabalham é fundamental. Principalmente por entendermos que eles são seres humanos com suas demandas emocionais, e que estas podem afetar não só na qualidade do atendimento prestado, como também na saúde do próprio colaborador.

Percebemos, que a instituição (ACCG) preocupada com o bem estar do paciente oncológico e de seus colaboradores proporciona treinamento aos profissionais de contato direto e indireto com enfermo, para uma atualização e consolidação das competências comportamentais, destacando a importância da ‘gestão emocional’ desses colaboradores.

No entanto, consideramos pontos importantes que foram discutidos no treinamento como:

1. Empatia emocional é a capacidade de sentir o que o outro sente;
2. Empatia cognitiva é a compreensão intelectual e racional;
3. Burnout empático: exaustão emocional.

O terceiro item, alerta os voluntários sobre o Burnout empático. E psicóloga (Kariny), referenciou no treinamento um trecho do livro da médica Ana Claudia Quintana Arantes “A morte é um dia que vale a pena viver” onde a autora explica que:

A empatia tem seu perigo; a compaixão, não. Compaixão vai além da capacidade de se colocar no lugar do outro; ela nos permite compreender o sofrimento do outro sem que sejamos contaminados por ele. A compaixão nos protege desse risco. A empatia, pode acabar, mas compaixão nunca tem fim. Na empatia, às vezes cega de si mesma, podemos ir em direção ao sofrimento do outro e nos esquecermos de nós. Na compaixão, para irmos ao encontro do outro, temos que saber quem somos e do que somos capazes. [...] Quem cuida do outro e não cuida de si mesmo acaba cheio de lixo. Lixo de maus cuidados físicos, emocionais e espirituais. E lixo não serve para cuidar bem de ninguém. [...] A empatia permite que nós nos coloquemos no lugar do outro e sintamos sua dor, seu sofrimento. A compaixão nos leva a compreender o sofrimento do outro e transforma-lo. Por isso precisamos ir além da empatia. Todos nós precisamos de pessoas capazes de entender nossa dor e de nos ajudar a transformar nosso sofrimento em algo que faça sentido. (ARANTES, 2016, pp. 56-58).

Contudo, o ambiente hospitalar forma um conjunto de variáveis. Somos capazes de interagir com o outro, de forma que essa relação com outrem seja desenhada/representada por

profunda aceitação e acolhimento. Na assistência em saúde a humanização requer empatia mútua, não há espaço para ações de invisibilidade do outro, muito menos a ausência de interação. Essa ausência de entender o outro de forma subjetiva torna esse ambiente hospitalar mecanicista, biológico, técnico e positivista.

O acolhimento do paciente oncológico na sua totalidade proporciona a materialização do tratamento humanizado e tem como consequência a (re)significação do lugar. A prova disto, são os relatos proferidos pelo paciente migrante do TCTH e dos profissionais de saúde, das ações humanizadoras que proporciona a (re)significação do lugar.

O hospital é muito bom, recebeu nós, não tem o que dizer daqui, fomos bem recebidos, bem cuidados e bem tratados, eu e minha esposa. Ah! Hoje aqui (hospital) representa tudo, porque foi aonde acolheu a gente, com 30 dias que nós estava aqui. Eu passei 4 anos sofrendo no Maranhão com essa doença e os médicos não sabia o que era. Ai tiraram meu baço lá, dizendo que era problema no baço, e quando chegou aqui o médico que me examinou com 30 dias ele me disse: “é um câncer e tiraram seu baço sem precisão, era só tratar”. Então o hospital hoje aqui pra nós é tudo. É nossa 2ª casa, nós só tem a dizer aqui da equipe que é bão mesmo. Aqui é 100%, tem dentista, tem psicólogo, temo seu Arão que foi um anjo que o Senhor colocou na nossa vida, um voluntário abençoado, ele foi um pai, e os médicos também, todas as pessoas que acompanham [...], todas as vezes que a gente batia na porta da emergência eles estavam ali, eles faz o possível, lutam até o último instante, não desiste da gente não. (Jó, paciente).

A fala deste paciente ratifica a importância do ARA de ser acolhido, respeitado e assistido. Esse migrante transplantado afirma que o HAJ é a sua segunda casa, logo, percebe-se a materialização da (re)significação do lugar através do tratamento humanizado/acolhedor. *Vínculo com a equipe, que eu acho um ponto importante, né? O fato dele ter um acompanhante ali, um familiar a todo momento com ele, né? No transplante é mais complicado porque ele fica muito isolado. Então, esse vínculo tanto com o profissional da saúde, quanto com o familiar ali dentro são facilitadores, né? (Jade, nutricionista).*

Para o paciente migrante transplantado a equipe acolhedora e a presença de um acompanhante nesse momento de internação e isolamento da área externa do setor do TCTH é um fator importante para (re)significação do lugar, como denota a fala do (a) profissional de saúde.

Outro ponto de ressignificação do lugar segundo profissional de saúde: *É, eu posso dar como exemplo até familiares por exemplo, de pacientes, ou mesmo pacientes que terminaram o tratamento e foram bem sucedidos ou familiares desses pacientes bem sucedidos ou quando você perde um paciente e familiares do paciente que você perdeu, que muitas vezes não*

consegue se desvincular mais daquele ambiente e muitas vezes eles se tornam parceiros no sentido de tentar ajudar a acolher outros que estão chegando. Então, eles acabam se tornando voluntário na tentativa de melhorar o acolhimento de outros que estão chegando. Então, assim, o que a gente entende é que quanto mais adaptado, maior for a sensação de que ele foi bem acolhido que tá a vontade isso muda a percepção e acaba fazendo com que ele se torne um colaborador. É... a gente tenta minimizar o máximo possível a permanência dele fora da cidade de origem, mas muitas vezes você acaba tendo que ficar com esse paciente mais tempo na cidade. Então assim, durante esse período todo, nós vimos vários pacientes que acabaram não retornando mais pra cidade de origem. Preferiram continuar próximo, em Goiânia né, e alguns deles acabaram sendo incorporados no hospital como funcionários isso a gente já teve. Então é... já tivemos paciente por exemplo, que tratou uma doença grave, leucemia, e se formou nutricionista e foi trabalhar no hospital onde ele se tratou. Nutricionista, fisioterapeuta, isso a gente tem, andando por ai, alguns ex pacientes trabalhando dentro do próprio hospital (Simeão, médico).

Neste contexto, o mundo vivido desses pacientes e ex-pacientes no hospital viabilizou a ser voluntário ou profissional de saúde no nosocômio. Com isso, acresceu em suas existências o que Tuan (1983) ajuíza: o que começa como espaço indiferenciado transforma-se em lugar à medida que o conhecemos melhor e o dotamos de valor. Deste modo, o hospital são uns dos ambientes social que no primeiro momento exprime medo, como bem lembra, Tuan (2005). Contudo, com o tempo deixa de ser um espaço “vazio de significado” para se tornar lugar de (con)vivência.

Outra modo de atenção ao enfermo, como vimos no HAJ, está na equipe de nutrição, eles fazem um atendimento individualizado, com objetivo de minimizar a ausência da culinária regionalista desses pacientes migrantes da saúde.

A gente tenta o máximo possível né, no caso da nutrição a gente faz um atendimento individualizado. O que é esse tratamento individualizado? Eu faço uma anamnese com esse paciente pra saber as preferências alimentares, pra ir adequando de forma com que ele vá conseguindo se alimentar, porque a alimentação é muito cultural também. E ela reflete muito a questão da casa, do conforto né, então a gente tenta fazer na medida do possível, claro, porque querendo ou não, o tratamento, a dieta, a alimentação também é tratamento para esse paciente. Mas dentro desse contexto, dentro do que a gente pode fazer a gente tá sempre tentando trazer um pouquinho do que ele come em casa, do que ele gosta de comer. Então eu sempre pergunto pro paciente: o que que você acha que você come que você vai se sentir melhor, que você vai dar conta? Eu sempre converso com ele assim, que no hospital realmente

não vai ter tudo, mas dentro do que eu puder fazer, dentro das possibilidades, que a gente vai tá sempre tentando trocar. E que nós somos parceiros. Nós somos parceiros, então eu sempre tento fazer assim com eles. [...] Então eu vou te contar um caso de um paciente justamente assim, que veio do Nordeste, ele veio do interior da Bahia. E ele começou a ter dificuldades alimentares. E aí dentro das coisas que ele me pediu foi um arroz cozido com leite e um pouco de sal. Então a gente trouxe isso, eu trouxe aqui pra produção, conversei com a meninas e a gente conseguiu fazer esse arroz cozido com leite e sal pra mandar pra esse paciente. É...as vezes o paciente não come pão, não tem hábito de comer um pão, então a gente faz uma tapioca né, aí assim, eu sempre pergunto pro paciente: “o que que você come? O que que você não come de jeito nenhum?” Até falo pra eles assim, “olha você vai falar assim... (eu vou começando a fazer o recordatório pra ele), agora você me conta uma coisa, “o que que você não come de jeito nenhum? Que se eu mandar. Você fica até com raiva de mim.” Ai eles falam e a gente vai tirando da dieta. “E agora, o que que você prefere comer? O que que você costuma comer?” E a gente vai tentando adaptar de acordo com a nossa realidade. Claro que aqui por ser um hospital filantrópico nós não vamos ter tudo, as vezes eu não tenho aquilo que o paciente pediu, mas eu tenho uma opção similar, então eu converso com ele sobre isso também. (Jade – nutricionista).

Na ótica de Milton Santos e outros geógrafos a densidade comunicacional resulta do “caráter humano do tempo da ação” já que essa ação pode ser vista como intersubjetiva ou transindividual. Para o autor:

Esse tempo plural do cotidiano partilhado é o tempo conflitual da co-presença. Como lugar do acontecer solidário, homólogo ou complementar, o lugar é esse espaço banal da geografia [...] criador da solidariedade e da interdependência obrigatória geradas pelas situações cara a cara de que fala Schutz (1967:70), pois é essencial para esse resultado que “você” e eu tenhamos o mesmo entorno” já que somente nessa situação [...] posso assumir, com maior ou menor certeza, dentro da realidade diretamente vivida (experimentada) que a mesma que estou vendo é a mesma, e a mesma em todas suas situações perspectivas. (SANTOS, 2005, pp. 160-161).

Esses achados, corroboram nossas observações, o paciente migrante transplantado no HAJ, só terá possibilidade de (re)significar o lugar através do tratamento humanizado quando for acolhido nas suas diversas dimensões do tratamento, ou seja, sendo examinado, assistido, na sua totalidade.

E para finalizar a nossa análise, sobre a (re)significação do lugar através do tratamento humanizado, recorreremos a uma de nossas indagações: Acha possível através do tratamento humanizado no ambiente hospitalar você (paciente) “sentir-se em casa longe de casa”? - Acha

possível através do tratamento humanizado no ambiente hospitalar o paciente oncológico “sentir-se em casa longe de casa”?

Para Minayo⁸⁶ (2015), na pesquisa qualitativa a observação faz parte da análise das interpretações geradas pelo problema em estudo. A tese de que a subjetividade do pesquisador e do que ele estuda são parte do próprio processo de pesquisa (intersubjetividade). No estudo qualitativo não tem a maioria disse isso pois existe a minoria e os sujeitos são singulares. Por isso, a importância de dar voz ao sujeito, tendo em vista que os participantes da pesquisa têm pontos de vista, práticas sociais e histórias pessoais diversificadas e únicas.

Por isso, destacaremos as falas dos participantes sobre esse contexto hospitalar de “sentir-se em casa longe de casa”, sob a luz da sua voz.

É possível sim né, mas pra ela (esposa) eu acho que não. Pra ela nada que fizer melhora, só é bom se ela voltar pra lá. É possível sim, eu mesmo já estou bem acostumado com isso e eu digo pra ela sempre, eu digo “olha mulher se for da vontade de Deus que um dia nós volta, nós volta, mas agora eu, eu tô bem aqui graças a Deus”. O que aconteceu aqui comigo, só de saber que eu tô sendo tratado e tô vivo hoje, vivendo um dia após o outro pra mim já é um motivo de muita alegria, então eu não tenho motivo pra me entristecer, pra viver triste, pra não sorrir, pra não ser alegre. E ela não, ela tem dia que tá num stresse, zangada porque ela tem notícia do povo que tão indo pra lá e ela não pode ir, e eu digo “rapaz a gente acostuma, a gente tem que se acostumar, se habituar, foi o lugar que Deus nos trouxe, nos colocou aqui, nós não queria tá aqui, mas ele nos colocou aqui”, então vamos permanecer até chegar o tempo de voltar, se for pra voltar, se não for a gente fica aqui. O lugar quem faz é a gente, então eu já tô bem acostumado aqui. Eu não tenho mais essas preocupações que ela tem não, eu tento colocar na mente dela, mas ela não consegue. (Jó – Paciente do Maranhão)

A gente tem várias histórias de pacientes. Mas assim... a mais comum que a gente percebe que muitas vezes o paciente na alta hospitalar ele fica meio dividido, você acredita? As vezes eles saem daqui já deixando saudades, sentindo falta daqui. Isso é mais comum nas crianças. Muitas vezes eles recebem alta e não querem ir para casa, “deixa eu ficar mais um dia, deixa eu ficar mais 2 dias”. Você entendeu? Tanto é que a gente tem um preparo de alta, para ele já ir trabalhando isso. Principalmente quando a gente percebe que a criança ela fica muito confortável aqui. Independente de ter acesso de veia, independentemente de estar restrita ao leito né, a uma internação e parece impossível, mas existe casos assim. (Lia, assistente social).

⁸⁶ Palestra “O legado da pesquisa qualitativa”. 6º Simpósio Internacional de Educação e Comunicação – SIMEDUC/2015.

Mas o paciente, muitos ficam gratos sim, tem essa afeição com o hospital né, tem essa resposta, mais além dessa resposta no geral dos pacientes “ai como foi bom, como o médico tal, como foi atendida, como eu tô grata” na hora da alta mesmo que não terminou o atendimento né, total, enfim, uma parte do tratamento aliás. Mas tem um outro tipo de afeição com o hospital que nós nos deparamos aqui, não tão comum como essa outra primeira. São aqueles pacientes que as vezes não tem o tipo de atenção, ou tipo de atendimento ou tratamento que eles têm aqui dentro hospital, que eles têm lá fora nas casas deles, no meio familiar. As vezes o paciente tem família, ou, a gente se depara com pacientes que as vezes não tem família. Tem família, mas não tem o contato né, são pacientes solitários, tem um conhecido, um vizinho que dá um apoio, as vezes acompanha, as vezes vem sozinho. Infelizmente ainda temos isso. Mas nós temos alguns pacientes que na hora que precisa de terminar X tratamento vai embora para casa e tem outros com algumas dificuldades na hora de ir embora. Por exemplo, é... alguns pacientes com dificuldade sócio econômica, “onde eu vou ficar? Vou ficar sozinho, quem vai cuidar de mim? Quem vai me ajudar nisso, na alimentação ou a dificuldade financeira, não vou ter dinheiro para comprar isso ou aquilo né?” Então quando ele tem isso aqui dentro do hospital, ele se sente mais tranquilo, esse acolhimento que às vezes para nós seria uma coisa tão... tão corriqueira e fútil a gente tem que olhar “poxa, pera aí, esse paciente tá indo embora mas ele vai ficar com quem?” Né, ele mora num quartinho lá, sem condições né, de higiene, não tem as coisas para ele fazer. Enfim, então tudo isso alguns pacientes eles se pronunciam com essa dificuldade de ir embora, é um tipo de afeição né? Porque ele recebe esse tratamento aqui, esse acolhimento. E lá fora ele já começa a ficar inseguro, ansioso e nervoso diante de uma possível alta. Então você tem que olhar um paciente e pensar assim: “aquele ali tá vibrando de alegria porque vai ter alta” e outros não. Você tem que saber olhar isso também e ajudar ele, aí também é uma outra humanização. Ir atrás da prefeitura de origem é um trabalho de assistente social, de saber com quem que ele vai ficar, quais os contatos possíveis que nós podemos fazer lá fora, ele ter esse tipo de acompanhamento da família de algum conhecido. Fazer uma busca ativa né? Ver o que que pode ser ajudado do ponto de vista financeiro ou alguma instituição, ou secretaria da saúde lá da cidade dele. Então tudo isso também a gente tenta alcançar na vida do paciente quando ele tá botando o pezinho aqui pro lado de fora do hospital. (Midian, psicóloga).

Eu creio que... ele pode se sentir bem, mas totalmente não, porque ele sabe que ali, por mais que todos o tratem bem, por mais que todos sejam bem tratados pelos enfermeiros, médicos, visitantes e voluntários, eu creio que não, que a casa da gente é a casa da gente. (Ágata, voluntária).

De conseguir achar que tá em casa eu acho que nunca. Em situação nenhuma, pode ser humanizado o tanto que for. A gente quer tá em casa, né? A gente quer tá na sua casa. Agora, que alivia muito, alivia, alivia muito. E isso eu ví com meu pai. Porque ontem, anteontem, a hora que eu entrei, meu pai nunca pisou aqui no hospital, eles nunca vieram aqui. Minha família nunca pisou nesse hospital. Então quando eles vieram e viram que eu estava no corredor pra receber eles e já fui dando assistência e sabe que têm uma voluntária, mas, ai... já mistura eu, de ter o mesmo sangue, né? Mas assim... de chegar, e ver que tem alguém conhecido e que tá conversando, tá dando carinho e ver os funcionários todos, porque todos os funcionários lá de cima (centro cirúrgico) foram um amor com meu pai. Então assim, vê que todo mundo tratou ele com tanto carinho, eu acho que isso é confortante. Porque eu já fiquei num hospital público em Palmas-TO sozinha, minha mãe não podia entrar, e eu nunca tinha entrado num hospital. E entrei pra dar à luz, eu fiquei sozinha, não podia entrar ninguém e eu nunca me senti tão só na minha vida. Eu não esqueço disso. A minha primeira filha do meu primeiro parto. Então eu acho que se tivesse minha mãe, ou que fosse uma voluntária lá comigo a coisa seria diferente, eu acho que eu ficaria mais à vontade, né? Agora que chega a ser igual a casa da gente, não. Conforta? Conforta, mas igual a casa da gente não tem. (Blenda – voluntária).

Ao analisarmos os relatos, percebe-se que as histórias são singulares, a criança tem a visão de mundo vivido no hospital que pertence a ela. O paciente migrante transplantado, no seu ‘eu’ quer voltar pra casa, mas, no momento presente é impossível, então, se vê compulsoriamente magnetizado a aceitar a sua condição de (re)significar o lugar de seu tratamento (hospital) e o seu lugar de morada (Goiânia). Mas, tem aquele paciente que o seu contexto familiar e a sua condição sócio-econômica desfavorecem o seu retorno pra casa. E pra ele(a), a opção de sentir-se em casa é no hospital.

Docilizar o ambiente hospitalar através das práticas humanizadoras não é tão simples assim, solicita interesse, responsabilidade, prudência, criatividade, sensibilidade, amabilidade. Requer uma organização coletiva embasada no respeito e cooperação. Entender, esses sujeitos, como ‘seres’ únicos com suas respectivas singularidades social, econômica, emocional e espiritual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estar saudável significa ter o perfeito bem-estar, físico e social como bem conceitua a Organização Mundial de Saúde (1946). O indivíduo, quando é acometido por uma moléstia, naturalmente procura meios de restabelecer o seu bem-estar através dos serviços das unidades de saúde de cunho filantrópico, público ou particular. Nem que para isso, seja necessário deslocar para espaços próximos ou distantes do seu lugar de residência em busca do tratamento. E o câncer é uma doença que para ser tratada impulsiona o indivíduo migrar, caso não possua esse tratamento no seu lugar de morada. Ademais, o tempo cronológico da doença que não pode esperar, acelera esse processo de migração.

O acesso ao tratamento do câncer em Goiás foi advindo da chegada do médico Alberto Augusto de Araújo Jorge que fundou a Associação de Combate ao Câncer em Goiás em 1956, preocupado em proporcionar para população sertaneja o tratamento adequado. Primeiramente fundou um *Posto de Assistência ao Romero* num espaço cedido pela entidade filantrópica denominada Santa Casa de Misericórdia. Em 1967, instituiu a sede própria do Hospital do Câncer de Goiânia no Setor Universitário.

No entanto, constatou-se neste estudo que essa entidade filantrópica ao longo de sua história passou por crises relacionais e financeiras - essa última permanece até os dias atuais com variações de instabilidade. Esta instabilidade financeira teve seu ponto crítico em uma das gestões que desencadeou a má assistência ao enfermo por improbidade do uso dos recursos destinado a manutenção da instituição. Desse modo, acarretou-se o que denominamos de crise de imagem da associação. E essa conduta da gestora, impediu naquela época a materialização do *valor da vida humana, do cuidado ético para com ela e de valores fundamentais como alteridade, respeito, coerência e responsabilidade social* (PNHAH, 2001). Assim como, feriu o que tange os conceitos que norteiam as tarefas da Política Nacional de Humanização (2015) que estabelece o *acolhimento; gestão participativa e cogestão; ambiência; clínica ampliada e compartilhada; valorização do trabalhador e defesa dos direitos do usuários*.

Essa instituição filantrópica, ao longo da sua história, recebeu indivíduos de diversas localidades em busca de tratamento oncológico. Achamos por bem, dar visibilidade a esse fenômeno que denominamos no corpo desta dissertação de ora migrantes da saúde, ora migrante oncológico, ora migrante transplantado.

No contexto geral e histórico do processo de migração, acredita-se nos estudos sobre deslocamento populacional que os motivos que fazem as pessoas migrarem, em sua maioria, é a busca incessante por melhores condições de vida.

No entanto, compreende-se que existe uma migração humana polifacetada no contexto social. Neste estudo, em apreço, podemos perceber a migração em busca de tratamento de saúde. A esse respeito, constatou-se que essa migração ela é na maioria das vezes ocasional/temporário, mas, com possibilidade de tornar-se definitiva. A doença oncológica partindo do pressuposto do universo do Hospital Araújo Jorge, o migrante da saúde, por não achar tratamento adequado no seu lugar de origem se vê obrigado a migrar para tratar.

Portanto, ratificamos através dos mapas cartográficos a mobilidade humana em busca de tratamento de saúde no HAJ em termos de abrangência nacional e abrangência municipal. Neste aspecto, o produto cartográfico representa de certa forma a realidade que nos circunda de forma visual sobre a origem de residência dos pacientes. Contudo, apreende-se a importância do hospital no contexto regional e inter-regional na busca por tratamento e cura do câncer.

Entretanto, esta análise do migrante da saúde, não deve desconsiderar a subjetividade do ato de migrar de cada sujeito. Ele – paciente/migrante-, como foi observado no segundo e terceiro capítulo desta pesquisa, clama na subjetividade do seu ‘eu’ uma nostalgia pelo seu lugar de origem. Dito de outra maneira, ele sofre por migrar e estar distante do seu contexto social vivido antes da descoberta da patologia, com isso, possibilitando uma crise existencial no seu ‘ser’.

E o migrante transplantado por ser um indivíduo de alta vulnerabilidade, devido o próprio tratamento, se ver, impedido de participar das atividades e projetos desenvolvidos no HAJ. Pois, no período de internação para a realização do procedimento terapêutico e pós transplante, por recomendação médica deve-se evitar aglomerações de pessoas. Portanto, o tratamento humanizado para o paciente transplantado na forma intersubjetiva – paciente e profissional de saúde/paciente e família se torna profícuo para o enfrentamento da doença do novo e vivido caminho.

Por conta disso, após presenciarmos de forma intersubjetiva esse processo de migração do paciente oncológico com o lugar (hospital), pudemos constatar a importância do tratamento humanizado para (re)significação do lugar e do restabelecimento da saúde do paciente de forma física, emocional e espiritual.

Deste modo, a compreensão do conceito de humanização segundo os pesquisadores que se ocupam em estudar o assunto e segundo os profissionais de saúde do HAJ, nos proporcionaram a tecer ideias da vivência singular de cada um sobre o tema (humanização) no corpo deste estudo. No âmbito dessa perspectiva, pertinente ao profissional de saúde (participante da pesquisa) percebemos que cada um tem implícito na consciência o que vem a ser a oferta do tratamento humanizado nos estabelecimentos de saúde. Sendo assim, sabe da

sua importância para o paciente e família, e que nesse tratamento, contempla em ver o paciente na sua forma holística, semelhante a outras áreas que lidam com pessoas.

Por isso, a questão do conhecer o paciente oncológico se assemelha muito a atividade do professor que precisa conhecer a subjetividade do seu aluno no seu fazer pedagógico. E isso, não é feito com receitas prontas, mas no fazer construído diariamente/cotidianamente.

Por outro lado, observa-se que o profissional de saúde é também um ser humano que tem vida própria, família, casa, filhos, esposo (a), sentimentos. Por mais que ele olhe para o paciente como se fosse um espelho, ou seja, a sua imagem projetada no outro, trata-lo (paciente) como se fosse tratado se estivesse no lugar dele. Ainda assim, o tratamento humanizado poderia ser falho, esse profissional precisa ser assistido – carga horária de trabalho; condições de trabalho; assistência emocional, quantidade de profissionais é proporcional a demanda de paciente para lidar com as adversidades do cotidiano. Atentos a essas adversidades, é preciso entender que a observação e a minimização desses fatores de estresse podem proporcionar um bem estar físico e emocional desses profissionais. Em consequência disso teríamos um ponto positivo para ofertar o real tratamento humanizado nos ambientes de saúde àqueles que procuram tratamento e cura do câncer.

Portanto é ilusório pensar que o tratamento humanizado está nas mãos dos profissionais de saúde, certamente constitui um conjunto de fatores que vão proporcionar a materialização disto no ambiente hospitalar.

Esse conjunto de fatores, tomando por base o HAJ, verificou-se que o gestor público (federal, estadual e municipal); gestor hospitalar; os três poderes (executivo, legislativo e judiciário); profissional de saúde; colaboradores; voluntariado e família – são partes importantes direta e indiretamente no tratamento humanizado com aquele que inspira cuidado.

Nesse ponto, compreende-se que o tratamento humanizado/acolhimento nos ambientes hospitalares que atende SUS, depende da verba pública para seu custeio. Nota-se que humanizar é também ter acesso ao tratamento terapêutico – é desburocratizar o que é burocrático. O câncer não espera a morosidade do poder público. Mesmo que o diagnóstico seja “a medicina não pode fazer nada para esse paciente” ele tem o direito de viver bem o restante de vida que o seu organismo permitir e receber assistência humanizada que minimize os efeitos que a doença lhe traz. Logo, a assistência no tratamento da doença também é um elemento humanizador.

Sumariamente, a humanização no ambiente hospitalar não depende só dos voluntários, do cuidado do profissional da saúde com o paciente, dos gestores e colaboradores do hospital mais sim de um conjunto muito maior de apoio e também de amparo. E o capital financeiro é a engrenagem que faz com que essa unidade de saúde acolhe bem seus pacientes, em: estrutura

física, fitoterápica e de equipamentos que auxiliem o tratamento. Neste aspecto, uma peça deslocada do seu eixo, considerando as três estruturas de poder – executivo, legislativo e judiciário – impede a qualidade da sua funcionalidade.

Outro aspecto vislumbrado através das respostas dos participantes da pesquisa sobre o que atrapalha/impede a humanização no ambiente hospitalar é: uma gestão que não tem compromisso com a causa; equipe reduzida; tempo; resistência de alguns profissionais de saúde; resistência do paciente; ausência de interação entre as equipes do mesmo turno de trabalho e de turnos diferentes; invisibilidade do outro; indisponibilidade para conversar; falta de envolvimento com o trabalho realizado; ausência de qualificação contínua; falta de trabalho de conscientização; entre outros.

Em nossa pesquisa foi constatado que o tratamento humanizado no HAJ acontece de diversas formas - através das atividades e projetos que fazem parte do fazer cotidiano do hospital, assim como, nos eventos e festas comemorativas. Os resultados levam a crer que o voluntariado é peça importante para a materialização da (re)significação do lugar através do tratamento humanizado. Mas, é importante destacar que os projetos (Começar bem; Grupo de apoio: Tranquila-mente) desenvolvidos pelos profissionais de saúde, seguramente, proporcionam ao paciente oncológico, a sensação de estar sendo acolhido, respeitado e assistido na sua forma holística.

Certamente o apoio ofertado pela gestão do hospital, dessas ações de humanização, faz dessa instituição um caminhar em direção ao tratamento humanizado, que de certa forma ajuda o paciente oncológico fazer o que Santos (2014) diz “o espaço desconhecido perde a conotação negativa e ganha um acento positivo, que vem do seu papel na produção da nova história.” Da mesma forma Tuan (1983) observa o que começa como espaço indiferenciado transforma-se em lugar à medida que conhecemos melhor e o dotamos de valor. Assim, acontece com o paciente oncológico – o hospital no primeiro momento é indiferenciado, a medida que ele faz o seu caminhar vivido no hospital deixa de ser vazio de significado para ter um sentido de lugar/de acolhimento.

Contudo, as unidades de saúde além de trabalharem com a ideia de angariar/obter recursos para uma melhor gestão hospitalar, precisa avançar em projetos concretos de tratamento humanizado como método a ser seguido. Mas, esse projeto só ganhará ‘sentido’ quando os atores deste processo internalizar no seu ‘ser’ a importância do tratamento humanizado para o restabelecimento da saúde do enfermo. E só assim, caminharemos para uma concretização do elo afetivo do paciente transplantado/paciente oncológico com o lugar de acolhimento e teremos como consequência dessa ação a ressignificação do lugar.

Sugerimos a formação de grupos de trabalho de humanização hospitalar para impulsionar os cuidados em saúde. Neste sentido, obtendo uma cultura organizacional humanizada no aspecto – físico, emocional e espiritual do paciente.

Outra sugestão no sentido de acolher, é a divulgação através do sistema de som do HAJ – dos projetos (Começar bem/Projeto Tranquila-mente) desenvolvidos pelos profissionais de saúde nas quartas-feiras e dos principais projetos desenvolvidos pelo setor de voluntariado. Essa divulgação certamente proporcionará o aumento do número de participantes nos projetos desenvolvidos no hospital.

Conclui-se que não é possível criar um modelo engessado a ser seguido para prática de humanização no ambiente hospitalar até porque cada unidade hospitalar tem as suas subjetividades, mas é possível seguir os preceitos estabelecidos pela PNH adequando com a realidade do lugar.

Sendo assim, devemos matizar na cultura hospitalar a importância do tratamento humanizado como uma das fontes de restabelecimento da saúde do enfermo. Por fim, espera-se que a humanização seja recorrente nos ambientes hospitalares primados pela qualidade no atendimento, oportunizando aos profissionais de saúde, gestores públicos e também aos seus acompanhantes as melhores condições ambientais, humanas, e psíquicas que possam amparar – de uma forma mais humana – o paciente oncológico transplantado, ou de qualquer outra forma de acometimento.

REFERÊNCIAS

Agrava a Crise do Araújo Jorge. **Jornal O Popular**, Goiânia, 24 mar. 2011, Cidades, p. 7.

ALMEIDA, G. A. de. (2000). **A Lei n. 9.474/97 e a definição ampliada de refugiado**: breves considerações. *Revista Da Faculdade De Direito, Universidade De São Paulo*, 95, 373-383. Disponível em: <http://www.journals.usp.br/rfdusp/article/view/67475>. Acesso em: 12 jan. 2019.

AMOROSO, M.C.M. A abordagem etnobotânica na pesquisa de plantas medicinais. In: Di Stasi, L.C. **Plantas medicinais: arte e ciência. Um guia de estudo interdisciplinar**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996.

ANZAI, Leny Caselli. **“Vida Cotidiana na Zona Rural do Município de Goiás 1888-1930”**. Goiânia: ICHL/UFG, 1985. (Dissertação de Mestrado em História). pp. 128-166.

ARANTES, Ana Claudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena viver**. – 1. ed. – Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016. 192 p.

ASSOCIAÇÃO DE COMBATE AO CÂNCER EM GOIÁS. **Relatório Anual 2005**. Goiânia, 2005. 140p.

ASSOCIAÇÃO DE COMBATE AO CÂNCER EM GOIÁS. **Relatório Anual 2010**. Goiânia, 2010. 71p.

ASSOCIAÇÃO DE COMBATE AO CÂNCER EM GOIÁS. **Relatório Anual 2014**. Goiânia, 2014. 103p.

ASSOCIAÇÃO DE COMBATE AO CÂNCER EM GOIÁS. **Relatório Anual 2015**. Goiânia, 2015. 105p.

ASSOCIAÇÃO DE COMBATE AO CÂNCER EM GOIÁS. **Relatório Anual 2016**. Goiânia, 2016. 96p.

ASSOCIAÇÃO DE COMBATE AO CÂNCER EM GOIÁS. **Relatório Anual 2017**. Goiânia, 2017. 142p.

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO DA ACCG. Pediatria do Hospital Araújo Jorge oferece festa junina a pacientes em tratamento, 2017. Disponível em: <http://www.accg.org.br/comunicacao/noticias/pediatria-do-hospital-araujo-jorge-oferece-festa-junina-a-pacientes-em-tratamento>. Acesso: 07 jan. 2019.

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL DO MP-GO. **Operação Biópsia**: denúncia aponta que quimioterápico era repartido para render, 2012. Disponível em: <http://www.mpg.go.br/portal/noticia/operacao-biopsia-denuncia-aponta-que-quimioterapico-era-repartido-para-render#.WvM6aci5ccA>. Acesso: 09 maio. 2018.

BRAGHIROLI, Eliane Maria; BISI, Guy Paulo; RIZZON, Luiz Antônio; NICOLETTO, Ugo. **Psicologia Geral**. 36. Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

BRASIL. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES.** Consulta>Ficha>Estabelecimentos.

Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/identificacao/5208702506815>. Acesso: 20 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Educação; organização Luiz Claudio Santos Thuler. – 2ª ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: Inca, 2012. 129p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 2015. 488p.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. **Lei nº 12372, de 22 de novembro de 2012.** Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 23 nov.2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12732.htm. Acesso em: 23 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**; Organização Mário Jorge Sobreira da Silva – 3ª ed. rev. Atual. – Rio de Janeiro: Inca, 2017. 108p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Registro de Câncer no Brasil e sua História.** Coordenador Antônio Pedro Mirra – São Paulo. 2005. 28p.

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

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**, 1ª Edição, Brasília-DF, 2015.

BRASIL. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**, 4ª Edição, Brasília-DF, 2010.

BRASIL. Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Brasília, DF. fev. 2014. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html>. Acesso em: 20 dez. 2018.

BRITO, N. T. G.; CARVALHO, R. **A humanização segundo pacientes oncológicos com longo período de internação.** *Einstein*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 221-227, 2010.

BUTTNER, Anne. **Aprendendo o dinamismo do mundo-vivido.** In: CHISTOFOLETTI, Antônio (Org.) *Perspectivas da Geografia.* São Paulo, Difel, 1985. p. 165-193.

CAPARELLI, A.B.F. (2002). **As vivências do médico diante do diagnóstico do câncer infantil** [Dissertação]. Ribeirão Preto: USP (FFCLRP).

CARLOS, Ana Fani Alessandri. **O lugar no/do mundo**. FFLCH, 2007, 85p.

CORSINI, Leonora. Migrações e êxodo constituinte. In. FERREIRA, Ademir Pacelli [et al.] Orgs. **A Experiência Migrante: entre deslocamentos e reconstruções**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010 p. 521-536.

CURADO, Olga, **CRISE e COMUNICAÇÃO. Crise de imagem, uma morte anunciada**. <http://criseecomunicacao.blogspot.com.br/2009/03/crise-de-imagem-uma-morte-anunciada.html>. Acesso em: 28 abr. 2018.

DANTAS, Sylvia D. Culturas em xeque e o desafio psicológico de ser entre dois mundos: biculturalismo entre Brasil e Japão. In. FERREIRA, Ademir Pacelli [et al.] Orgs. **A Experiência Migrante: entre deslocamentos e reconstruções**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010 p. 19-38.

Direitos Humanos. 4ª ed. Brasília: **Senado Federal**, Coordenação de Edições Técnicas, 2013. 441p.

DORTIER, Jean-François. Dicionário de Ciências humanas. 1º ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

Em Goiânia, há mais usuários do SUS do que habitantes. **Jornal O Popular**, Goiânia, 11 jan. 2012.

FERNANDES, Rubem César. **Privado, porém Público: o terceiro setor na América Latina**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Dumará, 1994.

FERREIRA, Ademir Pacelli [et al.] Orgs. **A Experiência Migrante: entre deslocamentos e reconstruções**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010 p. 19-38.

GASTALDI, J. Petrelli. **Elementos de Economia Política**: 19º ed. São Paulo: Ed. Saraiva, 2005.

GERRIG, Richard J; ZIMBARDO, Philip G. **A Psicologia e a Vida**. Trad. Roberto Cataldo Costa. – 16. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2005.

GOIÁS. Secretaria de Gestão e Planejamento. Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos – IMB. **Migração em Goiás entre 2005 e 2015**. Goiânia. 2017. 20p.

HISSA, Cássio Eduardo Viana; CORGOSINHO, Rosana Rios. **Recortes de lugar** Geografias: Revista do Departamento de Geografia, UFMG – Belo Horizonte, v. 2, n.1, p. 7- 21, jan/jun 2006.

HOSPITAL ARAÚJO JORGE – ACCG – ASSOCIAÇÃO DE COMBATE AO CÂNCER EM GOIÁS. **Voluntariado**. Disponível em: <http://www.accg.org.br/unidades/hospital-araujo-jorge/assistencia-social-e-voluntariado>. Acesso: 21 de mar. 2018.

HOSPITAL ARAÚJO JORGE – ASSOCIAÇÃO DE COMBATE AO CÂNCER EM GOIÁS. **Instituto de Ensino e Pesquisa**. Disponível em: <http://www.accg.org.br/unidades/instituto-de-ensino-e-pesquisa/sobre-o-iep>. Acesso: 26 dez. 2018.

HOSPITAL ARAÚJO JORGE – ACCG – ASSOCIAÇÃO DE COMBATE AO CÂNCER EM GOIÁS. **Institucional**. Disponível em: <http://www.accg.org.br/institucional/estrutura-organizacional>. Acesso: 17 de abr. 2018.

HOSPITAL ARAÚJO JORGE – ACCG – ASSOCIAÇÃO DE COMBATE AO CÂNCER EM GOIÁS. **Estatuto Social**: Associação de Combate ao Câncer em Goiás de 25 de junho de 2014. Disponível em: <http://www.accg.org.br/uploads/arquivos/843b196452bff8895074f20ed23091b1.pdf>. Acesso: 17 abr. 2018.

HOLZER, Werther. **Uma discussão fenomenológica sobre os conceitos de paisagem e lugar, território e meio ambiente**. Revista Território, v. 2, n. 3, p. 77-85, jul./ dez. 1997.

HOLZER, W. **O conceito de lugar na geografia cultural-humanista**: uma contribuição para a geografia contemporânea. GEOgraphia, Niterói, v. 5, n. 10, p. 113-123. 2003.

HOUAISS, A; VILLAR, Mauro de Salles. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

Justiça condena envolvidos em esquema de desvio de verba do Araújo Jorge, em Goiânia. **Jornal O Popular**, Goiânia, 07 nov. 2018, Vida Urbana.

KRZYNARIC, Roman. **O poder da empatia**: a arte de se colocar no lugar do outro para transformar o mundo/Roman krznic; tradução Maria Luiza X. de A. Borges. – 1º ed. – Rio de Janeiro: Zahar, 2015.

LABATE, R. C.; CASSAROLA, R. M. (1999). **A escolha do profissional de saúde em trabalhar com pacientes mastectomizadas**. Revista Brasileira de Psiquiatria, 21 (2) : 101-5.

LOWENTHAL, David. Geografia, experiência e Imaginação: Em direção a uma epistemologia geográfica. In: CHRITOFOLETTI, Antônio. **Perspectivas da Geografia**. São Paulo: DIFEL, 1985. p. 103-141.

Mais usuários de saúde pública do que população em Goiânia. **Jornal O Popular**, Goiânia, 23 set. 2017, Vida Urbana.

MARANDOLA JR, Eduardo. **Arqueologia fenomenológica**: em busca da experiência. Terra Livre. Goiânia. Ano 21, v. 2, n.25 p. 67-79. jul-dez/2005.

MARTINS, J. S. **Não há terra para plantar neste verão**. 1 ed. Petrópolis: Vozes, 1984. v.1 112p.

MAFEI, Maristela. **Assessoria de Imprensa**: como se relacionar com a mídia. 3. ed. São Paulo: Contexto, 2008.

Medo de perder atendimento. **Jornal O Popular**, Goiânia, 23 set. 2017, Vida Urbana.

MELLO, João Baptista Ferreira de. **Geografia Humanística: A Perspectiva da Experiência Vivida e uma Crítica Radical ao Positivismo.** In: Revista Brasileira de Geografia. Rio de Janeiro: IBGE, 1990. p. 91-115.

MELLO, Inaiá Monteiro. **Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais.** São Paulo, 2008.

MILONE, Paulo César. **População e Desenvolvimento: Uma análise econômica.** São Paulo. 1991.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. **O legado da pesquisa qualitativa.** Universidade Federal do Rio de Janeiro. In: 6º Simpósio Internacional de Educação e Comunicação – SIMEDUC. Rio de Janeiro. 2015. Disponível em: <http://geces.com.br/2015/08/video-da-palestra-o-legado-da-pesquisa-qualitativa/>. Acesso em: 08 de jan. 2018.

MORAES, Antônio Carlos R. **Território e História no Brasil.** São Paulo: HUCITEC, 2002.

NOGUEIRA, Amélia Regina Batista. Uma interpretação fenomenológica na geografia. In: SILVA, Aldo A. Dantas da; GALENO, Alex. (Orgs). **Geografia: ciência do complexus: ensaios transdisciplinares.** Porto Alegre; Sulina, 2004.

NOGUEIRA, Amélia Regina Batista. **Uma interpretação fenomenológica na Geografia.** In: X Encontro de Geógrafos da América Latina, 2005, São Paulo. Anais do X Encontro de Geógrafos da América Latina. São Paulo, 2005, p. 10.243-10.262. Disponível em: <http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal10/Teoriaymetodo/Metodologicos/11.pdf> . Acesso em: 22 de jun. 2018.

OLIVEIRA, I. J. de; ROMÃO, P. de A. **Linguagem dos mapas: cartografia ao alcance de todos.** Goiânia: Editora UFG, 2013. 126p.

OLIVEIRA, José Linaldo de. **Um ombro amigo: ajuda que vem do lado.** Recife: Ideias e Impressões, 2015.

Opositores Assumem entidade. **Jornal O Popular**, Goiânia, 14 fev. 2012. p. 4.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Dia Mundial da Saúde 2018/Saúde universal: para todos, em todos os lugares.** Brasília, OPAS/OMS; 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5620:dia-mundial-da-saude-2018-saude-universal-para-todos-em-todos-os-lugares&Itemid=1036. Acesso em: 22 jan. 2019.

PEDRO, H. A. et al. **Arte de Viver – Poesia e Pinturas – Transplantes.** São Paulo: RV Mais – Promoção e Eventos, 2009, p.19.

PERDIGÃO, Francinete e BASSEGIO, Luiz. **Migrantes amazônicos. Rondônia: a trajetória da ilusão.** São Paulo: Loyola, 1992.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

POZZOBON, E.A. **A filantropia** – uma ação gratuita de associações constituídas e legisladas pelo Código Civil, sob a proteção da constitucionalidade da constituição: Santa Maria: Palloti, 2003.

RAMOS, M. **Métodos quantitativos e pesquisa em ciências sociais: lógica e utilidade do uso da quantificação nas explicações dos fenômenos sociais**. Mediações, Londrina, v. 18, n. 1, p. 55-65, 2013.

REDOME, Instituto Nacional do Câncer. **Hemocentros do Brasil**. Disponível em: <http://redome.inca.gov.br/campanhas/hemocentros-do-brasil/>. Acesso em: 03 de out. 2018.

RIBEIRO, Darcy. **O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil** / Darcy Ribeiro. - São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

RIOS, Izabel Cristina. **Caminhos da Humanização na Saúde: prática e reflexão**. São Paulo: Áurea Editora, 2009.

RODRIGUES, Adyr A. Balastrieri. **Espaços de turismo e de lazer urbano** – uma leitura geográfica. Revista Aportes y Transferências, v. 1, p. 22-42, 2007.

ROSA, R. **Geotechnologiesonappliedgeographie**. In: Revista do Departamento de Geografia, n. 16, 2005, p. 81-90.

SANTOS, Ana M. G. **Transplante de Células Tronco Hematopoéticas**, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Ana_Gualberto_transplante_celulas_tronco.pdf. Acesso em: 03 out. 2018.

SANTOS, Milton e SILVEIRA, María Laura. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro, São Paulo: Record, 2001.

SANTOS, Milton. **Da Totalidade ao Lugar**. São Paulo. Editora Universidade de São Paulo, 2005, 176p.

_____. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção**, 4ª Ed. São Paulo. Editora Universidade de São Paulo, 2014, 392p.

_____. **O Espaço Dividido: os dois circuitos da economia urbana dos países subdesenvolvidos**, 2ª ed. São Paulo. Editora Universidade de São Paulo, 2008.

SILVA, Gilmar Elias Rodrigues da. **Migrações, Negociações Espaciais e a Dinâmica Demográfica de Valparaíso de Goiás – GO: rupturas e continuidades**. 2017. 345 f. Tese (Doutorado em Geografia). Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, 2017. Disponível em: <http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/8233> Acesso em: 20 jul. 2018.

SILVA, Lucia Cecilia da. **O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao paciente de câncer**. Psicol. Am. Lat., México, n. 16, jun. 2009. Disponível em: <https://bit.ly/2YYw1wi> Acesso em: 20 mar. 2019.

SBTMO – Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea. **Saiba mais sobre transplantes**. Disponível em: <http://www.sbtmo.org.br/saiba-mais-sobre-transplantes.php> . Acesso em: 23 ago. 2018.

Suporte para lidar com a dor. **Jornal O Popular**, Goiânia, 03 dez. 2018, Saúde, p. 13.

SUS oferece tratamentos de ponta a pacientes com câncer; confira os hospitais referência. **Jornal Tribuna Ribeirão**, Ribeirão Preto, SP, 6 de fev. 2018. Disponível em: <https://www.tribunaribeirao.com.br/site/sus-oferece-tratamentos-de-ponta-a-pacientes-com-cancer-confira-os-hospitais-de-referencia/> . Acesso em: 21 ago. 2018.

TUAN, Yi-Fu. *Paisagens do medo*. Tradução Lívia de Oliveira. São Paulo: Editora UNESP, 2005. [1979]

_____. Geografia humanística. In: CHRISTOFOLETTI, Antônio (Org.) **Perspectivas da Geografia**. São Paulo: Ed. Difel, 1985. p. 143-164.

_____. **Espaço e lugar: a perspectiva da experiência**. Tradução de Lívia de Oliveira. São Paulo: Ed. Difel, 1983.

_____. **Topofilia: um estudo da percepção, atitudes e valores do meio ambiente**. Tradução de Lívia de Oliveira. São Paulo: Ed. Difel, 1980, 288p.

União para Salvar hospital de combate ao câncer em Anápolis. [novembro 2018]. **Jornal O Popular**. Goiânia, 27 de novembro de 2018. Disponível em: <https://www.opopular.com.br/busca?q=uni%C3%A3o+para+salvar+hospital+de+combate+ao+c%C3%A2ncer+em+An%C3%A1polis&pbdate=>. Acesso em: 26 dez. 2018.

VIANA, Nildo. Migrantes criam suporte para vinda de parentes e amigos. [setembro 2012]. **Jornal O Popular**. Goiânia, 24 de setembro de 2012. Disponível em: <https://www.opopular.com.br/busca?q=Migrantes+criam+suporte+para+vinda+de+parentes+e+amigos>. Acesso em: 20 dez. 2018.

VOLTARELLI, J. C. **Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

VÁSQUEZ, Ruth Peralta. Identidade de marca, gestão e comunicação. *Revista Organicom*, [S.l.], v. 4, n. 7, p. 198-211, fev. 2011. ISSN 2238-2593. Disponível em: <<http://www.revistaorganicom.org.br/sistema/index.php/organicom/article/view/119>>. Acesso em: 09 mar. 2018.

WHO (World Health Organization) 1946. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. WHO. Geneva

MÚSICA

GIL, Gilberto; MORAIS, José Domingos de. **Lamento Sertanejo**. In: GIL, Gilberto. Refazenda. Rio de Janeiro: Warner Music, 1975. 1 CD.

FILME

PATCH ADAMS . **O amor é contagioso**. Direção: Tom Shadyac. Roteiro: Steve Oedekerk. Produção: Universal Studios. EUA, 1998. (115 min.)

SITES CONSULTADOS:

- <https://www.sinonimos.com.br> Acesso em: ago. 2018
- <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/ostomizados/1853/15/> Acesso em: set. 2018
- <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/o-que-e-metastase/7478/889/> Acesso em: dez. 2018
- <https://www.inca.gov.br/onde-tratar-pelo-sus> Acesso em: dez. 2018
- <https://psicoativo.com/2016/12/psicologia-existencial-principios-e-historia-do-movimento.html> Acesso em: dez. 2018
- <http://g1.globo.com/goias/videos/v/pacientes-e-funcionarios-dao-abraco-simbolico-no-hospital-araujo-jorge-em-goiania/5273438/> Acesso em: dez. 2018
- <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/atencao-domiciliar> Acesso em dez. 2018
- <http://www.accg.org.br/comunicacao/noticias/associacao-sade--alegria-seleciona-volunt>. Acesso em jan. 2018

APÊNDICES

APÊNDICE A - Histórias de vidas vivenciadas por voluntários do HAJ

Otoniel (voluntário): E... o Boaz, eu não sei exatamente quantos meses ele tinha quando ele veio pra cá, eles são de Cobija, na Bolívia, é bem próximo do Acre, então eles vieram para o Acre e o Joaz pai, veio para trabalhar numa madeireira no Acre, lá o menino começou a passar mal, eles começaram a perceber que alguma coisa não tava certa, tentaram ir pra Bolívia e não tiveram atendimento médico, aí vieram pra Rio Branco e a situação foi piorando, lá a Maria, que é a mãe dele conheceu uma médica que disse: “olha, leva esse menino pra Goiânia senão ele vai morrer. Leva ele pra Goiânia.” E ela veio, a família ficou lá, ficou o pai e mais 2 filhas, era a Júlia e a Alice, né, porque a Sofia nasceu aqui e o Boaz tinha vindo com a mãe, então o pai ficou com as 2 filhas lá. E eles vieram pra cá. Aqui eles não tinham familiares, não tinham parentes, não tinham ninguém e... como até eu comentei com você, teve um dia que ele ficou internado, ele deu uma melhorada e ai médica falou “agora você tá de alta” e ela saiu da pediatria, só que ela saiu da pediatria e veio aqui pra recepção, pra saída do hospital sentou-se ali e disse: “E agora? Eu vou pra onde? Pra casa de quem? Eu vou pra onde?”. Ela não tinha pra onde ir, a alternativa foi chorar, ela começou a chorar e com a criança nos braços, chorando, nisso uma médica que tinha saído pra resolver algumas coisa fora tava voltando, conhecia o bebê, o Boaz, e ai perguntou: “o que que tá acontecendo, porque você tá chorando?” E ela disse “olha eu recebi alta, mas eu vou pra onde? Eu não tenho pra onde ir”. E a médica falou “não, nós vamos arrumar isso.” Ela voltou na pediatria, conversou com a assistente social, ligaram na casa de apoio São Luiz, ai ela foi levada pra casa de apoio São Luiz, a condução veio e levou os dois pra casa de apoio São Luiz. E ela continuou com o tratamento com o Boaz, eu não sei quanto tempo depois, o pai veio pra cá, porque como ela não tinha como voltar, o tratamento era longo, o pai veio com as outras duas crianças, eles alugaram uma casa aqui e ficaram morando aqui. Ai ela saiu da casa de apoio São Luiz, porque lá só podia ficar o paciente e 1 acompanhante, aí eles passaram a morar de aluguel, arrumaram uns amigos aqui, que o pai dessa médica que viu ela chorando, o pai dela resolveu apadrinhar a família e ele deu uma casa pra eles morarem, começou a ajudar financeiramente e assim as situações foram caminhando, foram melhorando e tudo. Mas ai chegou um ponto que precisava de um transplante de medula, ai fizeram exame na família e encontraram a Júlia, compatível e ai foi onde eu conheci a família. Foi quando eles desceram da pediatria pro setor de transplantes, ai foi que eu conheci a família, porque eu fazia contato com eles no ambulatório e quando eles vieram pra consulta no ambulatório nós tivemos o primeiro contato.

Ai eu comecei acompanhar, acompanhei a coleta de medula, acompanhei o transplante do Boaz e ai a gente começou a caminhar com eles. O Boaz teve alguns altos e baixos, teve luta com rejeição e... a situação foi caminhando, e ele foi crescendo, melhorando, desenvolvendo. Só que ai chegou num outro momento que eles tiveram dificuldades porque ai eles estavam ilegais no país. Só que ai nós descobrimos que tinha um acordo no Mercosul que facilitava a legalização deles no país. Ai nos gastamos em torno de 4 anos pra conseguir a legalização deles, a gente arrumou os documentos. Conseguiu depois de 2 anos os documentos provisórios e eles ficaram com esse documento e ai depois do final desses 2 anos eles tinham que arrumar nova documentação pra pegar o documento definitivo. Ai a gente conseguiu, fomos algumas vezes em Brasília, na embaixada da Bolívia, não nos atenderam muito bem, a gente praticamente perdeu nosso tempo lá, foram na Bolívia conseguiram os documentos e ai conseguiram legalizar, hoje eles estão legalizados no país. Só que o meu relacionamento com eles é... vai além do hospital. Eu conheço a casa deles, eu conheço a família deles e ai convidei minha esposa pra visita-los, a minha esposa se apegou também com eles e ai chegou a época de aniversário e a gente ia fazer aniversário e ai eu convidei a minha filha com meu genro, ai participaram do aniversário, depois teve um outro aniversário de outro deles, porque ai uma coisa que chama a atenção é que quando você comemora o aniversário do paciente, os irmãos começam a cobrar, porque tudo fica sendo só pro paciente. Já ouve um caso de um irmãozinho falar pra mim assim: “agora em casa tudo é pra minha irmã, ninguém comemora meu aniversário, tudo é pra minha irmã.” Ai nós falamos, “o ano que vem nós vamos fazer o seu aniversário também”. Então num desses aniversários eu levei minhas netas, meu filho, minha nora. E até hoje a gente continua junto. Isso já se passou... parece que 12, 11 anos desse transplante. Boaz tá muito bem, tá muito bem. A única coisa que ele vai ter que tomar, parece que pro resto da vida são hormônios, por causa da mudança de idade, tem algumas questões, mas tá muito bem, estudando. A irmã já se formou, é pedagoga hoje, tá trabalhando numa escolinha aqui perto da [...]. E a família tá na luta aqui, compraram um terreno, tavam lutando pra pagar esse terreno pra construir a casa deles. Agora, a Júlia, que é a doadora está se preparando pra casar, nasceu uma outra brasileirinha, porque tinha 3 filhos Bolivianos ai nasceu a Sofia em 2009 e agora nasceu a Glória e a família tá ai na luta. A mãe tem um curso de técnica de enfermagem, mas o diploma dela aqui não é reconhecido, ela tem que passar por um processo pra ser regularizado. Ela trabalha em serviços gerais na [...] e o pai trabalha atualmente, ele trabalhava de pedreiro, mas o serviço parou e ele tá trabalhando lá no [...]. Trabalha no [...] ajudando em um daqueles boxes lá.

Rosilda (voluntária): *Rebeca, ela veio tratar aqui quando criança ainda. Acho que devia ter 8 anos por aí, e ela sobreviveu até os 22, essa menina ela tratava aqui e ela era de fora, da Bahia, e ela vinha tratava e ia embora, vinha, tratava e ia embora, esses retornos sempre né. E durante essa, uma das vindas dela, ela devia estar com 11 anos por aí, foi quando eu comecei a trabalhar aqui, e eu fiquei conhecendo ela. Ela se sentia absolutamente acolhida pelo hospital sempre! No atendimento dos profissionais, dos funcionários de limpeza, dos voluntários com um todo. Ela se sentia em casa, mas ela tinha casa para voltar. Mas num dado momento, do tratamento, ela ficou por aqui, porque o tratamento se tornou um tratamento paliativo, ela ficou por muito tempo ela quase não voltava para casa mais. E a essa altura, nessas alturas o pai que a acompanhava, deixou de acompanhar por dois motivos: falta de interesse e pelo interesse dele exacerbado nos resultados bons que ele tinha aqui, entendeu?[...]. E ela vinha só, ela já tava mocinha e ela vinha só. E eu adotei essa menina, né. E é interessante que assim, nesse relacionamento durante o esse tratamento ela ficou ainda cinco anos curada. Curada, totalmente fora de tratamento, ela só vinha para os retornos, de repente sumiu a mancha do pulmão, de repente sumiu tudo. E foi muito bom, foi uma experiência muito boa que ela teve. E eu acredito que Deus deu para ela de presente mais 5 anos né. Porque não tinha menor possibilidade, Um dia a médica dela falou pra mim, “olha Rosilda agora é só esperar”, e de repente ela faz exames não tinha nada. E realmente ficou muito bem, começou a trabalhar fora, o povo dela, eles eram baianos mas não tinha parada né, aí na época ela foi para São Paulo e lá ela trabalhou numa floricultura, daquele plantios de plantas, de flores, trabalhou e tal. E sempre fazendo retorno. De repente, num dos retornos ela não tava se sentindo bem e veio antes do tempo. E fez o exame e tinha voltado tudo. Aí ela falou: “é tia, agora eu sei que não é pra cura mais, eu sei que agora é o fim”. E daí ela já ficou morando comigo, na minha casa, entendeu? Num dos momentos de... de conversas nossa, ela falou: “tia, eu não tenho nada do que reclamar, eu sempre fui muito bem atendida em todos os setores do hospital. Eu só tenho a agradecer a Deus, o povo as vezes fala assim: “nossa, mas você sofre tanto, e eu não sofro, as dores me fazem, me incomodam, mas eu não sofro. Porque eu tenho remédio para dor à vontade, eu tenho as coisas do curativo que eu preciso” (paciente). Porque ela tinha uma ferida muito grande nas costas, “eu tenho as coisas do curativo, tenho roupa, eu tenho o melhor da comida, vários voluntários me ajudavam, várias pessoas” (paciente). A igreja me ajudava a sustentar ela do bom e do melhor, com o bom e melhor, entendeu? Então não faltava nada para ela e foi isso que ela deixou bem claro para mim, né? E ela morreu em casa sendo assistida por médico. O médico ia lá em casa, que é o pessoal do GAPPO, eles iam lá pra visita-la, pra*

dar assistência. Então assim, ela deixou isso bem claro, que ela sempre foi muito bem atendida, ela se sentiu em casa o tempo, e acolhida todo tempo, amada. Essa foi uma história.

APÊNDICE B – Unidades dos Hemocentros com Cadastro de Doadores de Medula Óssea no Brasil

Unidades federativas	Hemocentros
Acre	Hemoacre
Amapá	Hemoap
Amazonas	Fhemoam
Pará	Fundação Hemopa
Rondônia	Fhemeron Uct de Ji Paraná
Roraima	Hemocentro de Roraima
Tocantins	Unidade de Coleta de Transfusão Augustinópolis Hemocentro Coordenador de Palmas Hemocentro Regional de Araguaína Núcleo de Hemoterapia de Gurupi
Alagoas	Hemocentro de Alagoas – Hemoal
Bahia	Hemoba
Ceará	Hemoce
Maranhão	Centro de Hematologia e Hemoterapia do Maranhão
Paraíba	Hemocentro Coordenador Paraíba
Pernambuco	Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco Hemocentro Regional Caruaru Hemocentro Regional De Garanhuns Núcleo de Hemoterapia Regional Arcoverde Núcleo de Hemoterapia Regional Ouricuri Núcleo de Hemoterapia Regional Petrolina Núcleo de Hemoterapia Regional Salgueiro Núcleo de Hemoterapia Regional Serra Talhada
Piauí	Hemopi
Rio Grande Do Norte	Hemonorte Hemovida
Sergipe	Hemose
Distrito Federal	Fundação Hemocentro de Brasília
Goiás	Hemocentro de Goiás
Mato Grosso	Mt Hemocentro
Mato Grosso Do Sul	Hemosul
Espírito Santo	Hemoes
Minas Gerais	Núcleo Regional de Patos De Minas Nucleo Regional de Ponte Nova Nucleo Regional de Pouso Alegre Nucleo Regional de São João Del Rei Nucleo Regional de Sete Lagoas Posto de Coleta de Betim Hemominas Unidade de Coleta e Transfusão de Além Paraíba Hemominas Unidade de Coleta e Transfusão Hjk Fundação Hemominas – Administração Central

continua

continuação

	<p>Fundação Hemominas de Belo Horizonte Hemocentro Regional de Juiz De Fora Hemocentro Regional de Montes Claros Hemocentro Regional de Uberaba Hemocentro Regional de Uberlândia Hemominas de Governador Valadares Hemominas de Ituiutaba Hemominas Passos Hemominas Poços de Caldas Núcleo Regional de Diamantina Hemominas Núcleo Regional de Manhuaçu</p>
Rio de Janeiro	<p>Núcleo de Hemoterapia do Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ Banco De Sangue Do Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes Da Silva</p>
São Paulo	<p>Hemocentro de Ribeirão Preto Hemonúcleo de Santos Hemonúcleo de Bauru Hospital Amaral Carvalho Hospital de Cancer de Barretos Hospital Regional de Assis Hospital São Paulo de Ensino da Unifesp São Paulo Nucleo de Atendimento a Comunidade Farmácia Araraquara Colsan Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto Hemocentro da Faculdade de Medicina de Marilia Hemocentro da Santa Casa de São Paulo/laboratório de Histocompatibilidade Hemocentro de Botucatu Hemocentro de Campinas/ Unicamp</p>
Paraná	<p>Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná Unidade de Coleta e Transfusão de Toledo HemeparCornelioProcopio Hemepar Curitiba Hemepar Guarapuava Hemepar Irati Hemepar Jacarezinho HemeparParanagua Hemepar Ponta Grossa HemeparTelemaco Borba Hemepar Umuarama Hemobanco – Curitiba Hemocentro Regional de Cascavel Hemocentro Regional de Maringá Hemonúcleo de Foz do Iguaçu Hemonúcleo Regional de Francisco Beltrão Hemonúcleo Regional de Paranaíba Hospital de Clínicas – Ufpr Hospital Erasto Gaertner</p>

continua

continuação

	Assims Banco de Sangue Na Santa Casa Cisvali Consortio de Saude – Cianorte Hemepar Apucarana Hemepar Campo Mourao
Rio Grande Do Sul	Hemosar Hospital Conceição Hospital de Clínicas de Porto Alegre Hemocentro Regional de Alegrete Hemocentro Regional de Caxias Do Sul Hemocentro Regional de Cruz Alta Hemocentro Regional de Palmeira Das Missoes Hemocentro Regional de Santa Maria Hemopasso Hemocentro Regional de Passo Fundo Hemopel Hemorgs
Santa Catarina	Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina

Fonte: REDOME

Elaborado por Sara Pereira de Deus/2018.

conclusão

APÊNDICE C – Entrevista semiestruturada com os participantes da pesquisa

ENTREVISTA COM O PACIENTE

Data da entrevista: ____/____/____

1. Participante: _____

2. Sexo: () masculino () feminino

3. Nível de Escolaridade:

() Ensino Fundamental incompleto

() Ensino Fundamental completo

() Ensino Médio incompleto

() Ensino Médio completo

() Ensino Superior incompleto

() Ensino Superior completo

4. Profissão: _____

5. Onde você nasceu: _____

6. Seu lugar de origem de moradia: _____

7. Quanto tempo você está em Goiânia para fazer o tratamento?

8. Quais foram os procedimentos para sua internação ou início do tratamento no Hospital Araújo Jorge? Houve dificuldades? Quais?

9. Qual a impressão geral do hospital e seu funcionamento?

10. O que este lugar/hospital representa pra você? Neste momento o hospital é o lugar do seu tratamento. Como é a sua relação com os profissionais de saúde no dia a dia?

11. Você como migrante o que mais sente falta do seu lugar de origem? O que poderia ser feito aqui no hospital para minimizar/diminuir a falta do seu lugar de origem? Cultural ou nutricional.

12. Destaque alguns aspectos que contribuem para a humanização hospitalar¹:

() Carinho

() Passar força

() Simpatia/sorriso

() Qualidade no atendimento

() Interesse

() Realizar trabalhos voluntários

() Privacidade do paciente

() Responsabilidade

() Pronto atendimento

() Tom de voz

() Respeito

() Tratamento diferenciado

() Aproximação ao paciente

() Vínculo

() Manter os mesmos profissionais

() Compreensão

13. Destaque alguns aspectos que dificultam a humanização hospitalar²:

() Mau humor

() Dificuldade de relação

() Barulho

() Falta de contato

() Não ser atendido

() Medo de se aproximar do paciente

() Falta de respeito

() Não olhar nos olhos

() Ser maltratado

14. Acha possível através do tratamento humanizado no ambiente hospitalar você “sentir-se em casa longe de casa?”

¹Questão adaptada - Quadro 4 (p. 224) – referência: Brito NTG, Carvalho R. A humanização segundo pacientes oncológicos com longo período de internação. Einstein. 2010;8(2pt1):221-7.

²Questão adaptada - Quadro 5 (p. 224) – referência: Brito NTG, Carvalho R. A humanização segundo pacientes oncológicos com longo período de internação. Einstein. 2010;8(2pt1):221-7.

ENTREVISTA COM O PROFISSIONAL DA SAÚDE

Data da entrevista: ____/____/____

1. Participante: _____
2. Sexo: () masculino () feminino
3. Nível de Escolaridade:
() Ensino Médio Técnico () Ensino Superior completo
() Pós-Graduação
4. Profissão: _____
5. Quanto tempo trabalha na função:
() 1 a 5 anos () 6 a 10 anos
() 11 a 15 anos () 16 a 20 anos
() mais de 20 anos
6. O que você entende por humanização no atendimento hospitalar?
7. Quais os fatores que contribuem para concretização do atendimento humanizado?
8. Quais orientações prévias que você recebeu de como prestar um atendimento humanizado?
() Formação acadêmica () Cursos ofertados pelo local de trabalho
() Cursos externos por conta própria () Aprendeu com a convivência no ambiente hospitalar
9. Segundo a Política Nacional de Humanização o tratamento humanizado está diretamente relacionado com: gestão, profissional da saúde e usuários. Para você, qual o papel de cada um neste contexto hospitalar?
10. Qual a importância do tratamento humanizado para o paciente oncológico?
11. Você acredita que o tratamento humanizado contribui para o restabelecimento da saúde do enfermo?
12. Por algum momento na vida o sujeito necessite de cuidados prolongados no ambiente hospitalar (paciente migrante transplantado). É possível que esse paciente migrante “sinta-se em casa longe de casa” no ambiente hospitalar?
13. É possível um paciente migrante (re)significar este lugar/hospital através do tratamento humanizado? Visto que eles trazem na sua bagagem memorial “coisas” de sua origem.
14. Como você relaciona a humanização e a sua atividade profissional?
15. Cite três elementos ou mais que você considera facilitadores para o paciente migrante transplantado (re)significar o lugar/hospital, ou seja, ter um olhar positivo do lugar.
16. Conta-me uma história vivenciada no Hospital Araújo Jorge que você tenha percebido por algum momento o paciente migrante “sentiu-se em casa longe de casa”.

ENTREVISTA COM O VOLUNTARIADO

Data da entrevista: _____/_____/_____

1. Participante:

2. Sexo: masculino feminino

3. Nível de Escolaridade:

- Ensino Fundamental incompleto Ensino Fundamental completo
 Ensino Médio incompleto Ensino Médio completo
 Ensino Superior incompleto Ensino Superior completo
 Pós-Graduação

4. Quanto tempo você trabalha na função de voluntariado no Hospital Araújo Jorge:

- 1 a 5anos 6 a 10anos
 11 a 15anos 16 a 20anos
 mais de 20anos

5. O que motivou a ser voluntário (a) no Hospital Araújo Jorge?

6. Como é a sua atividade de voluntário (a) no Hospital Araújo Jorge?

7. Que ações realizadas no Hospital Araújo Jorge que você considera como atitudes humanizadoras?

8. Como você relaciona a humanização e a sua atividade de voluntário (a)?

9. Você acha possível que o paciente que passa mais tempo no hospital consiga aos poucos, resgatar a sensação de “sentir-se em casa”, mesmo estando longe de casa?

10. Você consegue se lembrar de algum fato vivenciado por um paciente que retrate a situação da pergunta anterior?

APÊNDICE D - Termos de Consentimento Livre e Esclarecido

Página 1 de 5

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE AO PACIENTE

Titulo do estudo: Hospital Araújo Jorge: a Humanização e a (Re)significação do Lugar pelo Paciente Migrante Transplantado (2011-2017)

Pesquisador(a) responsável: Sara Pereira de Deus

Endereço residencial:

Endereço do e-mail: sarageografa@hotmail.com

Telefone(s) do(a) pesquisador(a) responsável para contato:

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “Hospital Araújo Jorge: a Humanização e a (Re)significação do Lugar pelo Paciente Migrante Transplantado (2011-2017)”. Meu nome é Sara Pereira de Deus, sou a pesquisadora responsável e minha área de atuação é em Ciências Humanas (Geografia). Atualmente aluna do curso de Pós-Graduação Territórios e Expressões Culturais no Cerrado/TECCER (nível mestrado) da Universidade Estadual de Goiás (UEG). Informo que eu enquanto pesquisadora devo responder a todas as suas dúvidas antes que você decida a participar desta pesquisa. É importante que fique claro que você tem o direito de não aceitar participar da pesquisa e de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito. Após ler com atenção este documento e ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine em todas as folhas e ao final deste documento, que está em duas vias e também será assinado por mim, pesquisadora, em todas as folhas. Uma das vias é sua e a outra é minha. Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a minha pessoa através dos contatos disponíveis acima neste documento. Em caso de dúvidas sobre seus direitos como participante desta pesquisa e sobre a condução ética do estudo, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UEG) situado na Br 153 Km 99, Quadra Área - Anápolis-GO, CEP: 75132-903, Telefone: 62 3328-1439 / 62 99169-2257 e E-mail: cep@ueg.br ou você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Combate ao Câncer em Goiás, no telefone: 3243-7050 ou no endereço: Rua 239 nº 206 2º andar – Edifício Albergue Filhinha Nogueira – Setor Leste Universitário. Horário de atendimento: 8:00 às 17:00 horas, de segunda à sexta.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável: _____

Campus Anápolis de Ciências Socioeconômicas e Humanas (62) 3328-1188

Av. Juscelino Kubitschek n. 146, Bairro Jundiá,

teccer@ueg.br www.ccseh.ueg.br

CEP: 75.110-390. Anápolis – GO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A PESQUISA:

O Título deste estudo é: Hospital Araújo Jorge: a Humanização e a (Re)significação do Lugar pelo Paciente Migrante Transplantado (2011-2017)

Justificativa: A importância de se estudar esse tema é verificar como está sendo realizado o atendimento aos pacientes migrantes transplantados diante do enfrentamento da doença, a sua acolhida no Hospital Araújo Jorge (HAJ) e a ressignificação desse novo lugar, ou seja, como o tipo de atendimento humanizado do hospital, te ajuda a dar novo significado a esse novo lugar, como sendo em algum momento, a sua segunda casa.

Objetivos:

1. Descrever a história do Hospital Araújo Jorge a sua importância para Goiás e para os outros estados, assim como analisar a sua estrutura de atendimento ao paciente oncológico;
2. Identificar o local de origem dos pacientes migrantes atendidos pelo hospital, destacando as razões que o conduziram ao atendimento nesta unidade de saúde;
3. Analisar como ocorre o processo de (re)significação do lugar/hospital por esse paciente e a expressão disso no seu cotidiano hospitalar.

Procedimentos utilizados da pesquisa ou descrição detalhada dos métodos:

Obs.: A forma que utilizarei para a coleta de informações deste estudo será uma entrevista semiestruturada e para você entender melhor, essa entrevista é uma conversa, que se baseia em perguntas abertas que farei, buscando identificar os conhecimentos dos profissionais da saúde e voluntários sobre as práticas humanizadoras empregadas no HAJ e no atendimento domiciliar, bem como quais as formas de comunicação pela qual tiveram/tem acesso a essas informações. Quanto aos pacientes (migrantes, transplantados, adultos e alfabetizados) hospitalizados ou não hospitalizado que estão em tratamento/acompanhamento hospitalar pós-transplante (no caso você), utilizaremos a entrevista semiestruturada, com intuito de analisar como está sendo executado na prática esse atendimento humanizado (sentido de cuidado) e como esse tratamento vem refletindo no seu cotidiano hospitalar como forma de (re)significar o lugar, ou seja, dar um novo sentido a esse lugar/hospital de forma afetiva. Ainda assim, outros mecanismos poderão nos auxiliar na pesquisa, tais como: diário de campo e uso de gravações, enquanto recursos de registro. Somente após a assinatura deste termo será realizada a entrevista. As entrevistas serão gravadas, para posteriormente serem

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável: _____

Campus Anápolis de Ciências Socioeconômicas e Humanas (62) 3328-1188
Av. Juscelino Kubitschek n. 146, Bairro Jundiá, teccer@ueg.br www.ccseh.ueg.br
CEP: 75.110-390. Anápolis – GO

transcritas e analisadas. Nenhum registro fotográfico/filmagem será realizado. Vale ressaltar que a sua opinião será um dado importante para a fundamentação da pesquisa.

(.....) Permito a divulgação da minha imagem/voz/opinião nos resultados publicados da pesquisa;

(.....) Não permito a publicação da minha imagem/voz/opinião nos resultados publicados da pesquisa.

Benefícios: É importante que fique claro para você que a intenção desse estudo é de cunho social, mas também de: contribuir, possibilitar, disseminar e concretizar a criação de atitudes de humanização igualitária, solidária e crítica entre as pessoas envolvidas (gestores, profissionais da saúde, voluntários e pacientes) nas unidades de saúde. E que através do tratamento humanizado no Hospital Araújo Jorge o paciente migrante transplantado possa (re)significar esse novo lugar, ou seja, “sentir-se em casa longe de casa”.

Riscos: Quanto aos riscos desta pesquisa talvez você sinta cansaço, pois em média o tempo gasto para realização desta entrevista seja de 30 minutos. Outra possibilidade pequena, talvez você sinta um pouco emotivo durante a entrevista. Para minimizar o desconforto do cansaço e da emoção ocorrerá a suspensão da entrevista e caso você concorde marcaremos outro momento para continuação da entrevista. A fim de minimizar os riscos de constrangimento, a entrevista será realizada individualmente, portanto em ambiente reservado. Neste sentido, você poderá contar com o apoio psicológico da equipe de psicólogas da Associação de Combate ao Câncer em Goiás.

Acompanhamento e Assistência: Caso seja necessário acompanhamento psicológico por causa da sua participação na pesquisa você contará com apoio dos profissionais da psicologia da Associação de Combate ao Câncer em Goiás com prévio agendamento. Se durante a entrevista no HAJ você precisar de cuidados médicos, a entrevista será interrompida para que seja resguardado o seu direito de assistência médico-hospitalar.

Indenização e ressarcimento: É garantida indenização em casos de danos, comprovadamente, decorrentes da sua participação na pesquisa, por meio de decisão judicial ou extrajudicial. É importante que você saiba que não há qualquer valor econômico, a receber ou a pagar, pela sua participação na pesquisa. Tendo em vista que a pesquisa será realizada no Hospital Araújo Jorge. Portanto, não gerará nenhum gasto a você. Vale ressaltar para que eu possa tirar as suas dúvidas sobre a pesquisa as ligações feitas por você serão

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável: _____

Campus Anápolis de Ciências Socioeconômicas e Humanas (62) 3328-1188

Av. Juscelino Kubitschek n. 146, Bairro Jundiá,

teccer@ueg.br www.ccseh.ueg.br

CEP: 75.110-390. Anápolis – GO

realizadas a cobrar. Portanto, confirmo que você não terá nenhum gasto com a sua participação na pesquisa.

Período e tempo de participação na pesquisa: a sua participação na entrevista terá o tempo de 30 minutos.

Sigilo: Quanto à garantia do sigilo que assegure a sua privacidade e o anonimato – serão utilizados as iniciais do nome com numeração. Portanto, você não será identificado(a) em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados.

(.....) Permito a minha identificação através de uso de meu nome nos resultados publicados da pesquisa;

(.....) Não permito a minha identificação através de uso de meu nome nos resultados publicados da pesquisa.

Entrevista e questionário: É importante esclarecer a você, a garantia expressa de liberdade de se recusar a responder questões que lhe causem *desconforto emocional* e/ou *constrangimento*.

Sobre os dados coletados: É importante que você saiba que os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa que terá como finalidade o trabalho de conclusão de Pós-graduação nível Mestrado, do programa: *Territórios e Expressões Culturais no Cerrado* (TECCER). Ainda assim, as informações coletadas através da entrevista e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficarão guardados sob minha responsabilidade por um período de 05 anos após o término da pesquisa e após esse período serão incinerados.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável: _____

Campus Anápolis de Ciências Socioeconômicas e Humanas (62) 3328-1188

Av. Juscelino Kubitschek n. 146, Bairro Jundiá,

teccer@ueg.br www.ccseh.ueg.br

CEP: 75.110-390. Anápolis – GO

Consentimento da Participação na Pesquisa:

Eu,, inscrito(a) sob o RG/ CPF....., abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado "*Hospital Araújo Jorge: a humanização e a (re)significação do lugar pelo paciente migrante transplantado (2011 a 2017)*". Informo ter mais de 18 anos de idade e destaco que minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora responsável *Sara Pereira de Deus* sobre a pesquisa, os procedimentos e métodos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. A pesquisadora colocou seus contatos à disposição para qualquer eventualidade. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação no projeto de pesquisa acima descrito.

Goiânia, de de

Assinatura por extenso do(a) participante

Assinatura por extenso do(a) pesquisador(a) responsável

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável: _____

Campus Anápolis de Ciências Socioeconômicas e Humanas (62) 3328-1188

Av. Juscelino Kubitschek n. 146, Bairro Jundiá,

teccer@ueg.br www.ccseh.ueg.br

CEP: 75.110-390. Anápolis – GO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE AO
PROFISSIONAL DA SAÚDE E VOLUNTÁRIO**

Título do estudo: Hospital Araújo Jorge: a Humanização e a (Re)significação do Lugar pelo Paciente Migrante Transplantado (2011-2017)

Pesquisador(a) responsável: Sara Pereira de Deus

Endereço residencial:

Endereço do e-mail: sarageografa@hotmail.com

Telefone(s) do(a) pesquisador(a) responsável para contato:

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “Hospital Araújo Jorge: a Humanização e a (Re)significação do Lugar pelo Paciente Migrante Transplantado (2011-2017). Meu nome é Sara Pereira de Deus, sou a pesquisadora responsável e minha área de atuação é em Ciências Humanas (Geografia). Atualmente aluna do curso de Pós-Graduação Territórios e Expressões Culturais no Cerrado/TECCER (nível mestrado) da Universidade Estadual de Goiás(UEG). Informo que eu enquanto pesquisadora devo responder a todas as suas dúvidas antes que você decida a participar desta pesquisa. É importante que fique claro que você tem o direito de não aceitar participar da pesquisa e de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito. Após ler com atenção este documento e ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine em todas as folhas e ao final deste documento, que está em duas vias e também será assinado por mim, pesquisadora, em todas as folhas. Uma das vias é sua e a outra é minha. Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a minha pessoa através dos contatos disponíveis acima neste documento. Em caso de dúvidas sobre seus direitos como participante desta pesquisa e sobre a condução ética do estudo, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa(CEP-UEG) situado na Br 153 Km 99. Quadra Área - Anápolis-GO, CEP: 75132-903, Telefone: 62 3328-1439 / 62 99169-2257 e E-mail: cep@ueg.br ou você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Combate ao Câncer em Goiás, nos telefones: 3243-7050 ou no endereço: Rua 239 nº 206 2º andar – Edifício Albergue Filhinha Nogueira – Setor Leste Universitário. Horário de atendimento: 8:00 às 17:00 horas, de segunda à sexta.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável: _____

Campus Anápolis de Ciências Socioeconômicas e Humanas (62) 3328-1188

Av. Juscelino Kubitschek n. 146, Bairro Jundiá,

teccer@ueg.br www.ccseh.ueg.br

CEP: 75.110-390. Anápolis – GO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A PESQUISA:

O Título deste estudo é: Hospital Araújo Jorge: a Humanização e a (Re)significação do Lugar pelo Paciente Migrante Transplantado (2011-2017)

Justificativa: A importância de se estudar esse tema é de caráter social de verificar como está sendo realizado o atendimento humanizado aos pacientes migrantes transplantados diante do enfrentamento da doença, a sua acolhida no Hospital Araújo Jorge (HAJ) e a ressignificação desse novo lugar, ou seja, como o paciente no dia a dia no hospital consegue dar novo significado ao lugar.

Objetivos:

1. Descrever a história do Hospital Araújo Jorge a sua importância para Goiás e para os outros estados, assim como analisar a sua estrutura de atendimento ao paciente oncológico;
2. Identificar o local de origem dos pacientes migrantes atendidos pelo hospital, destacando as razões que o conduziram ao atendimento nesta unidade de saúde;
3. Analisar como ocorre o processo de (re)significação do lugar/hospital por esse paciente e a expressão disso no seu cotidiano hospitalar.

Procedimentos utilizados da pesquisa ou descrição detalhada dos métodos:

Obs.: O método empregado para coleta de informações deste estudo será entrevista semiestruturada – para você entender melhor, esse tipo de entrevista aproxima-se mais de uma conversação (diálogo), que se baseia num diálogo com questões abertas buscando identificar os conhecimentos dos profissionais da saúde e voluntários sobre as práticas humanizadoras empregadas no HAJ e no atendimento domiciliar, bem como quais as formas de comunicação pela qual tiveram/tem acesso a essas informações. Quanto aos pacientes (migrantes, transplantados, adultos e alfabetizados) hospitalizados ou não hospitalizado que estão em tratamento/acompanhamento hospitalar pós- transplante, utilizaremos a entrevista semiestruturada, com intuito de analisar como está sendo executado na prática esse atendimento humanizado (sentido de cuidado) e como esse tratamento vem refletindo no seu cotidiano hospitalar como forma de (re)significar o lugar, ou seja, dar um novo sentido a esse lugar/hospital de forma afetiva. Ainda assim, outros mecanismos poderão nos auxiliar na pesquisa, tais como: diário de campo e uso de gravações, enquanto recursos de registro. Após a assinatura deste termo será realizada a entrevista. As entrevistas serão gravadas, para posteriormente serem transcritas e analisadas. Nenhum registro fotográfico e filmagem serão

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável: _____

Campus Anápolis de Ciências Socioeconômicas e Humanas (62) 3328-1188
Av. Juscelino Kubitschek n. 146, Bairro Jundiá, teccer@ueg.br www.ccseh.ueg.br
CEP: 75.110-390. Anápolis – GO

realizados. Vale ressaltar que a sua opinião será um dado importante para a fundamentação da pesquisa.

(.....) Permito a divulgação da minha imagem/voz/opinião nos resultados publicados da pesquisa;

(.....) Não permito a publicação da minha imagem/voz/opinião nos resultados publicados da pesquisa.

Benefícios: É importante que fique claro para você que a intenção desse estudo é de cunho social, mas também de: contribuir, possibilitar, disseminar e concretizar a criação de uma cultura de humanização igualitária, solidária e crítica entre as pessoas envolvidas (gestores, profissionais da saúde, voluntários e pacientes) nas unidades de saúde. E que através do tratamento humanizado no Hospital Araújo Jorge o paciente migrante transplantado possa (re)significar esse novo lugar, ou seja, “sentir em casa longe de casa”.

Riscos: Quanto aos riscos desta pesquisa, talvez você sinta um desconforto emocional durante a entrevista ou se sinta constrangido(a)/inseguro(a) com algumas perguntas que estão relacionada com a sua atividade (profissional/voluntariado) no Hospital Araújo Jorge. Para minimizar o desconforto do constrangimento e da insegurança sinta-se a vontade para responder somente as questões que acharem pertinentes. Quanto ao desconforto emocional, você contará com o apoio da psicóloga do Setor de Recursos Humanos da ACCG, se você for profissional de saúde do HAJ. Se você for um participante voluntário, você terá apoio psicológico na Coordenação dos voluntariados. Ambos com prévio agendamento.

Acompanhamento e Assistência: Caso seja necessário acompanhamento psicológico por causa da sua participação na pesquisa, você contará com apoio da psicóloga do Setor de Recursos Humanos (profissionais de saúde) e o psicólogo voluntário do GAPPO que prestará assistência aos voluntariados participantes da pesquisa. Ambos com prévio agendamento.

Indenização e ressarcimento: É garantida indenização em casos de danos, comprovadamente, decorrentes da sua participação na pesquisa, por meio de decisão judicial ou extrajudicial. É importante que você saiba que não há qualquer valor econômico, a receber ou a pagar, pela sua participação na pesquisa. Tendo em vista que a pesquisa será realizada no Hospital Araújo Jorge (profissional de saúde e voluntário) no momento oportuno e depois que você aceitar em fazer parte desta pesquisa. Portanto, não gerará nenhum gasto a você.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável: _____

Campus Anápolis de Ciências Socioeconômicas e Humanas (62) 3328-1188

Av. Juscelino Kubitschek n. 146, Bairro Jundiá,

teccer@ueg.br www.ccseh.ueg.br

CEP: 75.110-390. Anápolis – GO

Período e tempo de participação na pesquisa: a sua participação na entrevista terá o tempo máximo de 30 minutos.

Sigilo: Quanto a garantia do sigilo que assegure a sua privacidade e o anonimato – serão utilizados nomes fictícios ou a letra iniciais do nome e sobrenome com numeração. Portanto, você não será identificado(a) em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

(.....) Permito a minha identificação através de uso de meu nome nos resultados publicados da pesquisa;

(.....) Não permito a minha identificação através de uso de meu nome nos resultados publicados da pesquisa.

Entrevista e questionário: É importante esclarecer a você a garantia expressa de liberdade de se recusar a responder questões que lhe causem *constrangimento*.

Sobre os dados coletados: É importante que você saiba que os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa que terá como finalidade o trabalho de conclusão de Pós-graduação nível Mestrado, do programa: *Territórios e Expressões Culturais no Cerrado* (TECCER) da Universidade Estadual de Goiás. Ainda assim, as informações coletadas através da entrevista e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficarão guardados sob minha responsabilidade por um período de 05 anos após o término da pesquisa e após esse período serão incinerados.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável: _____

Campus Anápolis de Ciências Socioeconômicas e Humanas (62) 3328-1188

Av. Juscelino Kubitschek n. 146, Bairro Jundiá,

teccer@ueg.br www.ccseh.ueg.br

CEP: 75.110-390. Anápolis – GO

Consentimento da Participação na Pesquisa:

Eu,, inscrito(a) sob o RG/ CPF....., abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado "*Hospital Araújo Jorge: a humanização e a (re)significação do lugar pelo paciente migrante transplantado*". Informo ter mais de 18 anos de idade e destaco que minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora responsável *Sara Pereira de Deus* sobre a pesquisa, os procedimentos e métodos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação no projeto de pesquisa acima descrito.

Goiânia, de de

Assinatura por extenso do(a) participante

Assinatura por extenso do(a) pesquisador(a) responsável

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável: _____

Campus Anápolis de Ciências Socioeconômicas e Humanas (62) 3328-1188

Av. Juscelino Kubitschek n. 146, Bairro Jundiá,

teccer@ueg.br www.ccseh.ueg.br

CEP: 75.110-390. Anápolis – GO

APÊNDICE E – Abrangência estadual dos pacientes migrantes para HAJ em 2017

Região Norte Goiano	Total	Região Noroeste goiano	Total	Centro goiano	Total	Leste goiano	Total	Sul goiano	Total
Alto Horizonte	112	Aragarças	963	Abadia de Goiás	296	Abadiânia	67	Acreúna	415
Alto Paraíso de Goiás	39	Araguapaz	133	Adeclândia	66	Água Fria de Goiás	17	Água Limpa	9
Amaralina	43	Arenópolis	72	Americano do Brasil	157	Águas Lindas de Goiás	1.073	Aloândia	83
Bonópolis	90	Aruana	249	Amorinópolis	154	Alexânia	253	Anhangüera	10
Campinaçu	97	Baliza	79	Anápolis	914	Alvorada do Norte	62	Aparecida do Rio Doce	14
Campinorte	196	Bom Jardim de Goiás	340	Anicuns	623	Buritinópolis	83	Aporé	16
Campos Belos	365	Britânia	79	Aparecida de Goiânia	16.385	Cabeceiras	150	Bom Jesus de Goiás	353
Campos Verdes	20	Crixás	231	Araçu	241	Cidade Ocidental	373	Buriti Alegre	138
Cavalcante	98	Diorama	138	Aragoiânia	388	Cocalzinho de Goiás	107	Cachoeira Alta	97
Colinas do Sul	24	Faina	279	Aurilândia	153	Corumbá de Goiás	14	Cachoeira Dourada	27
Estrela do Norte	30	Cidade de Goiás	634	Avelinópolis	74	Cristalina	735	Caçu	54
Fормoso	63	Itapirapuã	3	Barro Alto	119	Damianópolis	74	Caipônia	488
Mara Rosa	213	Jussara	543	Bela Vista de Goiás	1.231	Divinópolis de Goiás	134	Caldas Novas	1.209
Minaçu	386	Matrinchã	153	Bonfinópolis	388	Flores de Goiás	80	Campestre de Goiás	204
Monte Alegre de Goiás	93	Montes Claros de Goiás	198	Brazabrantes	102	Formosa	1.721	Campo Alegre de Goiás	84
Montividiu do Norte	46	Mozarlândia	252	Buriti de Goiás	85	Guarani de Goiás	61	Castelândia	91
Mutunópolis	30	Mundo Novo	121	Cachoeira de Goiás	78	Iaciara	161	Catalão	1.339
Niquelândia	468	Nova Crixás	239	Caldasninha	121	Luziânia	2.079	Cezarina	374
Nova Iguaçu de Goiás	30	Novo Planalto	68	Campo Limpo de Goiás	9	Mambá	190	Chapadão do Céu	138
Nova Roma	62	Piranhas	334	Carro do Rio Verde	41	Mimoso de Goiás	21	Corumbauba	179
Porangatu	438	Santa Fé de Goiás	173	Caturai	201	Novo Gama	309	Cristianópolis	195
Santa Tereza de Goiás	68	São Miguel do Araguaia	381	Ceres	459	Padre Bernardo	65	Cromínia	150
Santa Terezinha de Goiás	181	Uirapuru	44	Córrego do Ouro	42	Pirenópolis	99	Cumari	105
São João D'Aliança	95			Damolândia	194	Planalina	393	Davinópolis	91
Teresina de Goiás	39			Fazenda Nova	176	Posse	590	Doverlândia	40
Trombas	42			Firminópolis	458	Santo Antônio do Descoberto	260	Edçalina	185
Uruaçu	476			Goianópolis	120	São Domingos	138	Edéia	322
				Goianésia	804	Simolândia	68	Gamaelira de Goiás	21
				Goiânia	72.026	São D'Abadia	26	Goandira	105
				Goiânia	1.574	Valparaíso de Goiás	625	Goiatuba	309
				Guapó	479	Vila Propício	48	Gouvelândia	111
				Guaraíta	133			Inaciolândia	37
				Guarinos	16			Indiara	647
				Heitorai	202			Ipameri	785
				Hidrolândia	534			Itajá	13
				Hidrolina	31			Itarumã	13
				Inhumas	2.178			Itumbiara	996
				Ipiranga de Goiás	70			Jandaia	258
				Iporá	1.271			Jataí	1.941
				Israelândia	58			Joviânia	181
				Itaberaí	1.350			Lagoa Santa	9
				Itaguari	283			Mairipotaba	116
				Itaguaru	52			Marzagão	19
				Itapaci	133			Maurilândia	77
				Itapuranga	796			Mineiros	1.205
				Itaçu	329			Montividiu	115
				Ivolândia	63			Morrinhos	1.406
				Jaraguá	460			Nova Aurora	108
				Jatipaci	68			Orizona	461
				Jesópolis	36			Ouvidor	157
				Leopoldo de Bulhões	157			Palestina de Goiás	39
				Moiporá	33			Palmeiras de Goiás	1.088
				Morro Agudo de Goiás	37			Palmeo	86
				Mossamedes	188			Palmópolis	113
				Nazário	357			Panamá	6
				Nerópolis	851			Paranaiguara	88
				Nova América	28			Paratna	412
				Nova Glória	191			Perolândia	77
				Nova Veneza	395			Piracanjuba	1.112
				Novo Brasil	133			Pires do Rio	951
				Ouro Verde de Goiás	84			Pontalina	645
				Petrolina de Goiás	290			Porteirão	98
				Pilar de Goiás	21			Portelândia	35
				Rialma	78			Professor Jamil	122
				Rianópolis	81			Quirinópolis	673
				Rubiataba	335			Rio quente	69
				Sancrelândia	355			Rio Verde	2.344
				Santa Bárbara de Goiás	214			Santa Cruz de Goiás	79
				Santa Isabel	48			Santa Helena de Goiás	1.023
				Santa Rita do Novo Destino	3			Santa Rita do Araguaia	143
				Santa Rosa de Goiás	188			Santo Antônio da Barra	96
				Santo Antônio de Goiás	324			São João da Paraúna	112
				São Francisco de Goiás	72			São Miguel do Passa Quatro	197
				São Luis de Monte Belos	1.103			São Simão	59
				São Luiz do Norte	7			Serranópolis	11
				São Patrício	14			Silvânia	676
				Senador Canedo	3.891			Três Ranchos	18
				Taquaral de Goiás	232			Turvelândia	149
				Terezópolis de Goiás	132			Urutai	175
				Trindade	4.650			Varjão	151
				Turvânia	99			Vianópolis	391
				Urutana	77			Vicentinópolis	139
	3844		5706		120.889		10.076		26.877

Fonte: Arquivo Médico-ACCG (28/08/2018)

Organização: Sara Pereira de Deus

ANEXOS

ANEXO B – Abrangência Estadual dos pacientes migrantes para HAJ em 2005

Pacientes atendidos no Hospital Araújo Jorge em 2005, por Cidade do Estado de Goiás

Cidade do Estado de Goiás	Total	%
Goiânia	30.225	36,2%
Aparecida de Goiânia	6.804	8,1%
Trindade	1.930	2,3%
Anápolis	1.908	2,3%
Jataí	1.695	2,0%
Itumbiara	1.616	1,9%
Rio Verde	1.424	1,7%
Catalão	1.199	1,4%
Inhumas	1.135	1,4%
Senador Canedo	1.012	1,2%
Porangatu	958	1,1%
Caldas Novas	946	1,1%
Morrinhos	802	1,0%
Pires do Rio	763	0,9%
Quirinópolis	751	0,9%
Bela Vista de Goiás	720	0,9%
Piracanjuba	703	0,8%
Iporá	655	0,8%
São Luiz dos Montes Belos	634	0,8%
Mineiros	632	0,8%
Santa Helena de Goiás	616	0,7%
Goiatuba	557	0,7%
Itaberaí	545	0,7%
Outras Cidades	25.374	30,4%
Total	83.604	100,0%

Fonte: Relatório Anual ACCG/2005

ANEXO C – Abrangência Estadual dos pacientes migrantes para HAJ em 2010

Pacientes atendidos na ACCG em 2010 por Cidade do Estado de Goiás

CIDADE DO ESTADO DE GOIÁS	TOTAL	%
Goânia	58.908	34,7%
Anápolis	26.652	15,7%
Aparecida de Goiânia	10.906	6,4%
Rio Verde	2.986	1,7%
Trindade	2.794	1,6%
Jatá	2.229	1,3%
Senador Canedo	2.170	1,3%
Catalão	1.904	1,1%
Goianésia	1.818	1,1%
Inhumas	1.784	1,0%
Porangatu	1.275	0,8%
Iporá	1.217	0,7%
Minérios	1.214	0,7%
Caldas Novas	1.213	0,7%
Araçajuba	1.178	0,7%
Arenópolis	1.172	0,7%
Santa Helena de Goiás	1.119	0,7%
Itumbiera	1.088	0,6%
São Luiz de Montes Belos	1.085	0,6%
Jaraguá	1.014	0,6%
Urussu	1.006	0,6%
Bela Vista de Goiás	958	0,6%
Quirinópolis	947	0,6%
Itaberaí	895	0,5%
Goianira	882	0,5%
Outras Cidades	41.749	24,6%
Total	169.947	100,0%

Fonte: Relatório Anual ACCG/2010

ANEXO D – Parecer Comitê de Ética/UEG e Parecer Comitê de Ética/ACCG

UEG - UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE GOIÁS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Hospital Araújo Jorge: a humanização e a (Re)significação do Lugar pelo Paciente Migrante Transplantado (2011-2017).

Pesquisador: SARA PEREIRA DE DEUS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 83607618.2.0000.8113

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.627.422

Apresentação do Projeto:

Esse estudo se propõe a pesquisar no universo do Hospital Araújo Jorge - a (re)significação do lugar pelo paciente migrante (transplantado – Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas) e a possível influência do tratamento humanizado, preconizado pelas diretrizes da Política Nacional de Humanização no ambiente Hospitalar, no processo de recuperação da saúde. Nosso objetivo é analisar os cuidados oferecidos ao paciente migrante transplantado no Hospital Araújo Jorge (HAJ), com intuito de perceber como esse sujeito estabelece uma relação de identidade com aquela instituição. Sendo assim, o método empregado para coleta de informações deste estudo será entrevista semiestruturada, que se baseia na interlocução com questões abertas buscando identificar os conhecimentos dos profissionais da saúde e voluntários sobre as práticas humanizadoras empregadas no HAJ e no atendimento domiciliar, bem como quais as formas de comunicação pela qual tiveram/tem acesso a essas informações. Quanto aos pacientes migrantes transplantados adultos, alfabetizados, hospitalizados ou não hospitalizados que se encontram: em casa de apoio, casa de parente e casa de amigos - utilizaremos a entrevista semiestruturada, com intuito de analisar como está sendo executado na prática esse atendimento humanizado (sentido de cuidado) e como esse tratamento vem refletindo no seu cotidiano hospitalar como forma de (re)significar o espaço por ele ocupado. Ainda assim, outros mecanismos poderão nos auxiliar na pesquisa, tais como: diário de campo e uso de gravação, enquanto recursos de registro. Na

Endereço: BR 153 Quadra Área, Km 99 ç Bloco III ç Térreo

Bairro: FAZENDA BARREIRO DO MEIO

CEP: 75.132-903

UF: GO

Município: ANAPOLIS

Telefone: (62)3328-1434

E-mail: cep@ueg.br

UEG - UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 2.627.422

concepção de Deslandes (2002, p. 26) essa coleta de informações realiza um momento relacional e prático de fundamental importância exploratória, de confirmação ou refutação de hipóteses e construções de teorias. Todas essas técnicas ou mecanismos a serem utilizados na pesquisa serão feitas com o consentimento de várias partes que compõe o projeto, priorizando alguns cuidados em relação ao paciente, profissional de saúde e voluntários, que serão convidados e informados sobre o objetivo deste trabalho, e em caso de consentimento será oferecido aos mesmos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como preconiza o Comitê de ética em pesquisa com seres humanos. Após a assinatura deste termo será realizada a entrevista. As entrevistas serão gravadas, para posteriormente serem transcritas e analisadas. Nenhum registro fotográfico será realizado. Quanto ao universo amostral será obtido por meio da avaliação de (5,0%) do total de indivíduos potencialmente participantes, ou seja, que se enquadrem nos termos de inclusão da pesquisa. Sendo que do universo amostral a serem entrevistados (2) dois participantes pacientes; (10) dez participantes profissionais da saúde e (14) catorze participantes voluntariado, perfazendo um total de 26 participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o atendimento aos preceitos estabelecidos pela Política Nacional de Humanização no Hospital Araújo Jorge, e sua influência no processo de (re)significação do lugar pelo paciente migrante transplantado.

Objetivo Secundário:

1. Descrever a história do Hospital Araújo Jorge a sua importância para Goiás e para os outros estados, assim como analisar a sua estrutura de atendimento ao paciente oncológico;
2. Identificar o local de origem dos pacientes migrantes atendidos pelo hospital, destacando as razões que o conduziram ao atendimento nesta unidade de saúde;
3. Analisar como ocorre o processo de (re)significação do lugar/hospital por esse paciente e a expressão disso no seu cotidiano hospitalar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

(Paciente) Quanto aos riscos desta pesquisa talvez o paciente sinta cansaço, pois em média o tempo gasto para realização desta entrevista seja de 30 minutos. Outra possibilidade pequena, talvez o participante sinta um pouco emotivo durante a entrevista. Para minimizar o desconforto

Endereço: BR 153 Quadra Área, Km 99 2 Bloco III 2 Térreo
 Bairro: FAZENDA BARREIRO DO MEIO CEP: 75.132-903
 UF: GO Município: ANAPOLIS
 Telefone: (62)3328-1434 E-mail: cep@ueg.br

UEG - UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 2.627.422

do cansaço e da emoção ocorrerá a suspensão da entrevista e caso o participante concorde marcaremos outro momento para continuação da entrevista. A fim de minimizar os riscos de constrangimento, a entrevista será realizada individualmente, portanto em ambiente reservado. Neste sentido, o participante poderá contar com o apoio psicológico da equipe de psicólogas da Associação de Combate ao Câncer em Goiás. (Profissional da saúde e voluntariado). Quanto aos riscos desta pesquisa, talvez o participante sinta constrangido(a)/inseguro(a) com algumas perguntas que estão relacionada com a sua atividade (profissional/voluntariado) no Hospital Araújo Jorge. Para minimizar o desconforto do constrangimento e da insegurança, o mesmo, pode ficar a vontade para responder somente as questões que acharem pertinentes. Benefícios:

A intenção desse estudo é de cunho social, mas também de: contribuir, possibilitar, disseminar e concretizar a criação de atitudes de humanização igualitária, solidária e crítica entre as pessoas envolvidas (gestores, profissionais da saúde, voluntários e pacientes) nas unidades de saúde. E que por meio do tratamento humanizado no Hospital Araújo Jorge o paciente migrante transplantado possa (re)significar esse novo lugar, ou seja, "sentir-se em casa longe de casa".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Instituição proponente do presente estudo: Universidade Estadual de Goiás - Câmpus Anápolis de Ciências Socioeconômicas e Humanas (CSEH).

Dissertação de Mestrado Interdisciplinar em Territórios e Expressões Culturais do Cerrado - Câmpus Anápolis de Ciências Socioeconômicas e Humanas, tendo como pesquisadores a Geógrafa e Mestranda Sara Pereira de Deus, a Profa. Dra. Giuliana Muniz Vila Verde - farmacêutica e orientadora e o Prof. Dr. Marcelo de Mello - geólogo e co-orientador.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados:

- Folha de Rosto assinada pela pesquisadora - Sara Pereira de Deus em 15.02.2018, assim como pelo Diretor do Câmpus Anápolis de Ciências Socioeconômicas e Humanas (CSEH) na mesma data. Amostra apresentada na Folha de Rosto de 26 participantes.
- Declaração do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Araújo Jorge de 26.01.2018, assinada pelo seu Coordenador informando que não fornece declaração de instituição coparticipante, porém cumpre o que dispõe o item 9 a CARTA NÚMERO 212/CONEP/CNS, datada de 21 de outubro de 2010 que diz: "...é sua prerrogativa proceder a reanálise ética da pesquisa com a qual vai colaborar se assim julgar necessário e oportuno para a participação dos sujeitos da pesquisa...".
- Concordância do apoio psicológico ao pacientes em caso de necessidade, assinado pela

Endereço: BR 153 Quadra Área, Km 99 2 Bloco III 2 Térreo
Bairro: FAZENDA BARREIRO DO MEIO **CEP:** 75.132-903
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3328-1434 **E-mail:** cep@ueg.br

Continuação do Parecer: 2.627.422

psicóloga Anadir Carneiro de Oliveira Pires, responsável pelo atendimento aos pacientes do Setor de Transplante de Medula Óssea (STMO).

- Autorização do Diretor Técnico do HAJ/ACCG Dr. Alexandre João Meneguini a manusear os prontuários de pacientes, desde que apresente parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa assinado pelo seu coordenador. Também consta a anuência da supervisora do setor de arquivo médico do HAJ/ACCG Illana Lara Leite Batista Borges para o manuseio dos prontuários pela pesquisadora.

- Autorização do coordenador técnico do transplante de medula óssea do Hospital Araújo Jorge, Dr. César Bariani, autorizando a coleta de dados gerais do setor pela pesquisadora.

- Constatam as entrevistas com o voluntariado, com o profissional de saúde e com o paciente.

- Constatam 2 TCLEs: Um dirigido aos Profissionais de Saúde e ao Voluntário; Outro TCLE dirigido aos pacientes.

Recomendações:

As recomendações sugeridas no parecer (Versão 1) foram atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no parecer (Versão 1) foram consideradas e atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-UEG considera o presente protocolo APROVADO e que o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes. Reiteramos a importância deste Parecer Consubstanciado e lembramos que o(a) pesquisador(a) responsável deverá encaminhar os relatórios de acordo com o disposto na Resolução CNS n. 466/12 e Resolução CNS n. 510/16. Os modelos encontram-se disponíveis na página do CEP-UEG. O prazo para a entrega do Relatório Final é de até 30 dias após o encerramento da pesquisa, previsto para o segundo semestre de 2018.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1076874.pdf	15/04/2018 12:41:16		Aceito
Outros	Apoio_psicologico_ao_voluntariado.pdf	15/04/2018 12:30:57	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Apoio_psicologico_ao_profissional_de_saude.pdf	15/04/2018 12:29:30	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito

Endereço: BR 153 Quadra Área, Km 99 2 Bloco III 2 Térreo
 Bairro: FAZENDA BARREIRO DO MEIO CEP: 75.132-903
 UF: GO Município: ANAPOLIS
 Telefone: (62)3328-1434 E-mail: cep@ueg.br

UEG - UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 2.627.422

Outros	Modelo_TCLE_Modificado_2_PROFISSI ONAL_DE_SAUDE_E_VOLUNTARIOS. pdf	15/04/2018 12:28:25	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Modelo_TCLE_Modificado_2_PACIENT E.pdf	15/04/2018 12:26:45	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Carta_resposta_pendencia.pdf	15/04/2018 12:25:13	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Projeto_Modificado_atendendo_parecer. pdf	15/04/2018 12:19:47	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	22/02/2018 09:10:46	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	carta_resposta_a_pendencia.pdf	22/02/2018 08:52:56	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Declaracao_do_comite_de_etica.pdf	18/02/2018 10:56:08	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	concordancia_apoio_da_Psicologa.pdf	18/02/2018 10:54:52	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Curriculo_lattes_Sara_Pereira_de_Deus .pdf	18/02/2018 10:47:52	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Marcelo_de_Mello.pdf	18/02/2018 10:47:14	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Curriculo_lattes_Giuliana_Muniz_Vila_V erde.pdf	18/02/2018 10:46:26	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Informacao_funcao_especifica_dos_Pes quisadores.pdf	18/02/2018 10:39:14	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Informacao_do_Endereco_dos_Pesquis adores.pdf	18/02/2018 10:38:06	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Informacao_detalhada_TCLE.pdf	18/02/2018 10:35:25	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Declaracao_comprometendo_apresentar relatorios_semestrais.pdf	18/02/2018 10:32:36	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Declaracao_garantindo_informar_as_pu blicacoes CEP IEP.pdf	18/02/2018 10:31:01	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Declaracao_comprometendo_que_os_b eneficios_retornaram_aos_participantes. pdf	18/02/2018 10:28:29	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Declaracao_comprometendo_anexar_os resultados_Plataforma_Brasil.pdf	18/02/2018 10:27:20	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Declaracao_comprometendo_aguardar_ o_parecer_do CEP ACCG.pdf	18/02/2018 10:26:14	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Orientadora_concordando_com_Projeto de_Pesquisa.pdf	18/02/2018 10:21:40	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Autorizacao_diretor_tecnico_manuseio_de protuario.pdf	18/02/2018 10:12:15	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Carta_solicitacao_manuseio_de_protuario s.pdf	18/02/2018 10:02:30	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	autorizacao_do_chefe_dose_lorde_origem	18/02/2018	SARA PEREIRA DE	Aceito

Endereço: BR 153 Quadra Área, Km 99 2 Bloco III 2 Térreo
Bairro: FAZENDA BARREIRO DO MEIO **CEP:** 75.132-903
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3328-1434 **E-mail:** cep@ueg.br

UEG - UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 2.627.422

Outros	dopaciente.pdf	09:51:01	DEUS	Aceito
Outros	Finalidade_da_Pesquisa.pdf	18/02/2018 09:28:42	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento_cep_ACCG.pdf	18/02/2018 09:26:35	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	ENTREVISTA_COM_O_VOLUNTARIAD O.pdf	18/02/2018 09:22:22	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	ENTREVISTA_COM_O_PROFISSIONA L_DA_SAUDE.pdf	18/02/2018 09:21:35	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	ENTREVISTA_COM_O_PACIENTE.pdf	18/02/2018 09:20:38	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Termo_de_anuencia.pdf	18/02/2018 09:16:56	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Setor_de_Arquivo_de_Prontuario.pdf	18/02/2018 09:09:24	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Humanas_PROFISSIONAL_DE_SAUDE_E_VOLUNTARIOS.pdf	18/02/2018 09:05:44	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Humanas_PACIENTE.pdf	18/02/2018 09:05:12	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_assinado_tres.pdf	18/02/2018 09:03:26	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	18/02/2018 08:59:15	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANAPOLIS, 28 de Abril de 2018

Assinado por:
Luciana de Souza Ondei
(Coordenador)

Endereço: BR 153 Quadra Área, Km 99 2 Bloco III 2 Térreo
Bairro: FAZENDA BARREIRO DO MEIO CEP: 75.132-903
UF: GO Município: ANAPOLIS
Telefone: (62)3328-1434 E-mail: cep@ueg.br

ASSOCIAÇÃO DE COMBATE
AO CÂNCER DE GOIÁS - ACCG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Hospital Araújo Jorge: a humanização e a (Re)significação do Lugar pelo Paciente Migrante Transplantado (2011-2017).

Pesquisador: SARA PEREIRA DE DEUS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 83607618.2.3001.0031

Instituição Proponente: ASSOCIACAO DE COMBATE AO CANCER EM GOIAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.699.942

Apresentação do Projeto:

Esse projeto busca dimensionar a qualidade de vida apresentada ao indivíduo fora do seu domicílio, bem como entender seu comportamento diante do novo que se apresenta, quando o obriga por maior motivo, a deixar seu habitat natural e migrar para outro lugar em busca de atendimento e tratamento de doença, o presente projeto se refere no caso, a tratamento de câncer, em que o sujeito necessita se submeter ao transplante de medula, o que se deseja com o mesmo é concluir se o paciente "sente-se em casa, fora de casa", durante o tratamento no Hospital Araújo Jorge, tanto por ocasião da internação, quanto no tratamento ambulatorial. Para que a investigação seja bem delineada, o estudo pretende fazer uma abordagem que contemple todos os aspectos mais próximos, buscando então na investigação a visão do paciente (2), do profissional (10) e do voluntário (14), sujeitos onde basicamente poderão dar um conteúdo bem satisfatório para a conclusão da pesquisa. Vale ressaltar que na formulação dos objetivos geral e específicos, explicam bem as motivações da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Geral

Analisar o atendimento aos preceitos estabelecidos pela Política Nacional de Humanização no Hospital Araújo Jorge, e sua influência no processo de (re)significação do lugar pelo paciente migrante transplantado.

Endereço: Rua 239
Bairro: SETOR LESTE UNIVERSITARIO **CEP:** 74.605-070
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3243-7050 **Fax:** (62)3243-7050 **E-mail:** cepaccg@accg.org.br

**ASSOCIAÇÃO DE COMBATE
AO CÂNCER DE GOIÁS - ACCG**



Continuação do Parecer: 2.699.942

Específicos

1. Descrever a história do Hospital Araújo Jorge a sua importância para Goiás e para os outros estados, assim como analisar a sua estrutura de atendimento ao paciente oncológico;
2. Identificar o local de origem dos pacientes migrantes atendidos pelo hospital, destacando as razões que o conduziram ao atendimento nesta unidade de saúde;
3. Analisar como ocorre o processo de (re)significação do lugar/hospital por esse paciente e a expressão disso no seu cotidiano hospitalar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Paciente: Quanto aos riscos desta pesquisa talvez o paciente sinta cansaço, pois em média o tempo gasto para realização desta entrevista seja de 30 minutos. Outra possibilidade pequena, talvez o participante sinta um pouco emotivo durante a entrevista. Para minimizar o desconforto do cansaço e da emoção ocorrerá a suspensão da entrevista e caso o participante concorde marcaremos outro momento para continuação da entrevista. A fim de minimizar os riscos de constrangimento, a entrevista será realizada individualmente, portanto em ambiente reservado. Neste sentido, o participante poderá contar com o apoio psicológico da equipe de psicólogas da Associação de Combate ao Câncer em Goiás. Profissional da saúde e voluntariado: Quanto aos riscos desta pesquisa, talvez você sinta um desconforto emocional durante a entrevista ou se sinta constrangido (a)/inseguro(a) com algumas perguntas que estão relacionada com a sua atividade (profissional/voluntariado) no Hospital Araújo Jorge. Para minimizar o desconforto do constrangimento e da insegurança sinta-se a vontade para responder somente as questões que acharem pertinentes. Quanto ao desconforto emocional, você contará com o apoio da psicóloga do Setor de Recursos Humanos da ACCG, se você for profissional de saúde do HAJ. Se você for um participante voluntário, você terá apoio psicológico na Coordenação dos voluntariados. Ambos com prévio agendamento.

Benefícios:

A intenção desse estudo é de cunho social, mas também de: contribuir, possibilitar, disseminar e concretizar a criação de atitudes de humanização igualitária, solidária e crítica entre as pessoas envolvidas (gestores, profissionais da saúde, voluntários e pacientes) nas unidades de saúde. E que por meio do tratamento humanizado no Hospital Araújo Jorge o paciente migrante transplantado

Endereço: Rua 239
Bairro: SETOR LESTE UNIVERSITARIO **CEP:** 74.605-070
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3243-7050 **Fax:** (62)3243-7050 **E-mail:** cepaccg@accg.org.br

ASSOCIAÇÃO DE COMBATE AO CÂNCER DE GOIÁS - ACCG



Continuação do Parecer: 2.699.942

possa (re)significar esse novo lugar, ou seja, “sentir-se em casa longe de casa”.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Quanto à metodologia Esta pesquisa será de natureza qualitativa de abordagem exploratória, do tipo descritivo e também quantitativo na coleta de dados: da infra-estrutura do hospital, dos n de pacientes atendidos, manuseio dos prontuários (principalmente dos pacientes transplantados que aceitar fazer parte da pesquisa), n de profissionais da saúde, n de voluntários, n de casas de apoio que recebem pacientes oncológico. A despeito de sua natureza qualitativa e dos dados quantitativos sobre os sujeitos, servirão de apoio subsidiando as discussões futuras da pesquisa. Sendo assim, o método empregado para coleta de informações deste estudo será entrevista semi-estruturada, que se baseia na interlocução com questões abertas buscando identificar os conhecimentos dos profissionais da saúde e voluntários sobre as práticas humanizadoras empregadas no HAJ e no atendimento domiciliar, bem como quais as formas de comunicação pela qual tiveram/tem acesso a essas informações. Quanto aos pacientes migrantes transplantados adultos, alfabetizados, hospitalizados ou não hospitalizados (aqueles que estão em tratamento/acompanhamento hospitalar pós-transplante) utilizaremos a entrevista semi-estruturada, com intuito de analisar como está sendo executado na prática esse atendimento humanizado (sentido de cuidado) e como esse tratamento vem refletindo no seu cotidiano hospitalar como forma de (re) significar o espaço por ele ocupado. Ainda assim, outros mecanismos poderão nos auxiliar na pesquisa, tais como: diário de campo e uso de gravação, enquanto recursos de registro, com o devido resguardo exigido. A amostra é de 26 sujeitos, na seguinte ordem: 02 pacientes, 10 profissionais e 14 voluntários, sujeitos que deverão participar, com a devida salvaguarda de direitos. Contém TCLE em dois modelos, orçamento financeiro por conta do pesquisador, não é multicêntrico, não necessita aprovação da CONEP.

Critério de Inclusão:

Quanto às pessoas a serem incluídas na pesquisa estão os pacientes migrantes transplantados adultos, ambos os sexos, lúcidos, com a comunicação verbal preservada, hospitalizados ou não hospitalizados (aqueles que estão em tratamento/acompanhamento hospitalar pós-transplante) nas dependências do HAJ. Assim como, outros sujeitos da pesquisa são os profissionais de saúde ambos os sexos (médicos, enfermeiros, assistente social, psicólogos, nutricionistas, técnicos, fisioterapeutas, fonoaudióloga, entre outros) e os voluntários ambos os sexos que aceitarem participar deste estudo, sendo que o local para a entrevista será no momento oportuno no HAJ.

Endereço: Rua 239
Bairro: SETOR LESTE UNIVERSITARIO **CEP:** 74.605-070
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3243-7050 **Fax:** (62)3243-7050 **E-mail:** cepaccg@accg.org.br

**ASSOCIAÇÃO DE COMBATE
AO CÂNCER DE GOIÁS - ACCG** 

Continuação do Parecer: 2.699.942

Critério de Exclusão:

A população de pacientes a serem excluídas da pesquisa são as crianças, adolescentes, pessoas não alfabetizadas, pessoas com comprometimento cognitivo, de consciência ou de comunicação verbal que impede o diálogo e a realização das entrevistas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos anexados:

Declaração do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Araújo Jorge, assinada pelo seu Coordenador informando que não fornece declaração de instituição ao participante, porém cumpre o que dispõe o item 9 a CARTA NÚMERO 212/CONEP/CNS, datada de 21 de outubro de 2010 que diz: "...é sua prerrogativa proceder a reanálise ética da pesquisa com a qual vai colaborar se assim julgar necessário e oportuno para a participação dos sujeitos da pesquisa...",

Parecer do CEP da instituição proponente,

Folha de Rosto,

Currículos,

Concordância do apoio psicológico ao pacientes, assinado pela psicóloga Anadir Carneiro de Oliveira Pires, responsável pelo atendimento aos pacientes do Setor de Transplante de Medula Óssea (STMO)

Autorização do Diretor Técnico do HAJ/ACCG Dr. Alexandre João Meneguini,

Carta de anuência da supervisora do Setor de Arquivo Médico Ilana Lara Leite Batista Borges,

Autorização do coordenador técnico do Setor Transplante de Medula Óssea Dr. César Bariani,

Constam as entrevistas com o voluntariado, com o profissional de saúde e com o paciente,

Constam 2 TCLEs: Um para Profissionais de Saúde e aos Voluntários e outro TCLE para os pacientes,

Consta o orçamento por conta do pesquisador,

Consta o cronograma atualizado,

...As demais que cartas contemplam todas as exigências estão relacionadas ao final do parecer.

Recomendações:

No TCLE explicar o que é migrante, humanização, entrevista semi-estruturada, cunho, igualitária, tal recomendação se faz necessária devido ao alto índice de desconhecimento quanto às palavras mais rebuscadas, por parte do sujeito.

Endereço: Rua 239		
Bairro: SETOR LESTE UNIVERSITARIO	CEP: 74.605-070	
UF: GO	Município: GOIANIA	
Telefone: (62)3243-7050	Fax: (62)3243-7050	E-mail: cepaccg@accg.org.br

ASSOCIAÇÃO DE COMBATE AO CÂNCER DE GOIÁS - ACCG



Continuação do Parecer: 2.699.942

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa/CEPACCG considera o projeto de pesquisa aprovado e considerado em acordo com os princípios éticos vigentes. Devido à importância deste Parecer Consubstanciado, lembramos que o (a) pesquisador (a) responsável deverá encaminhar os relatórios de acordo com o disposto na Resolução CNS n. 466/12 e Resolução CNS n. 510/16. O prazo para a entrega do Relatório Final é de até 30 dias após o encerramento da pesquisa, previsto para o segundo semestre de 2018.

Projeto muito bem feito e que com certeza fará uma contribuição positiva no momento oportuno, tanto para a ACCG, como para o paciente migrante. Parabéns.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Apoio_psicologico_ao_voluntariado.pdf	15/04/2018 12:30:57	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Apoio_psicologico_ao_profissional_de_saude.pdf	15/04/2018 12:29:30	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Modelo_TCLE_Modificado_2_PROFSSIONAL_DE_SAUDE_E_VOLUNTARIOS.pdf	15/04/2018 12:28:25	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Modelo_TCLE_Modificado_2_PACIENTE.pdf	15/04/2018 12:26:45	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Carta_resposta_pendencia.pdf	15/04/2018 12:25:13	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Projeto_Modificado_atendendo_parecer.pdf	15/04/2018 12:19:47	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	carta_resposta_a_pendencia.pdf	22/02/2018 08:52:56	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Declaracao_do_comite_de_etica.pdf	18/02/2018 10:56:08	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	concordancia_apoio_da_Psicologa.pdf	18/02/2018 10:54:52	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Curriculo_lattes_Sara_Pereira_de_Deus.pdf	18/02/2018 10:47:52	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Marcelo_de_Mello.pdf	18/02/2018 10:47:14	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Curriculo_lattes_Giuliana_Muniz_Vila	18/02/2018	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito

Endereço: Rua 239
 Bairro: SETOR LESTE UNIVERSITARIO CEP: 74.605-070
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3243-7050 Fax: (62)3243-7050 E-mail: cepaccg@accg.org.br

ASSOCIAÇÃO DE COMBATE
AO CÂNCER DE GOIÁS - ACCG



Continuação do Parecer: 2.699.942

Outros	_Verde.pdf	10:46:26	DEUS	Aceito
Outros	Informacao_funcao_especifica_dos_Pesquisadores.pdf	18/02/2018 10:39:14	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Informacao_do_Endereco_dos_Pesquisadores.pdf	18/02/2018 10:38:06	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Informacao_detalhada_TCLE.pdf	18/02/2018 10:35:25	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Declaracao_comprometendo_apresentar_relatorios_semestrais.pdf	18/02/2018 10:32:36	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Declaracao_garantindo_informar_as_publicacoes CEP IEP.pdf	18/02/2018 10:31:01	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Declaracao_comprometendo_que_os_beneficios_retornaram_aos_participantes.pdf	18/02/2018 10:28:29	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Declaracao_comprometendo_anexar_os_resultados_Plataforma_Brasil.pdf	18/02/2018 10:27:20	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Declaracao_comprometendo_aguardar_o_parecer_do CEP ACCG.pdf	18/02/2018 10:26:14	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Orientadora_concordando_com_Projeto_de_Pesquisa.pdf	18/02/2018 10:21:40	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Autorizacao_diretor_tecnico_manuseio_de_protuario.pdf	18/02/2018 10:12:15	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Carta_solicitacao_manuseio_de_prontuarios.pdf	18/02/2018 10:02:30	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	autorizacao_do_chefe_do_setor_de_origem_do_paciente.pdf	18/02/2018 09:51:01	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Finalidade_da_Pesquisa.pdf	18/02/2018 09:28:42	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento_cep_ACCG.pdf	18/02/2018 09:26:35	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	ENTREVISTA_COM_O_VOLUNTARIO_ADO.pdf	18/02/2018 09:22:22	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	ENTREVISTA_COM_O_PROFISSIONAL_DA_SAUDE.pdf	18/02/2018 09:21:35	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	ENTREVISTA_COM_O_PACIENTE.pdf	18/02/2018 09:20:38	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Termo_de_anuencia.pdf	18/02/2018 09:16:56	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Setor_de_Arquivo_de_Prontuario.pdf	18/02/2018 09:09:24	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Humanas_PROFISSIONAL_DE_SAUDE_E_VOLUNTARIOS.pdf	18/02/2018 09:05:44	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_Humanas_PACIENTE.pdf	18/02/2018 09:05:12	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito

Endereço: Rua 239
 Bairro: SETOR LESTE UNIVERSITARIO CEP: 74.605-070
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3243-7050 Fax: (62)3243-7050 E-mail: cepaccg@accg.org.br

ASSOCIAÇÃO DE COMBATE
AO CÂNCER DE GOIÁS - ACCG



Continuação do Parecer: 2.699.942

Ausência	TCLE_Humanas_PACIENTE.pdf	18/02/2018 09:05:12	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_assinado_tres.pdf	18/02/2018 09:03:26	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	18/02/2018 08:59:15	SARA PEREIRA DE DEUS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 07 de Junho de 2018

Assinado por:
Elismauro Francisco de Mendonça
(Coordenador)

Endereço: Rua 239
Bairro: SETOR LESTE UNIVERSITARIO **CEP:** 74.605-070
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3243-7050 **Fax:** (62)3243-7050 **E-mail:** cepaccg@accg.org.br