

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA**

Mateus Figueiredo Martins Costa

**ANÁLISE DA RESPONSABILIDADE NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE:
PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E TRABALHADORES DO CENTRO DE SAÚDE
CAFEZAL**

**Belo Horizonte
2020**

Mateus Figueiredo Martins Costa

**ANÁLISE DA RESPONSABILIDADE NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE:
PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E TRABALHADORES DO CENTRO DE SAÚDE
CAFEZAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós graduação em Promoção da Saúde e Prevenção de Violência da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção de título de mestre.

Área de concentração: Promoção de Saúde

Orientadora: Prof^ª. Kênia Lara Silva

**Belo Horizonte
2020**

Costa, Mateus Figueiredo Martins.

C837a Análise da responsabilidade na assistência em saúde [manuscrito]: percepção dos usuários e trabalhadores do Centro de Saúde Cafezal. / Mateus Figueiredo Martins Costa. -- Belo Horizonte: 2020.
140f.: il.

Orientador (a): Kênia Lara Silva.
Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Participação Social. 2. Responsabilidade Social. 3. Assistência à Saúde. 4. Promoção da Saúde. 5. Atenção Primária à Saúde. 6. Dissertação Acadêmica. I. Silva, Kênia Lara. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: W 20.55.E7

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP



FOLHA DE APROVAÇÃO

ANÁLISE DA RESPONSABILIDADE NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE: PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E TRABALHADORES DO CENTRO DE SAÚDE CAFEZAL

MATEUS FIGUEIREDO MARTINS COSTA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

Aprovada em 08 de outubro de 2020, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Kenia Lara da Silva - Orientador
Universidade Federal de Minas Gerais

Prof(a). Isabela Silva Cancio Veloso
UFMG

Prof(a). Maria Teresinha de Oliveira Fernandes
PBH Secretaria Municipal de Saúde

Belo Horizonte, 8 de outubro de 2020.

RESUMO

O envolvimento do usuário do SUS, na elaboração e implementação das políticas públicas de saúde, é fundamental, para que consigamos atingir as reais necessidades de tal público. Para isso, é preciso ouvir e entender a percepção das pessoas a respeito da saúde, da responsabilização e do cuidado. A proposta deste estudo nasceu de uma inquietação, que encontramos, no cotidiano dos serviços de saúde da atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil: a pouca responsabilização dos usuários para com sua própria saúde. O objetivo do estudo foi analisar a responsabilidade acerca da assistência à saúde, a partir da perspectiva dos usuários do SUS adscritos a área de abrangência do Centro de Saúde Cafezal, na cidade de Belo Horizonte – MG, bem como dos trabalhadores da unidade. Desenvolveu-se um estudo de abordagem qualitativa exploratória cujos dados foram obtidos por meio de observação e da realização de grupos focais com usuários e trabalhadores do centro de saúde Cafezal. A análise dos dados utilizou da teoria social do discurso, por meio da abordagem da Análise do Discurso Crítica (ADC). Os resultados apontam para um grande desafio: alinhar o desejo e participação dos usuários, que, cada vez mais, se sentem coadjuvantes nos processos decisórios das políticas públicas de saúde, a um investimento na educação, para saúde e intersetorialidade. O conceito de saúde expresso pelos participantes remete não somente à ausência de doenças, mas à boa convivência entre os pares, na comunidade, à liberdade de ir e vir de “cabeça erguida”, e à felicidade, trazendo a saúde como o bem mais precioso da vida. Com isso, o desejo dos usuários é, fundamentalmente, voltado ao acesso ao cuidado em saúde, principalmente, ao atendimento médico, de maneira oportuna, em horários flexíveis voltado a sua demanda de momento, sendo vislumbrado, pela maioria, um modelo assistencial que, comparado ao que se tem em unidades de pronto atendimento, paralelamente a isso, trazem a importância da escuta qualificada e do acolhimento, bem como de atividades que vão além do atendimento propriamente dito. A responsabilização pela saúde foi atrelada à necessidade de seguir estritamente o tratamento prescrito pelo médico. Apesar de a maioria dos usuários se considerarem responsáveis pela sua saúde, identifica-se que as pessoas são coadjuvantes no processo de cuidado, estando o médico, o estado e Deus como protagonistas em tal relação. Há várias dificuldades para alcançar a corresponsabilidade, tais como: o acesso à informação e à educação de qualidade; a necessidade de investimento em ações de promoção de saúde em detrimento ao “imediatismo” trazido nos relatos de usuários e trabalhadores; bem como a garantia de espaços de controle social que proporcionem de fato aos usuários a livre manifestação dos seus desejos, resguardando o poder de decisão paritário, entre os participantes. Há uma crítica também às regras de funcionamento das unidades de saúde que, em virtude de suas limitações físicas e assistenciais, engessam o acesso aos serviços, baseados apenas nas condições da equipe de prestar os atendimentos, sem considerar as particularidades e necessidades dos usuários. Recomenda-se investir em educação em saúde junto aos usuários, por meio do fortalecimento dos espaços voltados ao controle social e promoção de saúde, favorecendo, assim, uma maior participação das pessoas nos processos de cuidado.

Palavras-chave: Participação social. Responsabilidade social. Assistência à saúde. Promoção da saúde. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

The involvement of the SUS user in the elaboration and implementation of public health policies is essential, so that we can reach the real needs of such public. For this, it is necessary to listen and understand people's perception of health, accountability and care. The purpose of this study was born out of a concern, which we find, in the routine of primary health care services in the Unified Health System (SUS), in Brazil: the low responsibility of users towards their own health. The objective of the study was to analyze the responsibility regarding health care, from the perspective of SUS users assigned to the coverage area of the Health Center Cafezal, in the city of Belo Horizonte - MG. A study with an exploratory qualitative approach was developed, whose data were obtained through observation and the realization of focus groups with users and workers of the Cafezal health center. Data analysis used the social theory of discourse, through the Critical Discourse Analysis (ADC) approach. The results point to a great challenge: to align the desire and participation of users, who, increasingly, feel supporting in the decision-making processes of public health policies, to an investment in education, for health and intersectoriality. The concept of health expressed by the participants refers not only to the absence of disease, but to the good coexistence between peers in the community, the freedom to come and go with their heads held high, and happiness, bringing health as the most precious asset of life. With this, the users' desire is fundamentally aimed at access to health care, mainly, to medical care, in a timely manner, at flexible times geared to their demand at the moment, being seen, by the majority, a care model that, compared to what is seen in emergency care units, in parallel to this, they bring the importance of qualified listening and welcoming, as well as activities that go beyond the service itself. Accountability for health was linked to the need to strictly follow the treatment prescribed by the doctor. Although most users consider themselves responsible for their health, it is identified that people are supporting the care process, with the doctor, the state and God as protagonists in such a relationship. There are several difficulties in achieving co-responsibility, such as: access to quality information and education; the need to invest in health promotion actions to the detriment of the "immediacy" brought in the reports of users and workers; as well as the guarantee of spaces of social control that actually provide users with the free expression of their wishes, safeguarding the power of equal decision, among the participants. There is also a criticism of the rules of operation of health units that, due to their physical and assistance limitations, block access to services, based only on the conditions of the team to provide care, without considering the particularities and needs of users. It is recommended to invest in health education with users, by strengthening spaces aimed at social control and health promotion, thus favoring a greater participation of people in the care processes.

Keywords: Social participation. Social responsibility. Health care. Health promotion. Primary health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Fluxograma de busca | 21 |
| Figura 2 – Localização física..... | 43 |
| Figura 3 – Fonte: CS Cafezal 2019..... | 46 |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|-----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 8 |
| 1.1 | Justificativa | 14 |
| 1.2 | Objetivos | 19 |
| 1.2.1 | Objetivo Geral..... | 19 |
| 1.2.2 | Objetivos específicos..... | 19 |
| 2 | REVISÃO DA LITERATURA | 21 |
| 2.1 | Controle Social | 22 |
| 2.2 | Educação em Saúde e Corresponsabilidade | 27 |
| 2.3 | Organização dos serviços de saúde para ampliar a corresponsabilidade | 29 |
| 3 | MATERIAIS E MÉTODOS | 32 |
| 3.1 | Pressupostos metodológicos | 32 |
| 3.2 | Cenário do Estudo..... | 33 |
| 3.3 | Procedimentos para coleta dos dados..... | 34 |
| 3.2.1 | Composição dos grupos focais..... | 36 |
| 3.4 | Análise dos dados empíricos | 39 |
| 3.5 | Aspectos Éticos | 41 |
| 4 | CENTRO DE SAÚDE CAFEZAL: UMA REALIDADE EM TRANSFORMAÇÃO | 42 |
| 4.1 | História do Centro de Saúde Cafezal..... | 43 |
| 4.2 | O Centro de Saúde Cafezal na perspectiva do pesquisador: resultados da observação | 45 |
| 5 | RESPONSABILIZAÇÃO E CUIDADO EM SAÚDE: DISCURSOS DE USUÁRIOS E TRABALHADORES DO CENTRO DE SAÚDE CAFEZAL | 53 |
| 5.2 | Conceito de saúde para usuários e trabalhadores: de uma perspectiva padronizada à uma visão ampliada | 54 |
| 5.3 | Responsabilidade pelo cuidado em saúde: posição dos atores sociais | 78 |
| 6 | RECOMENDAÇÕES PARA O SERVIÇO, A COMUNIDADE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS: ESTRATÉGIAS QUE PODEM POTENCIALIZAR A RESPONSABILIZAÇÃO PELO CUIDADO | 110 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 118 |
| | REFERÊNCIAS | 120 |
| | APÊNDICES | 125 |
| | APÊNDICE A – CONSOLIDAÇÃO DE ARTIGOS CIENTÍFICOS RECUPERADOS DURANTE A BUSCA | 125 |
| | APÊNDICE B –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - GESTOR . | 136 |
| | APÊNDICE C –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TRABALHADORES..... | 138 |
| | APÊNDICE D –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - USUÁRIOS | 140 |

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa representa o resultado de um dos questionamentos que mais fiz, no decorrer de minha trajetória profissional, no Sistema Único de Saúde (SUS). Compreender a percepção das pessoas acerca da responsabilidade em saúde, buscando por meio disso proporcionar conhecimentos que pudessem potencializar a atuação dos profissionais junto aos usuários, baseados nas reais necessidades, desejos, dificuldades e potencialidades de tais usuários. Isso se faz instigante, pois, apesar de toda evolução vivenciada ao longo do sistema de saúde brasileiro, é perceptível que ainda há muito o que aprender e aprimorar.

Diante da busca por essa contemplação, me propus a investir em um estudo, a partir do local onde minha inquietação surgiu, o Centro de Saúde Cafezal, unidade de saúde localizada na região Centro Sul de Belo Horizonte – MG, onde iniciei minha carreira profissional, como enfermeiro, no ano de 2007. Foi justamente no período que atuei na unidade, que me deparei com alguns entraves, na implementação de estratégias voltadas ao cuidado em saúde à população adscrita. Entraves que limitavam os resultados a princípio esperados pela equipe de saúde, e que de certa forma traziam frustração e desmotivação. Entender o que as pessoas buscam, nos serviços de saúde, bem como, suas dificuldades, a razão do envolvimento parcial, nos cuidados propostos, tornou-se uma meta para que conseguisse deixar minha contribuição como sanitaria e amante daquilo que eu faço.

Ao longo da pesquisa abordarei aspectos relacionados à promoção de saúde, a uma revisão bibliográfica acerca da temática estudada, bem como uma análise de relatos dos próprios usuários do Centro de Saúde Cafezal, e também dos trabalhadores da unidade, por meio de encontros realizados a partir da metodologia do grupo focal.

Não é possível falar de responsabilidade pelo cuidado em saúde sem refletir acerca do conceito de “Promoção de Saúde”, que consiste em favorecer que a população tenha condições de aspirar e buscar, no seu contexto, um estado adequado de bem-estar físico, mental e social, utilizando-se dos recursos disponíveis, sejam eles naturais, artificiais, governamentais ou não governamentais, presentes na sociedade. Não podemos encarar a saúde como um elemento isolado, mas, sim, como “fruto da riqueza” advinda de condições de vida de toda a população, o que envolve o acesso

a alimentação adequada, emprego e renda, moradia, lazer, cultura, bem como aos serviços de saúde propriamente ditos (BUSS, 2003).

Apesar de a saúde ter sido concebida como direito fundamental à população brasileira, pela Constituição de 1988, é fundamental que a sociedade se envolva na efetivação desse direito, bem como faça sua parte no que diz respeito ao autocuidado, ao envolvimento nas ações de promoção e prevenção, cuidado com o meio ambiente, além de participação nas instâncias de controle social.

Em um resgate histórico, é possível encontrar registros a respeito de ações de promoção de saúde, a partir do século XIX com Virchow, que relacionava condições de saúde com as condições de vida. Contudo, a terminologia “promoção da saúde” surgiu na década de 20 do século passado, com Winslow e, em 1945, com Sigerist, como uma das tarefas essenciais da medicina. A promoção da saúde compõe também o modelo da História Natural das doenças de Leavell e Clark, de 1958 (SOUZA; GRUNDY, 2004; WESTPHAL, 2006).

Na década de 1970, destacam-se o ‘Informe Lalonde’, o que fomentou o questionamento do paradigma biomédico dominante, além da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, convocada pela Organização Mundial da Saúde e realizada em Alma-Ata. Referido como um marco, a conferência marca um tempo a partir do qual um conjunto heterogêneo de práticas sociais nacionais e internacionais passa a colocar em análise indicadores de saúde, condições de vida e tecnologias sócio sanitárias.

A promoção de saúde apresenta-se como uma problemática para o campo da saúde, na medida em que articula uma nova racionalidade, na qual a saúde passa a ser disposta ao lado de condições de vida, renda, trabalho, lazer e educação, e não exclusivamente pelo prisma da doença e do organismo.

Na década de 1980, destaca-se a ‘Carta de Ottawa’, que apresenta um direcionamento para o que temos atualmente considerado como um marco conceitual, denominado nova promoção de saúde. A Carta de Ottawa e o ideário da Nova Promoção à Saúde consideram que a justiça social, a equidade, a educação, o saneamento, a paz, a habitação, o salário digno, a estabilidade do ecossistema e a sustentabilidade dos recursos naturais são pré-requisitos essenciais à saúde da população.

Assim, a ideia de promoção de saúde recomenda como eixos de suas estratégias e ações: (a) a constituição de políticas públicas saudáveis; (b) a criação

de ambientes sustentáveis; (c) a reorientação dos serviços de saúde;(d) o desenvolvimento da capacidade dos sujeitos individuais; e (e) o fortalecimento de ações comunitárias (CARVALHO, 2004).

Quando a Organização Mundial da Saúde define o conceito de “saúde” não somente como ausência de doenças, mas como um conjunto de fatores que, associados, e em equilíbrio, possibilitam qualidade de vida às pessoas, é fundamental que repensemos as nossas políticas públicas, bem como a importância do envolvimento das comunidades na prevenção de situações que comprometam a vida em sociedade, as desigualdades encontradas em nosso país e suas consequências, não somente no âmbito de doenças crônicas ou agudas, mas, também, no que diz respeito à violência, aos preconceitos diversos, além de problemas ambientais enfrentados por parte considerável da população que, em virtude da marginalização presente em nosso contexto social, fica mascarada por indicadores que são mais convenientes de serem expostos.

A “Promoção da saúde” – PS é uma estratégia fundamental para que consigamos alcançar melhores índices epidemiológicos, sanitários bem como de qualidade de vida e felicidade das pessoas, pelo fato de buscar reconhecer, no contexto, todos os elementos que direta ou indiretamente contribuem de maneira negativa na vida dos indivíduos.

Carvalho *et. al.* (2004) enfatizam que a Promoção da Saúde, além de campo de formulações teóricas, é, sobretudo, um espaço de manifestações práticas na realidade social e, no Sistema Único de Saúde, é uma estratégia conceitual e prática para a mudança no modelo de organização dos serviços de saúde. Os autores apontam ainda a importância de uma promoção à saúde que aborde a saúde de uma maneira mais ampla, direcionando seu foco para a qualidade de vida e desejos das pessoas, permitindo, assim, que os usuários possam participar do processo de cuidado sem se culparem por muitas vezes não adotarem determinadas recomendações, que são quase que “impostas” pelos profissionais.

Com isso, os autores ressaltam que a informação é importante e necessária, mas não é suficiente. É preciso investigar e agir sobre as possibilidades e interesses dos sujeitos e coletividades em efetivar o que é informado ou prescrito, seja por serviços e profissionais de saúde, seja pela mídia leiga ou especializada.

Carvalho (2017) destaca que frequentemente as ações e programas de saúde centrados em comportamentos fracassam porque buscam convencer sujeitos a

modificá-los, a partir da consideração de que seriam prejudiciais ou arriscados à saúde e à vida. Assim, acredita-se que a informação está no centro, quando ela é somente parte de um processo para reconstruir representações, em meio à subjetividade e uma racionalidade limitada, quando se trata de riscos, especialmente, de riscos em saúde. Dessa forma, temos que pensar em uma promoção de saúde reconfigurada, na qual não esteja proposta a “conversão” do indivíduo em um discípulo de salubridade, pois, assim, o problema muda de ser a falta de autodomínio e passa a ser um problema de equilíbrio entre autocontrole e desejo, racionalidade e prazer.

Assim, uma PS ‘desejável’ deve tomar como ponto de partida o reconhecimento não apenas de liberdade pessoal e informada, mas também de desejos conflitantes. Logo, a mudança de comportamento se dará por meio do aumento da autonomia, assim buscar-se-á alcançar maior participação e envolvimento de sujeitos e coletivos com as decisões relacionadas com a sua saúde. A construção de tais possibilidades, na relação entre sujeitos, trabalhadores e serviços de saúde, relaciona-se com a negociação e conquista, com o poder compartilhado, com saberes distintos, mas igualmente importantes (KARLSEN; VILLADSEN, 2016).

A proposta deste estudo nasceu de uma inquietação que encontramos no cotidiano dos serviços de saúde da atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil: a pouca cor responsabilização dos usuários para com sua própria saúde, e, não somente no que diz respeito a um quadro patológico propriamente dito, mas, também, com relação a alimentação saudável, prática de atividades físicas, aos altos índices de desigualdades sociais e violência encontrados em nosso país, além de cuidados com o ambiente em que se está inserido.

É dever do ente público prover condições para que os serviços públicos de saúde prestem a devida assistência à população, mas a população é parte fundamental para que o cuidado aconteça de maneira efetiva e abranja também o bem coletivo.

É sabido que a apropriação e o envolvimento dos usuários no cuidado dependem de uma série de fatores, tais como: vínculo, acesso, fatores socioeconômicos, empatia com o profissional. Contudo, para apontar soluções bem como direcionamentos para a implementação de políticas de saúde efetivas, é necessário analisar o que os usuários do SUS entendem sobre sua responsabilidade acerca de sua própria saúde, fator essencial para gestores e profissionais poderem repensar estratégias, políticas assistenciais que vão ao encontro das reais

necessidades das pessoas, tendo elas como protagonistas no processo do cuidado.

Carvalho *et. al.* (2004) discutem o conceito de empoderamento apontando-o como eixo central da promoção a saúde. Partem do princípio de que usuários empoderados são decisivos na superação das grandes deficiências do movimento de promoção à saúde, criticado pela ausência de propostas e estratégias consistentes de reorganização da prática assistencial. Com isso, o empoderamento pode nos instrumentalizar no delineamento de ações que tenham como objetivo a superação da desigualdade de poder que predomina na relação entre os profissionais e usuários. Sugere-se, dessa forma, trabalhar com uma noção de parceria entre profissionais, indivíduos e comunidades no lugar da relação hierárquica, que confunde o trabalhador com o provedor de serviços e o usuário com o cliente. Os autores acrescentam, ainda, a importância de os sistemas de saúde serem intelectualmente aceitáveis e suficientemente simples para permitir uma rápida localização, perante qualquer ideia, problema ou atividade relacionada à saúde: uma espécie de mapa do território da saúde.

Ao analisar o contexto atual dos serviços de saúde, o que se observa é uma realidade marcada por normatizações e racionalidades, no controle social dos corpos individuais e coletivos, e que não promove a autonomia das pessoas, nos seus hábitos de vida (SILVA *et. al.*, 2009).

Verifica-se, em tal prisma, nas práticas cotidianas, uma relação de dependência dos usuários para com as tecnologias de saúde bem como para com os profissionais de saúde, o que conseqüentemente limita a efetividade das políticas públicas existentes bem como os resultados alcançados.

Ao mesmo tempo, encontramos profissionais com formações diversas, que não agregaram ao seu processo de trabalho ferramentas de compartilhamento de saberes e práticas, como forma de construção de projetos terapêuticos singulares e coletivos. Encontramos, na verdade, receitas prontas de cuidados e/ou práticas, que, por serem prontas, na maioria das vezes, são contraditórias com a diversidade cultural, social, desejos e/ou ambições dos principais sujeitos desse processo: os usuários.

É fundamental aprofundar os estudos acerca da responsabilidade sanitária, buscando analisar a percepção dos principais atores do supracitado contexto bem como de todo referencial teórico e de experiências vivenciadas no país, a fim de construir estratégias mais condizentes com a realidade daqueles que prestam o serviço de saúde, dos que gerenciam esses serviços e de todos que, direta ou

indiretamente, usufruem dos serviços prestados. Se pararmos para analisar o desenho das redes de saúde no Brasil, veremos que, apesar de trabalharmos com diretrizes e conceitos que visam ampliar o acesso a saúde a todos, a partir de uma proposta a ser construída conjuntamente com a população, por meio do controle social, na prática, visualizamos muitas regras que acabam por engessar e dificultar a participação das pessoas no sistema.

Na atual organização brasileira, os usuários do SUS da rede básica de saúde não podem escolher o local onde vão se vincular para receber atendimento, pois as divisões de áreas de abrangências das unidades são previamente determinadas, com base em mapeamentos que, muitas vezes, não envolvem a participação das pessoas.

Dessa forma, essa organização não contempla determinadas especificidades locais, principalmente, em regiões dominadas pelo tráfico de drogas, dificultando assim o acesso das pessoas aos atendimentos básicos, sem falar na população economicamente ativa que, por trabalhar fora da área de abrangência de sua residência, só conseguem acesso aos serviços de saúde somente em situações agudas.

Trago essa reflexão para enfatizar que, apesar de reconhecermos a importância da participação dos usuários no SUS, o próprio sistema, que prega universalidade, por vezes, apresenta barreiras para o direito de escolha ou vinculação do usuário. Com isso, como promover responsabilização dos usuários se não respeitamos, não reconhecemos e não valorizamos de fato suas escolhas e necessidades?

Refletindo sobre a situação atual no campo da saúde podemos levantar alguns questionamentos: O usuário do sistema único de saúde (SUS) se sente parte e responsável pela sua saúde? Se sim, quais são os fatores motivadores para tal? Se não, quais são os dificultadores que o impedem de participar? Os serviços de saúde atendem às reais necessidades dos usuários? O que as pessoas consideram como “saúde”?

As respostas para tais questionamentos podem nos apontar caminhos para novos rumos, de como, de maneira coletiva e com participação social, podemos redesenhar as políticas e estratégias do sistema de saúde pública brasileiro.

Dessa forma, esse estudo tem como objetivo analisar a responsabilidade acerca da assistência à saúde a partir da perspectiva dos usuários do SUS adscritos à área de abrangência do Centro de Saúde Cafezal, na cidade de Belo Horizonte –

MG.

1.1 Justificativa

O envolvimento do usuário do SUS, na elaboração e implementação das políticas públicas de saúde, é fundamental para que consigamos atingir as reais necessidades desse público. Para tal, é preciso ouvir, e entender a percepção das pessoas sobre a sua perspectiva a respeito da própria saúde, responsabilização e cuidado. Imaginar ações a partir de teorias pautadas naquilo que achamos que será viável para um público alvo, muitas vezes, não é a melhor maneira de se chegar ao objetivo esperado. É fundamental ouvir e entender o que os usuários têm a dizer, na pretensão de respeitar as particularidades individuais e coletivas, e, dessa forma, acertadamente, propor políticas de saúde mais próximas da realidade.

Assim, é importante antes de criticar que os usuários do SUS não se corresponsabilizam com o seu próprio cuidado, entender a percepção das pessoas sobre a saúde, individual e coletiva, e seu entendimento a respeito das suas responsabilidades como usuários e cidadãos.

Com isso, pode-se criar espaços de reflexão, um ambiente favorável para o estímulo à cidadania e ao envolvimento das pessoas com o bem coletivo. Promover saúde deve ser uma ação ascendente, partindo das necessidades e particularidades da população até se chegar à gestão e à elaboração das políticas.

Para tal, é fundamental fomentar o empoderamento dos usuários, criando condições para que eles efetivamente se sintam parte do processo de construção de projetos terapêuticos singulares ou coletivos, em toda cadeia que permeia o conceito integral de saúde, na promoção da saúde, prevenção, bem como no acesso a trabalho, cultura e lazer, para que, de maneira compartilhada, possamos elaborar políticas públicas, que contemplem condições de vida saudáveis.

Carvalho & Gastaldo (2008) trabalham com o termo empoderamento. Os autores consideram o empoderamento social como um processo que conduz à legitimação e dá voz a grupos marginalizados. Ao mesmo tempo: remove barreiras, que limitam a produção de uma vida saudável, para distintos grupos sociais; indica processos que procuram promover a participação social visando ao aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades, à eficácia política, a uma

maior justiça social e à melhoria da qualidade de vida.

Carvalho & Gastaldo (2008) fazem uma crítica às tecnologias comumente utilizadas, que tem como objetivo disciplinar, transformar e melhorar os seres humanos. Com elas, os profissionais de saúde escolhem qual a melhor forma de cuidado para determinado usuário, sendo tal forma colocada como única escolha a ser seguida pela pessoa. Essas situações geram a sensação de fracasso tanto pelos usuários tanto pelos profissionais, nas situações nas quais em que os objetivos não são alcançados. Os autores nos convidam a refletir sobre as verdades que sustentam os discursos de persuasão utilizados no cotidiano dos atendimentos de saúde, pois o que pode ser considerado uma pessoa sadia? Qual o objetivo do empoderamento? Fazer com que as pessoas sejam críticas, questionadoras e utilizem das informações que recebem, para melhor direcionar seu processo de cuidado, ou fazer com que as pessoas cegamente sigam aquilo que é decidido para elas?

É importante ressaltar que empoderar é resgatar a autonomia do sujeito, é fazer o usuário dos serviços de saúde parte fundamental no processo do cuidado, para que tenhamos melhores resultados, por meio de ações devidamente acordadas e esclarecidas entre as partes envolvidas. Com isso, quebram-se as barreiras da hierarquia, do cuidado, bem como do conhecimento, para que possamos deixar de ter pacientes e tenhamos cidadãos conscientes de seus direitos e responsabilidades, fazendo uso desses atributos, para um melhor planejamento de suas vidas.

Nessa direção, é importante discutir os conceitos de responsabilidade e corresponsabilidade, termos amplamente utilizados quando se trata de assuntos relacionados a cidadania, cuidado em saúde, promoção de saúde, *etc.*

Em uma busca a respeito de responsabilidade encontramos as seguintes definições:

Responsabilidade é um substantivo feminino, com origem no latim, e que demonstra a qualidade do que é responsável, ou a obrigação de responder por atos próprios ou alheios, ou por uma coisa confiada. A palavra responsabilidade está relacionada com a palavra em latim *respondere*, que significa “responder, prometer em troca”.

Ser responsável significa ter a capacidade de cumprir com os seus compromissos. A responsabilidade não está relacionada apenas com o campo profissional (por exemplo, qualquer trabalhador deve cumprir sua jornada de trabalho de forma eficiente).

Para o termo corresponsabilidade foram encontradas as seguintes definições:

- Responsabilidade compartilhada; qualidade da pessoa que é responsável em conjunto com outra ou com outras pessoas, geralmente sendo ambas protagonistas de uma ação e respondendo conjuntamente por seus atos.
- Conceito de corresponsabilidade. A responsabilidade partilhada recebe o nome de corresponsabilidade. Isso significa que essa responsabilidade é comum a duas ou mais pessoas, as quais partilham de uma obrigação ou de um compromisso.

Analisando as respostas encontradas, para os dois conceitos, observamos que eles podem se complementar em determinada situação. O conceito de responsabilidade se apresenta mais sólido e específico, possibilitando que tenhamos maior clareza daquilo que foi pactuado. Já a corresponsabilidade, como o próprio conceito traz, é uma responsabilidade compartilhada, que exige compasso na apuração dos resultados de um acordo, se o mesmo não foi feito de maneira a respeitar as limitações, potenciais e condições de cada parte. No caso da responsabilidade, ela tende a se mostrar ao mesmo tempo de uma maneira geral, mas também se traduz em clareza daquilo que determinada pessoa tem responsabilidade, sendo assim mais objetiva.

Nogueira *et. al.* (1989), ao dissertarem sobre o tema “Responsabilidade Pessoal”, dizem que “o homem é um ser cuja responsabilidade é construir-se construindo o mundo”, pois, a partir da modelagem de suas ações, ele busca de maneira constante e criativamente transformar sua realidade histórico-social. Para isso, ele precisa tomar consciência de si e do mundo, não podendo para tal estar alienado de todo o seu contexto social. Um ponto-chave para o entendimento da “responsabilidade”, é que antes de tudo se tenha “liberdade”, pois as obrigações e responsabilidades partem do entendimento dos sujeitos, que livres e em convivência com os outros, entendem que é necessário estabelecer regras para que o convívio em sociedade aconteça de uma maneira mais harmoniosa possível.

Apesar da descrição feita acima, a respeito dos conceitos de “responsabilidade” e “corresponsabilidade”, ainda é escassa a literatura que trate de maneira clara os seus significados, principalmente, quando tentamos relacioná-los com o cuidado em saúde. Trata-se na verdade de um “nó crítico”, pois, apesar de compreendermos de maneira geral a importância da responsabilidade e corresponsabilidade no campo da saúde, não encontramos elementos, na própria literatura, que tragam uma definição

clara do entendimento acerca deles.

Contudo, é possível afirmar que responsabilidade/corresponsabilidade são fundamentais, para se alcançar a efetivação dos processos de cuidado, bem como das políticas públicas, sendo que, podemos pensar nos dois conceitos em ações de cunho individual e coletivo. No caso da responsabilidade, entretanto, temos o “peso” daquilo que é mais específico, que depende da atuação de alguém para acontecer, sendo, assim, mais objetiva a análise das metas alcançadas ou não em determinado contexto. Mendes (2012) aborda a importância de uma reformulação na elaboração e implementação das formas de cuidado, trazendo o usuário para o centro da atenção à saúde, desvestindo-o da figura de “paciente”, que aceita de maneira passiva tudo o que é lhe oferecido e apresentando uma nova perspectiva de abordagem, na qual a pessoa é parte fundamental no processo de saúde-doença, sendo protagonista de sua saúde.

Nessas condições, busca-se romper barreiras da hierarquia ainda existente na relação médico-paciente, trazendo a pessoa para o centro da discussão, na qual ela tem voz e vez, e suas reais necessidades e dificuldades são colocadas como elementos fundamentais e estruturantes na construção de planos terapêuticos singulares e coletivos.

Mendes (2012) também traz a necessidade de o foco das atenções não ser a doença, mas, sim, a pessoa, pois somente assim os profissionais envolvidos no cuidado conseguirão atuar como facilitadores, nesse processo, e não como caçadores de patologias. O autor aponta que um dos pontos mais importantes na crítica aos sistemas fragmentados de atenção à saúde, com foco nas condições agudas e nas agudizações das condições crônicas, é a destituição das pessoas usuárias como agentes de sua saúde, o que se expressa, rotineiramente, na queixa sistemática dessas pessoas de que não são ouvidas pela equipe de saúde e de que não participam proativamente de seu tratamento. Como afirma Mc Whinney apud Mendes (2012), há que se conhecer a pessoa antes de se conhecer suas doenças.

Picker *apud* Mendes (2012) estabelece oito princípios da atenção centrada na pessoa: respeito aos valores, às preferências e às necessidades expressadas pelas pessoas; coordenação e integração da atenção; informação, comunicação e educação; conforto físico; suporte emocional e alívio do medo e da ansiedade; envolvimento da família e dos amigos; continuidade e transição; e acesso à atenção.

A Política Nacional de Humanização (PNH), publicada no ano de 2013, pelo

Ministério da Saúde do Brasil, afirma que é fundamental a inclusão dos usuários do SUS, bem como dos trabalhadores de tal sistema, nos processos de gestão bem como da implementação de estratégias de saúde, para que todos os citados sujeitos se sintam agentes ativos das mudanças nos serviços de saúde, sendo essa uma poderosa ferramenta para a ampliação da corresponsabilidade no cuidado dos outros e de si próprio.

A PNH (2013) apresenta o princípio da “transversalidade”, no qual se reconhece a importância das relações entre os principais sujeitos envolvidos, nos processos de cuidado no SUS, no intuito de ampliar o grau de comunicação e contato entre as pessoas e os grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas, reconhecendo, assim, as diferentes especialidades e práticas, de uma forma que, por meio do diálogo, possam ser valorizadas as experiências daqueles que são assistidos, pois, juntos, podem produzir saúde de uma maneira mais corresponsável.

Outro princípio apresentado no texto da PNH (2013) é o da “dissociabilidade entre Atenção e Gestão”, que reconhece o impacto das decisões da gestão na atenção à saúde, indicando, assim, a necessidade do conhecimento dos trabalhadores e usuários de todos os processos que envolvem a gestão do SUS, assim, como da participação ativa dos processos decisórios, assumindo, assim, uma posição de protagonistas, o que envolve não somente o cuidado individual, mas também das coletividades.

Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde (PNH, 2013, p. 04).

Vale destacar a importância do respeito aos valores, as preferências e necessidades da pessoa, e, para isso, elas devem ser prontamente informadas de sua condição de saúde e envolvidas no processo decisório.

A atenção centrada na pessoa coloca o conceito-chave da aliança terapêutica que consiste na construção de uma agenda comum, na troca de informações, nas decisões compartilhadas e no estabelecimento de relações de confiança, de respeito e empáticas entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde. Há evidência de que quando a aliança

terapêutica se institui, possibilita-se uma maior adesão aos tratamentos e obtêm-se melhores resultados sanitários. A aliança terapêutica estrutura-se com base num estilo comunicacional efetivo e na construção de relações afetivas dinâmicas entre equipe de saúde e pessoas usuárias. Quando se institui a aliança terapêutica, há uma maior adesão aos tratamentos e obtêm-se melhores resultados sanitários (MENDES, 2012, p. 251).

Este trabalho traz os seguintes questionamentos, para serem discutidos e respondidos, ao longo da pesquisa:

- Os usuários do SUS, cadastrados na área de abrangência do Centro de Saúde Cafezal, se consideram partes e responsáveis pelo cuidado em saúde?
- As políticas públicas de saúde vigentes bem como as estratégias implementadas nas rotinas dos serviços de saúde estão de acordo com as reais necessidades de tais usuários? O que os referidos usuários esperam dos serviços de saúde?
- Como construir a cor responsabilização do usuário, para o cuidado em saúde no âmbito individual e coletivo?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar a perspectiva dos usuários do SUS adscritos à área de abrangência do Centro de Saúde Cafezal, no município de Belo Horizonte, vinculados às Equipes de Saúde da Família, trabalhadores e gestor da mesma unidade, acerca da responsabilidade com o cuidado saúde.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar a percepção dos usuários sobre responsabilidade com o cuidado em saúde;
- Analisar os fatores facilitadores e limitadores da corresponsabilidade.
- Identificar estratégias nos serviços de saúde que potencializam a

responsabilização pelo cuidado.

2 REVISÃO DA LITERATURA

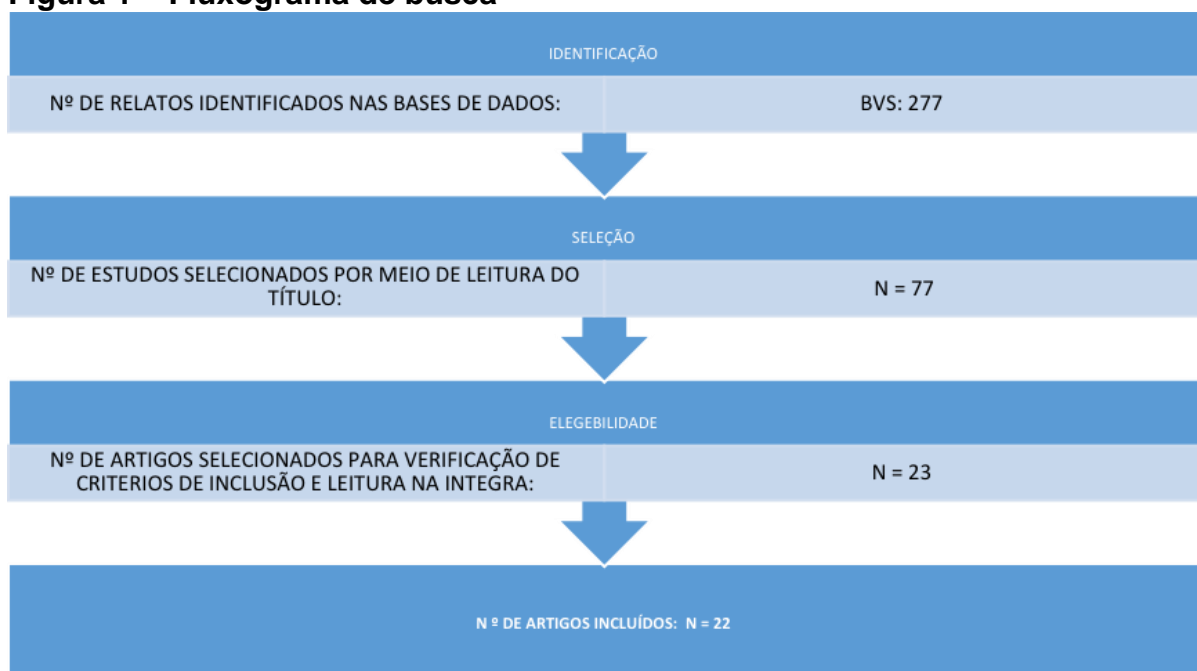
O capítulo de revisão de literatura deste estudo é parte fundamental e desafiante, dada a complexidade de se buscar elementos que permitam a compreensão da corresponsabilidade dos usuários dos serviços de saúde, a partir de sua percepção.

Para a construção da revisão, foi realizada uma busca literal nas bases de dados LILACS e MEDLINE via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os seguintes descritores: Participação social, responsabilidade social, assistência à saúde, promoção da saúde e atenção primária à saúde. Na primeira busca, chegamos a um número de 277 artigos, sendo sua maioria escritos na língua portuguesa, mas também estudos internacionais escritos em espanhol e em inglês.

Posteriormente, foi realizada uma leitura dos títulos dos estudos, buscando averiguar se tinham correlação com a temática a ser trabalhada. Foram filtrados setenta e oito trabalhos, a partir dos quais foi realizada a leitura dos resumos, buscando estudos que respondessem aos objetivos propostos. Na referida fase, foram selecionados 22 artigos, sendo 17 desenvolvidos no Brasil e cinco artigos internacionais.

Segue abaixo fluxograma da busca:

Figura 1 – Fluxograma de busca



Fonte: o autor.

Com a amostra final, foi realizada a leitura integral de cada artigo, extraindo informações sobre título, ano de estudo, revista de publicação, referencial teórico, objetivos, metodologia, principais achados, *link* de busca, cidade onde foi realizado o estudo e o idioma. Essas informações foram consolidadas em uma planilha. Em anexo, nesta pesquisa, está a planilha consolidada dos artigos lidos na totalidade, com informações-chave a respeito dos estudos.

Ao analisar os estudos da busca literal, foi possível organizar os achados em três temas: Controle social; Educação em Saúde e corresponsabilidade; e Organização dos serviços, para ampliar a corresponsabilidade.

1.3 Controle Social

O controle social é peça fundamental, na garantia do acesso aos serviços de saúde de qualidade, bem como do aperfeiçoamento dos processos e da construção de uma sociedade mais justa.

Pensando no contexto e estratégias utilizadas no histórico recente das políticas públicas de saúde, destaco o estudo de Bispo Junior e Martins (2014), no qual são demonstradas as percepções de conselheiros de saúde em relação à participação na Estratégia de Saúde da Família. Os autores revelam que, apesar do reconhecimento da importância do controle social, na implementação de políticas públicas de saúde, existe uma frustração dos usuários referente a sua participação junto às ações comunitárias, pois se criam inúmeras expectativas, sendo muitas delas irrealistas e atreladas ao modelo biomédico e que, por isso, acabam não se concretizando.

Os autores ressaltam ainda a pouca efetividade e governabilidade que a comunidade tem na tomada de decisão, planejamento e construção das estratégias de saúde, evidenciando, assim, que, na conjuntura atual, a capacidade dos conselhos de saúde influenciarem os rumos das políticas públicas é baixa.

Os resultados indicam também que a participação dos usuários, nos conselhos de saúde, é uma questão complexa, na qual a comunidade acaba sendo representada por poucos, poucos e que criam um ambiente fechado aos interesses individuais daqueles que estão envolvidos, dificultando a inserção de novas pessoas, ficando a participação limitada sempre às mesmas figuras.

Bispo Junior e Martins (2014) enfatizam ainda, que, para além dos fatores

colocados, a forma em que estão organizados os serviços de saúde bem como a desmotivação dos profissionais, também ajudam a explicar o desinteresse das pessoas na participação social, pois, como formadores de opinião que são, e pelo conhecimento que detém, poderiam estar mais envolvidas, na formação e na parceria junto à sociedade, na busca de um sistema de saúde mais participativo de acordo com as reais necessidades das pessoas.

Fica evidenciado que os profissionais consideram a participação comunitária um atributo mais dependente da própria comunidade do que das ações executadas por eles, o que nos leva a crer que as equipes de saúde da família ainda não compreendem a interface entre suas ações e o papel político e ideológico da participação comunitária, para a consolidação do modelo de atenção.

Para Damasceno *et. al.* (2010), a participação social é atributo imprescindível da atenção primária à saúde, por sua capacidade de construir corresponsabilidades de um fazer em saúde comprometido com o contexto e com as exigências locais.

Baseado no que foi apontado por Nepomuceno (2009) *apud* Gois (2005), a comunidade deve ser compreendida por meio de elementos como: economia, relações sociais, instituições, tempo livre, cultura modo de vida, história, símbolos e ideologias, subjetividade social e pessoal. Dessa forma, é fundamental que a sociedade seja incluída nos processos de construção e implementação de políticas públicas, mas, não como meros espectadores, e, sim, como protagonistas que detém conhecimentos práticos e também teóricos baseados nas suas experiências sociais e de vida em comunidade, para que, assim, as pessoas se sintam partes e corresponsáveis pelo cuidado individual e coletivo.

Outro estudo que trata sobre a participação social na saúde e que chamou a atenção entre as literaturas encontradas, durante a busca, se refere a uma publicação de Sanabria (2001), na Revista Cubana de Saúde Pública, denominada “Participação social e comunitária. Reflexões”. Esse trabalho foi desenvolvido em Havana, Cuba, e buscou analisar os diferentes pontos de vista e resultados de pesquisas específicas no campo da participação social e comunitária, para a solução de problemas de saúde.

Os resultados apontam que a participação social é fundamental para o exercício de cidadania e da construção de uma sociedade mais justa e equânime. Porém, no contexto atual, os processos de participação social são muito fragmentados e pautados no individualismo, o que torna sua efetividade e resposta muito limitada ao que é esperado, e, conseqüentemente, geram frustração tanto para trabalhadores

quanto para a sociedade, reforçando, assim, o descrito anteriormente.

O autor aponta, ainda, que a maior limitação para a participação social na saúde é a cultura do sistema de saúde, em sua maioria, paternalista, centralizadora e populista, no qual se restringe a tomada de decisões a poucos atores. Com isso, as pessoas, em geral, acreditam que não são responsáveis por aquilo, fazendo com que as relações entre sociedade e serviços seja superficial, individualista e imediatista.

Conforme o evidenciado nos estudos analisados, fica clara a necessidade de aprimorar estratégias, no intuito de propiciar mudanças, no contexto atual, pois, apesar de termos um entendimento comum da importância da participação social, os mecanismos implementadores, bem como os sujeitos envolvidos, não conseguiram estabelecer uma formatação de trabalho que permita que se tenha, além de espaços voltados à participação de todos, as garantias de efetividade e governabilidade a partir das funções de cada um.

Bispo Junior e Martins (2014) apontam para a importância da remodelagem da arquitetura do Sistema Único de Saúde, bem como dos mecanismos de participação social, no intuito de propiciar o envolvimento direto dos usuários, nos processos de discussão, deliberação e controle das políticas de saúde. Para tal, a sociedade deve ser dotada de meios e instrumentos, para interferir, analisar e fiscalizar os serviços de saúde, pois é questionado se os mecanismos disponíveis na legislação vigente permitem essa atuação. A impressão que se tem, é que, apesar das garantias conquistadas, para o controle social, a efetivação delas acaba se distanciando do real desejo das pessoas.

Em parte, isso se deve aos fatos de os usuários não terem o devido conhecimento de causa, os gestores, convenientemente, articularem mecanismos, que desfavorecem e desagregam a construção das coletividades na participação e controle social, como forma de beneficiar seus interesses. Por outro lado, os usuários sem formação cidadã e coletiva, fazem uso desses espaços, como ferramenta de busca por interesses individuais, situação que compromete a força e a credibilidade dos conselhos no sistema público de saúde.

Um exemplo da dificuldade que a população tem em ter poder decisório, na implementação e planejamento das ações de saúde, diz respeito ao direito restrito que as pessoas têm atualmente no simples fato de poder escolher onde receber assistência básica de saúde.

Um dos princípios organizativos da atenção primária e da estratégia saúde da

família determina que a população assistida por uma unidade de saúde deva estar adscrita e definida em um território previamente cadastrado. Essa condição pode, em situações específicas, restringir o acesso de parte da população aos cuidados de saúde, pois em regiões que estão sob o domínio de gangues rivais, ou mesmo onde as pessoas ali residem, mas trabalham em outros locais da cidade, e, com isso, só conseguem acesso aos serviços de saúde em situações agudas, quando procuram as portas de urgência das unidades. Com isso, temos um desafio de garantir o acesso universal das pessoas às unidades de saúde, frente às regras, que se sobrepõem ao desejo e à necessidade dos usuários.

Assim, questiona-se como garantir a participação social daqueles que não tem sequer o direito básico de se vincular à unidade de saúde ou equipe do seu interesse, principalmente, porque a vinculação a determinado serviço não pode ser imposta. Fato é que as pessoas precisam ser escutadas, terem sua opinião e desejo respeitados e alinhados com as políticas públicas.

Como apontado pelos autores, os conselhos de saúde, na maioria das vezes, acabam por atuar somente em consequência e de forma pontual, em situações específicas, questionando o não-acesso de “determinada pessoa” a consultas ou exames, mas pouco se tem de participação voltada ao entendimento da organização dos serviços de saúde bem como das condições necessárias, para que os serviços acolham e respondam de maneira satisfatória às demandas de toda a comunidade.

O receio de compartilhar o poder e a visão instrumentalizada de participação da comunidade, oculta o ideal previsto na constituição e normas legais, pois, apesar de todas as exigências de participação implementadas, por meio de representatividade numérica e paritária, o que encontramos na realidade é quase uma “brincadeira de faz de conta”. Nesse sentido a gestão cria e legitima os espaços, elegem-se aqueles de interesse próprio, e as ações e estratégias que deveriam ser amplamente debatidas e construídas ficam restritas ao poder decisório de um ator, ocasionando, assim, o enfraquecimento e a desmotivação das comunidades (RESTREPO *et. al.*, 2007).

Nepomuceno (2009) reafirma o desencantamento da população com a participação social na saúde. No que tange à relação entre a comunidade e os serviços de saúde, o estudo aponta para a necessidade de evoluir e aproximar os atores envolvidos, no processo do cuidado, principalmente, no que diz respeito à corresponsabilidade do usuário na assistência; ao envolvimento dos profissionais na

construção dessa corresponsabilidade; bem como da leitura feita por eles da relação entre os serviços e a comunidade.

Apesar das limitações apontadas, os autores concluem que é possível perceber a inter-relação entre a participação social e as ações de aprimoramento dos serviços e da promoção da saúde. Fica evidenciado que é necessário maior investimento na formação profissional bem como dos cidadãos, a fim de promover a cultura social, pois, na atual conjuntura, ainda estamos distantes do que podemos considerar ideal, e para isso é essencial ouvir, valorizar e respeitar os interesses da sociedade.

Restrepo *et. al.* (2009) apontam a participação social como um meio e um fim na busca por transformação de ambientes e fortalecimento das respostas de uma gestão compartilhada baseada nas reais necessidades das pessoas. Assim, a participação social é atribuída como um imperativo para se alcançar saúde e qualidade de vida, e passa a ser uma responsabilidade do estado garantir condições de exercício dessa obrigação social.

Como forma de efetivar e garantir condições para a participação comunitária, Domitrovic *et. al.* (2013) apontam a importância do papel do mediador no incentivo ao controle social nas ações de promoção à saúde. Na referida pesquisa, foi investigado o funcionamento de dois conselhos locais de saúde ligados a duas unidades. O autor faz uma associação entre o entendimento da população estudada sobre participação social e os conceitos da psicologia comunitária, que traz novos elementos para pensar na participação comunitária como a “capacidade de se preocupar com o outro”, mesmo que não tenha um vínculo afetivo e familiar com os envolvidos.

A teoria da psicologia comunitária salienta que o ato de participar ou se preocupar com o outro é inerente ao ser humano, está dentro de nós, é algo que todos têm, e isso deve ser resgatado e permanentemente estimulado para que as pessoas evoluam nas suas relações sociais, gerando, assim, uma rede de solidariedade. Nessa linha, o vínculo é um elemento fundamental na construção de corresponsabilidade no cuidado, e no vínculo entre a comunidade e os serviços de saúde. O vínculo é um processo que depende de inúmeros fatores, desde a acessibilidade, territorialidade dos serviços, bem como acolhida e resolutividade. A vinculação não pode ser imposta, ela deve ser construída de maneira coletiva entre os atores do processo.

Por meio da psicologia comunitária, é possível compreender que o desenvolvimento comunitário significa um esforço, no sentido de integrar a população

local e o governo, no intuito de melhorar as condições socioeconômicas da comunidade.

1.4 Educação em Saúde e Corresponsabilidade

É importante ressaltar que a educação é base fundamental de qualquer sociedade, pois, além de propiciar conhecimentos para a vida, a educação promove senso crítico, responsabilidade, além de ser fonte de liberdade. Nenhuma sociedade consegue alcançar níveis satisfatórios de desenvolvimento humano se não se tem uma boa educação.

Em tal prisma, os estudos selecionados neste eixo discutem as práticas educativas no âmbito da atenção primária, tendo, como exemplos, grupos operativos, atuação de mediadores sociais, na atenção primária, bem como estratégias de promoção à saúde, a partir de processos de educação.

No que diz respeito ao contexto atual das práticas de saúde no âmbito da participação social e promoção de saúde, chama a atenção um estudo realizado, na cidade de Belo Horizonte – MG, no ano de 2010. As pesquisadoras buscaram levantar as práticas educativas desenvolvidas e sua relação com a promoção de saúde, em 20 unidades de saúde no município. Os resultados apontaram que apenas 33% das práticas eram classificadas como de promoção de saúde.

Destaca-se que, em 60% das unidades pesquisadas, nunca houve nenhum treinamento voltado aos profissionais de saúde, no que tange à qualificação, para executarem atividades grupais. Esse resultado vai ao encontro do estudo de SANABRIA (2001), realizado em Cuba, no qual o autor aponta a falta de incentivo e investimento público, na qualificação e educação permanente dos trabalhadores dos sistemas públicos de saúde, como umas das causas do enfraquecimento do controle social e ações voltadas à promoção de saúde. Com isso, cria-se um “caráter amador” nas atividades desenvolvidas no âmbito da atenção primária.

Outro dado que chama a atenção no estudo, em questão, é que apenas 21% das atividades trabalham a autonomia do sujeito, fato que pode explicar a dificuldade que é vivenciada, no contexto da saúde, no que diz respeito à corresponsabilidade: apesar de reconhecidamente necessária ao alcance de melhores resultados, no processo de cuidar, não há um trabalho no sentido de desenvolver esse protagonismo

nos usuários. Diante disso, podemos questionar se isso não acontece pelo fato de os trabalhadores não possuírem a devida formação para tal.

É importante salientar que a complexidade que envolve a saúde e o processo de cuidar, exige um envolvimento de todos, de forma que cada ator possa contribuir, da maneira que lhe cabe, para que consigamos evoluir holisticamente no entendimento e no alcance de uma saúde.

Alves *et. al.* (2012) destacam a grande dificuldade que os trabalhadores têm em desenvolver ações de promoção em saúde, que atendam às expectativas dos usuários e que utilizem uma linguagem mais acessível à compreensão das pessoas. Os usuários se queixam que as falas dos profissionais, na maioria das vezes, são repetidas e pautadas somente em restrições ou consequências daquilo que não se pode fazer.

Em geral, os participantes relatam que os trabalhos em grupo são restritos às doenças, o que não atrai a participação dos usuários, que valorizam atividades dinâmicas e recreativas. O autor ressalta, ainda, que a formação acadêmica não prepara, de fato, os profissionais a lidar com a saúde, a partir dos reais desejos e necessidades dos usuários. O saber e as experiências do outro, não compõem o repertório educativo gerando frustração e desmotivação dos participantes.

Em um outro estudo, realizado também em Belo Horizonte – MG, os pesquisadores buscaram analisar se as práticas educativas atendiam aos princípios da promoção de saúde. Os resultados apontaram que, apesar de se observar um movimento, no sentido de provocar uma ruptura com os processos educativos hegemônicos, as práticas analisadas não estavam orientadas na direção da promoção de saúde bem como do fortalecimento da autonomia dos sujeitos nos processos de saúde. No referido estudo, 9% das práticas educativas analisadas trabalharam a questão da intersetorialidade, estratégia essencial para se alcançar a integralidade do cuidado e do envolvimento dos usuários, pensando na participação social (CARNEIRO *et. al.*, 2010).

No intuito de pensar em estratégias de intervenção, as limitações levantadas, por Alves *et. al.* (2012), discutem a percepção, dos profissionais e dos usuários, da estratégia de saúde da família sobre os grupos de promoção da saúde.

Com base no itinerário freiriano, o trabalho abordou grupos de usuários e profissionais utilizando a metodologia dos círculos de cultura, para discutir vinte e quatro temas relacionados à promoção de saúde bem como temáticas de relevância

aos participantes. Os resultados do trabalho supracitado apontaram que as ações de promoção da saúde realizadas nos grupos estudados estão fortemente alinhadas com a reorientação dos serviços de saúde e com o desenvolvimento de habilidades pessoais.

A metodologia utilizada propiciou uma aproximação das pessoas ao entorno das problemáticas abordadas, fornecendo um forte indicativo para se investir em estratégias como essas, no intuito de promover saúde e participação social. No primeiro momento do círculo de cultura, buscou-se levantar as principais queixas e dificuldades dos participantes, no que diz respeito à participação nas atividades educativas realizadas nas unidades de saúde pesquisadas.

Dessa forma, fica claro que é necessário buscar ouvir e trabalhar com as pessoas de maneira mais horizontal, a partir de estratégias que valorizem e respeitem suas opiniões e expectativas. Alves (2012) aponta, ainda, que, apesar dos grupos operativos acontecerem, os dados revelam que a existência deles decorre do cumprimento das normas e rotinas impostas pela dinâmica da ESF, para atender ao objetivo de reestruturar os serviços de saúde pública no Brasil. Contudo não há ainda trabalhos em grupo que utilizem metodologias que propiciem um protagonismo dos usuários, priorizando os reais desejos e necessidades das pessoas.

Os resultados dos estudos indicam a importância de um investimento na qualificação profissional, pois, apesar de identificarmos uma tendência de as equipes de saúde buscarem trabalhar de maneira individual e coletiva, seus usuários, no que tange aos aspectos citados, carecem de incentivos e condições para que possam alcançar resultados mais satisfatórios. Fica evidente, também, a relação próxima e indissociável entre a educação em saúde, a promoção da saúde e a participação social: apesar de se tratar de temáticas diferentes, elas se misturam e são consideradas pilares na construção do cuidado.

1.5 Organização dos serviços de saúde para ampliar a corresponsabilidade

A organização dos serviços também é um dos pilares no alcance de acesso e da participação social, nos sistemas de saúde. A formatação clara, integrada e equânime da rede assistencial propicia efetividade e integralidade do cuidado.

Espírito Santo *et. al.* (2005) analisam as memórias e representações sociais do

sistema público de saúde, desenvolvidas por usuários inseridos em duas redes de atenção. Os resultados apontam que os elementos negativos dos sistemas públicos de saúde, dizem respeito à dificuldade em conseguir atendimento, aos profissionais incapacitados, ao atendimento e ao seu ambiente inadequado, além da falta de verbas e de recursos materiais. Tais elementos se sobrepõem às avaliações positivas, apesar de se observar, em muitos relatos, uma surpresa de muitos usuários, que receberam atendimento no sistema público de saúde, principalmente no que diz respeito à acolhida e ao atendimento humanitário.

Assim, o estudo agora em descrição, aponta ainda que, na percepção dos usuários, a qualidade da assistência não depende apenas da disponibilidade de recursos materiais, humanos e financeiros, mas, sim, da qualidade deles e, principalmente, de como o profissional de saúde conduzem a assistência.

Em 1996, realizou-se um seminário envolvendo as cidades saudáveis da América Latina, na qual se buscou construir indicadores de qualidade de vida e saúde para as cidades latino americanas. No seminário, foi enfatizada a importância da intersectorialidade ao alcance de níveis satisfatórios de vida da população.

Medeiros (2013) destaca a importância de que a rede assistencial de um determinado município ou região seja clara, interligada e permita que os usuários alcancem os cuidados necessários e integrais à sua condução de maneira fluida e efetiva. Tal rede assistencial deve ser construída pensando na lógica da acessibilidade do usuário, e, para que isso aconteça, é fundamental que os maiores interessados sejam escutados e envolvidos no processo.

O estudo evidenciou, ainda, o quão é impactante, para o controle social e corresponsabilidade do usuário, a existência de, em uma rede de saúde desarticulada, situações que geram dificuldade de acesso e cuidado, falta de informação e, conseqüentemente, pouco envolvimento bem como descrédito dos usuários para com o sistema de saúde.

Espirito Santo *et. al.* (2010) destacam que a qualidade do profissional é um fator que persiste ao longo dos sistemas públicos de saúde e que deve ser levado em consideração, pois, a postura profissional sai do âmbito de uma consulta e abarca questões de valorização, humanização e acolhimento do usuário, o que interfere diretamente na terapêutica, na adesão ao tratamento e, conseqüentemente, na promoção e na recuperação da saúde.

A análise dos estudos incluídos nesta revisão permitem reconhecer que são

vários os fatores que podem influenciar na corresponsabilidade dos usuários, para com o cuidado em saúde, desde pouca qualificação dos profissionais envolvidos na assistência, descrédito dos usuários para com o sistema, baseado na dificuldade de acesso e resolução dos serviços de saúde, bem como a limitação técnica e legal, no contexto dos conselhos de saúde, que deveriam ser porta-voz e parte decisória, na implementação de políticas públicas de saúde.

A falta de corresponsabilidade na saúde é um fator extremamente limitante ao cuidado e ao alcance de indicadores satisfatórios de saúde, uma vez que a saúde da população é um reflexo da sociedade, se a sociedade se mostra envolvida, se cuida e cuida do outro, ampliam-se as chances de melhorarmos a vida.

Indica-se, também, a necessidade de aprofundar as pesquisas na problemática em questão nesta dissertação, no sentido de saber mais das pessoas o que elas esperam dos serviços de saúde e como elas se enxergam, enquanto sociedade, na construção e implementação de políticas públicas. Assim, é preciso entender a corresponsabilidade, e, se necessário, resgatar o empoderamento comunitário, a partir daquilo que as pessoas consideram importantes para as suas vidas. Só dialogando com os sujeitos-usuários poderemos alcançar êxito em tal busca.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo foi desenvolvido por meio de uma abordagem qualitativa exploratória, realizada a partir de métodos observacionais e descritivos, a partir da implementação e do acompanhamento de grupos focais com usuários do centro de saúde Cafezal no município de Belo Horizonte – MG, trabalhadores e gestor do mesmo centro de saúde.

2.1 Pressupostos metodológicos

A pesquisa de campo exploratória pauta-se em uma investigação cujo objetivo é o de formular questões ou problemas, cuja finalidade são as de desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com o ambiente, fato ou fenômeno e clarificar conceitos (MARCONI, LAKATOS, 2015).

Na busca pela produção de conhecimentos, procurou-se entender o “universo dos significados, crenças, valores e atitude, que corresponde ao espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2000, p.21).

Pope e Mays (2009) acrescentam que a pesquisa qualitativa está relacionada aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e à maneira como as pessoas compreendem tal mundo. Ela procura, portanto, interpretar os fenômenos sociais (interações e comportamentos), em termos dos sentidos que as pessoas lhes atribuem. Os autores reforçam que a pesquisa qualitativa examina a compreensão subjetiva das pessoas a respeito de sua vida diária. De modo geral, os métodos qualitativos incluem: observação direta, entrevistas, análise de textos ou de documentos e análise de discurso ou de comportamentos gravados. A pesquisa qualitativa, portanto, envolve a aplicação de métodos lógicos, planejados e meticulosos, para a coleta de dados e para uma análise cuidadosa, ponderada e, sobretudo, rigorosa.

O conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. O universo da produção humana (que pode ser resumido no

mundo das relações, das representações e da intencionalidade) é objeto da pesquisa qualitativa e, dificilmente, pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos (MINAYO, 2006).

Se fizermos uma comparação entre abordagem quantitativa e qualitativa, entenderemos que a abordagem quantitativa se volta para a descrição e explicação de fenômenos que produzem regularidades, são recorrentes e exteriores aos sujeitos. A abordagem qualitativa, por sua vez, se aprofunda no mundo dos significados. Esse nível de realidade não é visível, precisa ser exposta e interpretada, em primeira instância, pelos próprios pesquisados.

2.2 Cenário do Estudo

O cenário escolhido para a realização do estudo foi o Centro de saúde da Vila Cafezal, situado no Aglomerado da Serra, Região Centro-Sul de Belo Horizonte – MG.

A escolha da unidade específica para a realização desse estudo nasceu a partir da vivência que tive enquanto enfermeiro de uma das equipes de saúde da família no local. Apesar de não estar mais lotado lá, algumas inquietações relacionadas à melhoria da qualidade de vida das pessoas, me fizeram querer retornar ao contexto daquela unidade, a partir de uma perspectiva de pesquisador, na qual eu possa aprofundar a busca pelas respostas para meus questionamentos, bem como contribuir para a construção de um trabalho que resgate a parceria entre comunidade, trabalhadores e gestão municipal.

Nesse prisma, é importante ressaltar que o Centro de Saúde Cafezal chegou a ficar fechado durante alguns meses do ano de 2018, após episódios recorrentes de atos de violência envolvendo a população assistida e trabalhadores, situação que ocasionou desassistência e fragmentação do processo do trabalho das equipes de saúde da família, em virtude da separação dos seus membros, que foram lotados, temporariamente, em unidades diferentes. Esse fato gerou decepção e frustração de trabalhadores e das pessoas que tem aquela unidade como uma conquista social histórica da comunidade.

Todo esse contexto me instigou a retornar ao Cafezal e estudar a percepção da população e dos trabalhadores sobre a responsabilidade na saúde, e, para além das respostas encontradas, desenvolver um trabalho que aponte para um caminho

que proporcione um resgate dos conceitos do Sistema Único de saúde, a partir daquilo que é mais importante para os envolvidos no processo.

Dito isso, descrevo o espaço pesquisado. O Centro de Saúde Cafezal atende a uma população de cerca de doze mil habitantes, sendo, na sua totalidade, caracterizada como de risco elevado e muito elevado, com base no índice de vulnerabilidade social (IVS), no qual é avaliada as condições de vida da população, por meio de indicadores de distribuição de renda, acesso à educação, saneamento básico, segurança pública, transporte, acesso à cultura e ao lazer.

Trata-se de uma população dependente exclusivamente do sistema único de saúde. É importante ressaltar que a unidade de saúde do Cafezal foi uma conquista histórica daquela população, pois, fez parte de uma das primeiras ações do município naquela região, que, historicamente, é estigmatizada pela marginalidade, pelos elevados índices de violência e pela miséria.

Para atender às inúmeras necessidades da população, a unidade do Cafezal conta com quatro equipes do Programa Saúde da Família (PSF), duas equipes de Saúde Bucal, uma Assistente Social e uma equipe médica de apoio, composta por um clínico geral, uma ginecologista e uma pediatra.

A unidade funciona das 07h30 às 18h de segunda a sexta-feira e a população tem livre acesso aos serviços disponibilizados: acolhimento, consultas médicas, consultas de enfermagem, grupos operativos voltados a gestantes, hipertensos, diabéticos, adolescentes e crescimento e desenvolvimento infantil, pré-natal, puericultura, imunização, curativos, acompanhamento familiar pelos agentes comunitários de saúde (ACS), visitas domiciliares pelos outros profissionais da unidade, além de planejamento familiar.

2.3 Procedimentos para coleta dos dados

Previamente à coleta de dados, o projeto de pesquisa, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram apresentados pelo pesquisador a todos participantes convidados a fazer parte do estudo, como forma de explicar melhor os objetivos e, de esclarecer dúvidas a respeito de todo o processo de trabalho e das questões éticas envolvidas.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas. Na primeira, a proposta foi

buscar uma aproximação do cenário do estudo, no intuito de realizar uma “observação não participante”, feita pelo pesquisador, no intuito de compreender melhor o contexto bem como a dinâmica que envolve a população adscrita, os trabalhadores e gestores locais. Essa etapa foi fundamental para observar dificuldades, a relação entre os sujeitos da pesquisa, bem como dos instrumentos utilizados pela população, na busca dos serviços de saúde almejados.

A observação se deu prioritariamente nos horários de maior fluxo da unidade, buscando retratar também o contexto da área de abrangência, os problemas sociais, sanitários e ambientais, e como a comunidade se organiza no intuito de conviver com a influência direta do tráfico de drogas e da violência local.

Vale destacar que a “observação” é definida como um processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador fica em relação direta com seus interlocutores no espaço social. Mas a atividade de observação tem também um sentido prático. Ela permite ao pesquisador ficar mais livre de julgamentos, uma vez que não o torna, necessariamente, prisioneiro de um instrumento rígido de coleta de dados (POPE; MAYS, 2009).

Foram duas semanas de observação, que aconteceram entre os meses de janeiro e fevereiro de 2020. No período, foi possível entender a dinâmica da unidade, os principais serviços disponibilizados à população, foi possível perceber alguns entraves, relacionados ao processo de trabalho, bem como fatores que potencializavam o vínculo entre a população e a equipe de trabalho.

Para tal, foram feitas conversas informais com as pessoas que estavam na sala de espera da unidade e com os trabalhadores. Tais conversas permitiram ouvir as pessoas sobre a proposta do estudo, colher informações sobre a relação delas com a unidade, informações que contribuíram para que as discussões problematizadas nos grupos focais estivessem alinhadas ao contexto.

Cabe ressaltar que, no período da observação, foram feitos o convite e a seleção dos participantes para a próxima etapa do estudo; a saber, os grupos focais.

Segundo Powell e Single (1996, p.449) *apud* Gatti (2012), um grupo focal “é um conjunto de pessoas selecionadas e reunidas por pesquisadores para discutir e comentar um tema, que é objeto de pesquisa, a partir de sua experiência pessoal”.

A pesquisa com grupos focais tem por objetivo captar, a partir dos diálogos grupais, experiências, sentimentos, crenças e atitudes entre os envolvidos que estão

relacionados à temática pesquisada, buscando assim estimular a maior diversidade possível de pontos de vista, por meio do próprio contexto de interação criado, para que, assim, consigamos extrair significados e percepções que seriam difíceis de serem captados, por meio de outro método.

O trabalho com grupos focais permite compreender processos de construção da realidade, por determinados grupos sociais, compreendendo práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes, constituindo-se uma técnica importante para o conhecimento das representações, percepções, crenças, hábitos, valores, restrições, preconceitos, linguagens e simbologias, prevalentes no trato de uma dada questão, por pessoas que partilham alguns traços em comum. O grupo focal retrata não somente o que as pessoas pensam e expressam, mas, também, como elas pensam e porque pensam o que pensam (GATTI, 2012).

A proposta dessa metodologia neste estudo se dá pela possibilidade de ela gerar o aprofundamento da consciência e a problematização da realidade vivida a partir da experiência dos participantes, em atividades grupais de diversos tipos e propósitos.

Diante da proposta de se buscar extrair o máximo de informações dos sujeitos acerca do problema levantado por este estudo, foram organizados dois grupos focais, sendo: um composto por representantes da população adscrita e outro composto por trabalhadores e pelo gestor local. Dessa forma, esperava-se que os participantes tivessem maior liberdade para expor suas ideias e percepções, acerca da responsabilização do cuidado em saúde.

3.2.1 Composição dos grupos focais

A composição dos grupos focais se baseou em algumas características dos participantes, com suficiente variação entre eles para que aparecessem opiniões diferentes ou divergentes. Com isso, a composição dos grupos nesse estudo foi realizada da seguinte forma:

- **Grupos 01 e 02 – População adscrita:** Cada equipe de saúde da família do centro de saúde Cafezal deveria indicar quatro usuários maiores de dezoito anos para participar da atividade, sendo duas pessoas com maior envolvimento nos processos

de cuidado e ações de promoção à saúde desenvolvidos pela unidade e outros dois usuários que apresentam maior dificuldade de envolvimento com os processos de cuidado. Com isso, estimava-se a participação de dezesseis pessoas, divididas em dois momentos, cada um com oito usuários distribuídos aleatoriamente;

- **Grupo 03 – Trabalhadores e Gestor:** O grupo 02 deveria ser composto com representação de um profissional de cada equipe que compõe a unidade, a partir de uma indicação prévia de seus componentes. Para que houvesse um equilíbrio na composição do grupo, estabelecemos previamente o nível de escolaridade de cada participante a ser indicado pelas equipes.

Assim esperava-se que o grupo tivesse uma estrutura paritária entre profissionais de nível médio e superior, totalizando a composição com oito participantes, assim definidos:

- NASF: um profissional de nível superior independente da formação;
- ESF 01: um profissional Técnico de enfermagem;
- ESF 02: um profissional Enfermeiro;
- ESF 03: um Agente Comunitário de Saúde, de nível médio;
- ESF 04: um profissional Médico;
- ESB: um auxiliar de consultório dentário;
- Zoonoses: um Agente de Endemias;
- Gestor: um gerente da unidade.

Os grupos foram realizados em um período de dois meses, entre os meses de fevereiro e março de 2020. Os encontros tiveram a duração média de duas horas e foram realizados na sala de reuniões do Centro de Saúde, local acordado entre os participantes, tanto do grupo dos usuários quanto dos trabalhadores, por ser de melhor acesso para todos.

Os usuários, para compor os grupos, foram selecionados de maneira aleatória, a partir de indicações das equipes de saúde da família local, bem como por meio de convites feitos diretamente a usuários, que se encontravam na sala de espera no período de observação.

No intuito de ter perfis heterogêneos nos grupos, buscou-se mesclar os convites a usuários que mantinham uma boa vinculação com a unidade, que

apresentavam boa resposta às estratégias de cuidado propostas pelas equipes, e, também, usuários que, apesar de frequentarem a unidade, apresentavam um histórico de dificuldade na cor responsabilização do cuidado em saúde.

Foi formalizado o convite a quarenta e cinco usuários, para que fosse possível organizar dois grupos com oito integrantes cada, ficando o restante como suplentes, caso ocorressem desistências ao longo dos encontros. No convite foi dada a abertura para que as pessoas manifestassem qual seriam os melhores dias e horários para que elas pudessem estar presentes nos encontros. Apesar de o convite ter sido feito a todas essas pessoas, quinze delas rejeitaram logo no primeiro momento a participação na pesquisa, alegando falta de tempo, por questões de trabalho, dificuldade de comparecer à unidade, bem como compromissos pessoais que as impediam de participar. Os trinta restantes, que aceitaram participar, foram convidados de acordo a sua respectiva disponibilidade para uma reunião, com o objetivo de explicar melhor a metodologia da pesquisa, bem como colher as assinaturas nos termos de consentimentos livres e esclarecidos.

Nos dias agendados compareceram quinze usuários, apesar de ter sido feito contato telefônico prévio com cada um para que fosse confirmado o horário do encontro e o local. No dia, o termo de consentimento foi entregue a cada participante e, posteriormente, lido na íntegra, em voz alta, para que mesmo aqueles com dificuldade de leitura pudessem entender do que se tratava a pesquisa e as questões éticas e legais que envolviam o estudo. Posteriormente a essa etapa, foi acordado com os usuários as datas e os horários dos encontros, três com cada grupo. O grupo 01 foi composto por nove usuários e o grupo 02 por seis usuários. Os encontros aconteceram na sala de reuniões do centro de saúde cafezal e tiveram uma duração média de uma hora e meia.

Estabeleceu-se dinâmicas respeitando as orientações de que a metodologia do grupo focal tem como objetivo propiciar um ambiente favorável ao compartilhamento de ideias, discussão entre diferentes pontos de vista acerca da temática trabalhada.

A programação dos encontros foi previamente elaborada com base nos objetivos do estudo, referências bibliográficas estudadas, no contexto da unidade de saúde e nos relatos colhidos junto à população no período de observação.

O primeiro encontro teve como proposta conhecer a história de cada usuário bem como a relação deles com o centro de saúde Cafezal, além de ouvir suas expectativas ao procurar a unidade de saúde. Além disso, foi questionado a eles o

que o centro de saúde representa na vida da comunidade, se a comunidade participava das decisões e do planejamento das ações do centro de saúde, e como seria, a partir do desejo deles, o centro de saúde dos sonhos.

No segundo encontro, foi feita uma leitura da “história do Sr. João Cezar”, que se trata de um caso fictício elaborado especificamente para o encontro, que faz uma correlação muito próxima à realidade vivenciada pelo centro de saúde Cafezal e sua área de abrangência. O caso do Sr. João Cezar evidencia a vida de um encarregado de obras, que tem muitas dificuldades para realizar o acompanhamento de sua saúde junto à unidade de seu bairro. A história também fala da relação do Sr. João com a equipe de saúde, das condutas propostas pela equipe e do contexto do bairro que ele reside, muito parecido ao vivenciado na região do Cafezal. O objetivo do estudo desse caso com os participantes foi o de avaliar a percepção deles acerca de um caso que se assemelha muito ao que eles, possivelmente, vivenciam no cotidiano, no intuito de entender a percepção deles sobre as dificuldades do protagonista da história e o que eles conseguiam pensar em conjunto como possíveis soluções para o caso.

Os dois primeiros encontros propiciaram reflexões necessárias, para que, no último grupo, fosse possível questionar os usuários sobre o entendimento deles acerca do conceito de “saúde”, da responsabilidade e do envolvimento no processo de cuidado em saúde, além de investigar como se dá relação deles com os profissionais de saúde e como seria a organização do processo de trabalho da unidade que melhor se adequasse aos seus anseios.

Paralelamente aos encontros com os usuários, foram realizados três encontros com um grupo de trabalhadores, previamente selecionados pelo gestor da unidade, que também fez parte do grupo. Houve representação das diferentes categorias profissionais que compõem as equipes dos centros de saúde, incluindo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, representante dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combates a endemias, sendo tal representatividade paritária entre profissionais de nível médio e superior.

2.4 Análise dos dados empíricos

A análise dos dados deste estudo sucedeu-se por meio da utilização da teoria social do discurso, com base na abordagem da Análise do Discurso Crítica (ADC),

desenvolvida por Norman Fairclough. O autor trabalha a linguagem como parte fundamental e inseparável da vida social.

A teoria da ADC parte do princípio de que as práticas sociais estão intimamente ligadas à linguagem, bem como à forma com que as pessoas percebem o seu contexto de vida e expõem, nas suas relações interpessoais seus desejos, dificuldades, anseios, e vislumbram sonhos e ambições. Busca-se, dessa forma, analisar de maneira mais aprofundada, o que é perceptível nas falas e posicionamentos dos sujeitos, aquilo que está relacionado ao contexto de vida dos indivíduos, e o quanto isso pode influenciar nas suas vidas e em suas relações.

Entender o uso da linguagem como prática social implica compreendê-la como um modo de ação historicamente situado, que é constituído socialmente, mas também é constitutivo de identidades sociais, relações sociais e sistemas de conhecimento e crença (RESENDE; RAMALHO, 2004, p. 189).

Resende e Ramalho (2004) salientam, ainda, que a abordagem da rede de práticas é importante para a ADC pelos seguintes motivos: as práticas, assim compreendidas, são determinadas umas pelas outras, e cada prática pode articular outras, com diversos efeitos sociais. As redes de práticas são sustentadas por relações sociais de poder, e as articulações entre práticas estão ligadas a lutas hegemônicas.

A proposta crítica explanatória da ADC se propõe à análise, a partir da percepção de um problema relacionado ao discurso em alguma parte da vida social. Em seguida, deve-se levantar quais obstáculos ou dificuldades estão relacionados para que o problema seja superado, bem como levantar quais situações ocorrem e dão sustentação ao problema observado. Para tal, são correlacionados os seguintes itens: a análise da conjuntura, análise da prática particular e, finalmente, a análise do discurso.

Os dados coletados foram consolidados em um quadro analítico, com o objetivo de associar e verificar as funções do problema, na prática social: para além da descrição dos problemas em que a instância discursiva se envolve. O objetivo aqui é explorar as possibilidades de mudança e de superação dos problemas identificados, por meio da incompletude e das contradições das conjunturas. Por fim, toda análise em ADC deve, segundo os autores, conter uma reflexão sobre a análise: toda

pesquisa crítica deve ser reflexiva (REZENDE; RAMALHO, 2004 *apud* CHOULIARAKI; FAIRCLOUGH, 1999).

Dessa forma, esperamos ter um resultado mais apurado dos fatos e falas observados e analisados, alinhados com a percepção das pessoas a respeito do objeto do estudo, no qual poderemos apontar para possibilidades de intervenção, que estejam próximas da real necessidade e desejo dos sujeitos.

2.5 Aspectos Éticos

Este projeto de pesquisa foi submetido ao comitê de ética da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e também ao Comitê de ética da secretaria municipal de saúde de Belo Horizonte – MG, antes de iniciar a sua execução. Além disso, todos os participantes assinaram o Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias.

Foram respeitados todos os preceitos éticos de privacidade e individualidade dos futuros participantes deste estudo, incorporando ao seu contexto os quatro referenciais da bioética: autonomia, na qual se manterá o anonimato de todas as informações obtidas sobre as pessoas envolvidas na pesquisa; a não maleficência, garantindo que os danos previsíveis serão evitados; a beneficência, que envolve o comprometimento com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; e a justiça, considerando as vantagens para os sujeitos da pesquisa e a minimização do ônus, para as pessoas vulneráveis, o que garante a igualdade na consideração dos diferentes interesses (MINAYO, 2006 *apud* NEPOMUCENO, 2009).

3 CENTRO DE SAÚDE CAFEZAL: UMA REALIDADE EM TRANSFORMAÇÃO

A escolha do Centro de Saúde Cafezal para o desenvolvimento deste estudo está relacionada com o contexto no qual a unidade está inserida, no qual encontramos uma população 100% cadastrada, e, quase que na sua totalidade, usuária da unidade. É importante salientar que a história do centro de saúde Cafezal caminha, paralelamente, com a ocupação urbana da região, fazendo parte da vida da maioria das pessoas, dado que muitas delas vieram de outras cidades do estado e do país buscar uma vida melhor na cidade de Belo Horizonte.

Outro ponto a se destacar diz respeito à relação do pesquisador com o centro de saúde e com a comunidade adscrita. Como costumo dizer: a faculdade me proporcionou uma base teórica, para eu poder trilhar minha carreira profissional, mas foi no Centro de Saúde Cafezal que me fiz de fato um profissional de saúde, agregando, ao período que estive lá, experiências diversas, que não ficaram apenas restritas ao campo profissional, aprendi a compreender a sociedade e suas relações de outro ponto de vista, conheci a pobreza extrema convivendo ao lado da extrema riqueza, bem como os impactos que tamanha desigualdade traz na vida das pessoas.

É importante ressaltar que apesar de todos os problemas sociais vivenciados na região, a Vila Cafezal é um local onde também encontramos felicidade, uma alegria, um carinho e uma solidariedade pura, que não é balizada por bens materiais ou importância social, mas que se faz presente na simplicidade e na humildade das relações entre as pessoas.

Outra questão a destacar é que o problema da pesquisa nasceu a partir de uma inquietação do pesquisador, que surgiu na época que eu atuava como enfermeiro, em uma das equipes de saúde da família na unidade, daí um dos principais motivos para investir neste estudo no Cafezal. Por que era tão difícil implementar estratégias de promoção, prevenção e cuidado de saúde? Por que parte da população não se sentia parte do processo de cuidado e não obtinha resultados satisfatórios nos tratamentos propostos? O que pensam as pessoas sobre a responsabilidade compartilhada no cuidado em saúde? Nós trabalhadores estamos propiciando um espaço de diálogo, favorecendo que as pessoas se coloquem como protagonistas desse processo? Essas eram algumas perguntas que eu tenho e para as quais eu buscava respostas.

3.1 História do Centro de Saúde Cafezal

O atendimento de saúde aos moradores das Vilas Santana do Cafezal e Nossa Senhora de Fátima remonta à década de 1980, funcionando nas instalações da Igreja Católica Nossa Senhora Santana do Cafezal, localizada à Rua Serenata nº 64 (conhecida pelos usuários como “Igrejinha”), com o nome de Centro de Saúde Aparecida. A estrutura era pequena, com poucos cômodos destinados às ações de saúde.

Figura 2 – Localização física



Fonte: Imagem cedida pela Regional Centro Sul, 2019.

O antigo Centro atendia a uma comunidade com grande vulnerabilidade social

e sempre possuiu forte vínculo com a população assistida. Contava também, na sua equipe, com serviço voluntário de pessoas da comunidade local e “enfermeiras que usavam uniforme azul e meia $\frac{3}{4}$ branca.”

Com a participação da população e a doação de um terreno, pela Associação Comunitária de Moradores da Vila Santana do Cafezal, foi construída e reinaugurada a sede própria pela Prefeitura de Belo Horizonte, em 29 de maio de 1995, com o nome de Centro de Saúde Cafezal. Contava com uma equipe multiprofissional, recentemente nomeada, sendo que alguns estão lotados na Unidade desde o início do seu funcionamento. Em 1999, a equipe apresentava sinais de desgastes e dificuldades de relacionamento interno e com a comunidade local. Foram realizadas intervenções sob a coordenação da equipe distrital, contando com assessoria para a realização de uma oficina, na qual se deu início a uma série de ações para reorganização do processo de trabalho. Foi implantado o Acolhimento da demanda espontânea em 1999, posteriormente iniciou-se o PACS (programa de Agentes Comunitários de Saúde), em 2000, com a contratação de 51 Agentes Comunitários de Saúde, sob a coordenação da gerência local e de duas enfermeiras. Atendia-se às vilas Santana do Cafezal e Nossa Senhora de Fátima, com uma população de aproximadamente 16.000 habitantes. No referido período, toda a população adscrita foi cadastrada.

O PSF (Programa de Saúde da Família) foi implantado em 2002, inicialmente com oito ESF. Com tal incremento de recursos humanos, as acomodações da unidade tornaram-se insuficientes para o trabalho da grande equipe (106 funcionários, no total). Aliada à grande reivindicação da população da Vila Nossa Senhora de Fátima, e de necessidades levantadas pelo PSF, bem como pela sensibilização dos gestores, distritais e municipais, foi construída uma nova Unidade Básica de Saúde, em dezembro de 2004, o Centro de Saúde São Miguel Arcanjo, com redivisão do território do Centro de Saúde Cafezal, que passou a atender a uma população de aproximadamente 10.500 habitantes, 100% vinculada a quatro equipes de Saúde da Família.

A Comissão Local de Saúde foi instituída, posteriormente, no intuito de promover um diálogo permanente entre a unidade e a população adscrita, e é composta por representantes de moradores, trabalhadores e gestor do Centro de Saúde Cafezal, que se reúnem mensalmente para discutir propostas e pensar em estratégias que melhorem o processo de trabalho e o atendimento aos usuários.

No ano de 2007, após receber a premiação “Centro de Saúde Amigo do Peito”, o CS Cafezal foi contemplado com a proposta de uma reforma estrutural de suas dependências, objetivando melhorar as condições de trabalho dos servidores e as instalações, para melhor atender aos seus usuários. No período de abril de 2008 a dezembro de 2012, a unidade foi transferida para uma casa distante cerca de dois quilômetros da sede e da área de abrangência, para que a obra fosse realizada. Porém, a obra não foi executada e, em virtude das constantes reclamações dos usuários, que tinham muita dificuldade para acessar ao local onde os atendimentos estavam acontecendo, as equipes foram transferidas novamente para a sede, onde a estrutura se encontrava em situação pior que a deixada antes da obra prometida.

Durante os anos seguintes, a situação da unidade se agravou, com o aumento da demanda de atendimentos associada com uma estrutura precária, o que ocasionou eventos de violência envolvendo trabalhadores e usuários, e culminou no fechamento da unidade em 2018, e, diante desse contexto, foi realizada a tão esperada reforma, ampliando os espaços de atendimentos ao público. Mas, para alguns trabalhadores e usuários, a reforma não contempla todas as demandas de expansão da Unidade, persistindo dificuldades para acesso.

Diante de todo esse histórico de luta social, dificuldades e conquistas, que aconteceram quase que paralelamente à construção do SUS em nosso país, que espero estar trabalhando no intuito de escutar os usuários, trabalhadores e gestor, a fim de entender a percepção dos mesmos acerca da responsabilidade na assistência em saúde.

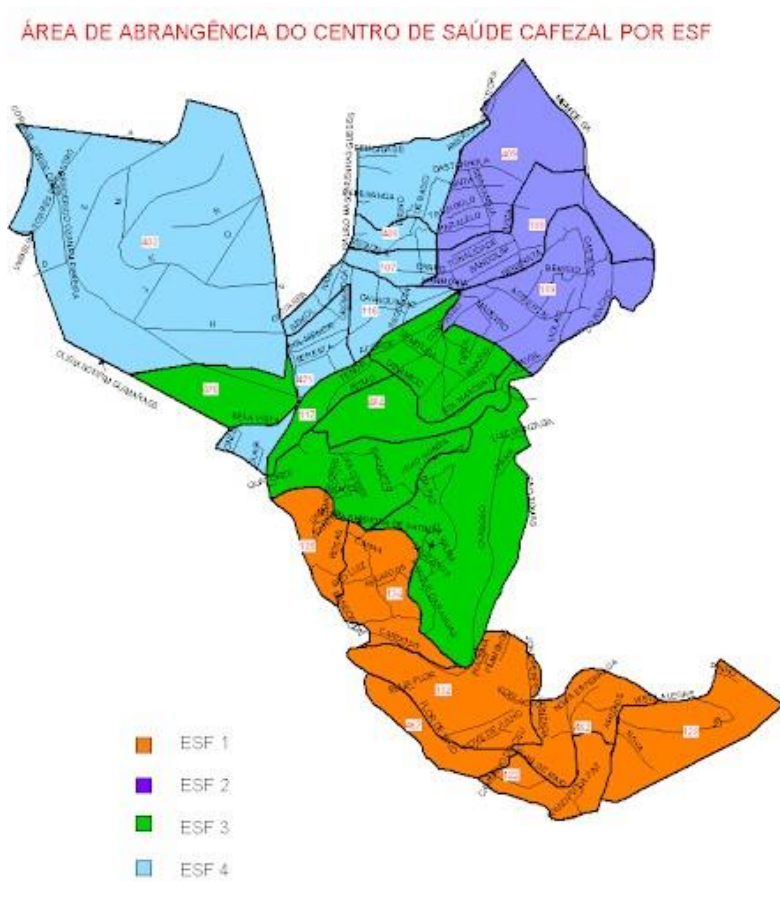
3.2 O Centro de Saúde Cafezal na perspectiva do pesquisador: resultados da observação

O Centro de Saúde Cafezal conta com quatro Equipes de Saúde da Família (ESF), com médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS) cada, responsáveis pela assistência e vigilância em saúde dos cerca de dez mil moradores da área de abrangência da unidade. É importante salientar que a população adscrita à unidade é classificada conforme parâmetros do Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) como de risco elevado e muito elevado, em virtude do contexto da região, caracterizada por uma taxa elevada de analfabetismo, violência, condições precárias de moradia, muitas delas localizadas

em áreas de risco geológico, saneamento básico ainda restrito a parte da região, desemprego ou mesmo informalidade empregatícia, fatores esses que favorecem a uma multiplicidade de condições propícias ao desenvolvimento de patologias infecciosas, crônicas e psicológicas, o que exige do sistema de saúde local ações diversificadas e interdisciplinares, a fim de contemplar as inúmeras necessidades dos seus usuários.

Além das ESF, o Centro de Saúde Cafezal ainda conta com duas equipes de saúde bucal (ESB), com dentistas, técnico e auxiliar de saúde bucal, uma equipe de apoio com médico clínico, ginecologista e pediatra, assistente social, psicólogo, enfermeiros e técnicos de enfermagem, além de um polo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), que conta com nutricionista, educador físico, fisioterapeuta, psicólogo e terapeuta ocupacional, sendo que a equipe do NASF é compartilhada com dois centros de saúde vizinhos. Os usuários com sofrimento mental são assistidos pela psicóloga do centro de saúde e pelos psiquiatras, que também são compartilhados com centros de saúde da região.

Figura 3 – Fonte: CS Cafezal 2019



Fonte: PBH.

Cada ESF do CS Cafezal tem em média cerca de 2500 pessoas adscritas, conforme distribuição anteriormente apresentada. Avaliando preliminarmente o número, podemos concluir que a cobertura assistencial está de acordo ao preconizado, porém, como descrito, as características populacionais da região fazem com que as demandas dos usuários sejam diversas, complexas e inúmeras, o que impõe às equipes de saúde uma demanda elevada de atendimentos, situação essa que faz a equipe local questionar a necessidade de se repensar o número de pessoas por equipe, para que seja possível acolher e assistir de maneira integral seus usuários.

Atualmente a unidade funciona de segunda a sexta das 7h às 19h. Durante seu horário de funcionamento, são oferecidas diversas atividades aos seus usuários, desde atendimento a demandas agudas espontâneas, que atualmente acontece por meio dos horários estabelecidos pelas ESF e ESB, atendimentos eletivos a usuários com condições crônicas como hipertensão arterial e diabetes, assistência pré-natal, puericultura, imunização, teste do pezinho, curativos a visitas domiciliares a usuários acamados ou restritos ao domicílio. O CS Cafezal ainda dispõe de uma equipe de zoonoses, lotada na unidade e que é responsável pela vigilância ambiental e epidemiológica na área de abrangência, além de atividades de promoção de saúde junto às ESF. Antes de iniciar a pesquisa propriamente dita, realizei visitas à unidade no segundo semestre de 2019, com o objetivo de apresentar a proposta de trabalho ao colegiado gestor do centro de saúde, fórum permanente, composto por representantes das diferentes categorias profissionais lotadas no centro de saúde e que se reúnem mensalmente, no intuito de discutir problemas relacionados ao processo de trabalho e de pensar estratégias de intervenção.

Também foi feita a mesma apresentação ao Conselho Local do centro de saúde, que se trata de uma instância local de controle e participação social, com representação paritária da população, trabalhadores e gestor da unidade. Essas visitas fizeram parte dos requisitos para fins de obtenção do termo de anuência institucional junto ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, mas, foram fundamentais, no intuito de promover uma aproximação de campo, dialogar sobre o tema do estudo e conquistar o apoio das pessoas que futuramente estariam envolvidas direta ou indiretamente com a pesquisa.

Passada essa etapa e com o parecer favorável para o início da coleta de dados, comecei a etapa de observação de campo. No citado período, foram feitas visitas semanais ao centro de saúde durante os horários de maior circulação de pessoas, no

intuito de compreender a dinâmica de funcionamento da unidade, os motivos que faziam as pessoas procurarem os atendimentos prestados, as dificuldades, os desafios e as propostas positivas que estavam sendo desenvolvidas ali. Além disso, foi uma oportunidade de conversar, de maneira informal, com alguns usuários e trabalhadores, procurando saber a opinião deles acerca do tema da pesquisa, bem como obter outras informações, que propiciam uma maior aproximação da realidade local.

O período de observação de campo foi um desafio, pois, a partir do ponto de vista de um observador, sem o intuito de intervir nas diferentes situações do cotidiano, foi possível visualizar e refletir sobre o processo de trabalho das equipes na unidade, e também sobre a forma que o serviço se organizava para acolher aos seus usuários. Foi possível evidenciar muitos pontos positivos, mas, também, desafios no que diz respeito ao acesso universal, equânime e integral aos serviços de saúde, conforme é preconizado na constituição federal de 1988.

No que tange ao atendimento às condições agudas, a orientação é que os usuários adscritos às respectivas equipes procurem o centro de saúde quando estejam com quadros agudos nos horários específicos dos atendimentos das equipes, preferencialmente, no início do horário do atendimento. Após esses horários, somente são atendidos casos graves.

Durante os horários de atendimentos dos casos agudos, as equipes trabalham com um teto de vagas para consultas médicas, quando se ultrapassa tal teto os usuários são orientados a retornar no outro dia ou procurar a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da regional. Foi possível observar, também, que determinadas equipes estabelecem um teto também para a triagem, que é feita pelo enfermeiro, e, assim, quando se ultrapassa o número estabelecido, os usuários são orientados a retornar no outro dia ou então procurar a UPA. O mesmo processo de acolhimento é desenvolvido pelas duas equipes de saúde bucal da unidade.

O processo de trabalho descrito acima é uma das principais queixas dos usuários abordados, no período de observação, e o principal motivo de atrito entre a população atendida e os profissionais, principalmente, aqueles que atuam na recepção. É importante destacar que as unidades básicas de saúde do município de Belo Horizonte seguem as diretrizes do “acolhimento”, devendo atuar de porta aberta às necessidades da população adscrita durante todo o seu horário de funcionamento.

As principais queixas dos usuários dizem respeito a obrigatoriedade de só

procurar a unidade quando estão com quadros agudos em horários pré-definidos pelas equipes, horários esses que muitas vezes não estão alinhados ao momento que a pessoa se sentiu mal, ou mesmo ao momento que o indivíduo conseguiu procurar a unidade. As queixas também estão relacionadas aos limites estabelecidos para o número de atendimentos, associadas ao tempo de espera prolongado para serem avaliados. A situação faz com que muitas pessoas prefiram se dirigir às unidades de pronto atendimento, mesmo durante o horário de atendimento do centro de saúde, e, em alguns casos, é motivo de discussões na recepção.

Os trabalhadores, por sua vez, alegam que a demanda de atendimento do centro de saúde é muito grande, e o recurso humano disponível na unidade não a suporta. Em virtude disso, não é possível garantir a todo o tempo um atendimento oportuno à população, fazendo-se necessário o estabelecimento de horários de atendimento, no qual os casos mais graves são priorizados. Caso ultrapassem a capacidade de atendimento, os casos graves são redirecionados à unidade de pronto atendimento e aqueles estáveis (não agudos) são redirecionados para um atendimento programado. Além disso, os trabalhadores alegam: no caso de ausência de algum profissional da equipe, em virtude de férias ou licença médica, não há reposição. O fato compromete ainda mais a cobertura assistencial.

Os profissionais refletem que a população é muito “imediatista” e somente procuram a unidade quando já estão passando muito mal. Alegam que as pessoas não seguem corretamente os tratamentos prescritos, tampouco a organização da unidade, situação que, no ponto de vista deles, dificulta o acesso oportuno das pessoas aos atendimentos ofertados. Salientam, ainda, que as pessoas faltam aos atendimentos agendados, principalmente consultas especializadas e atendimentos odontológicos e não aderem às ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos.

É fato que todo esse contexto acaba por ocasionar atritos, discussões e muitas reclamações de ambas as partes. A solução para esse problema é um grande desafio para unidade.

Do ponto de vista do usuário, é preciso ponderar: como eu gostaria de ser atendido? Caso meu plano de saúde estabelecesse horários de atendimento para quando eu estiver passando mal, o que eu iria pensar? Por que o usuário do SUS deve estar condicionado a determinadas regras que nem mesmo eu, se fosse usuário do serviço, concordaria? Por que não ouvir o que as pessoas desejam?

Do ponto de vista dos trabalhadores, também é preciso problematizar: a demanda excessiva prejudica o bom desempenho do trabalho. Quantas pessoas deveriam estar adscritas a cada equipe de saúde da família em áreas de risco como o Cafezal, para que as equipes consigam absorver tanto às demandas agudas, quanto às crônicas? Essas são somente perguntas que me faço, e que todos os envolvidos nos processos de cuidado nas unidades de saúde espalhadas por esse país deveriam fazer, para que fosse possível lutar por um sistema de saúde mais digno à população.

O Ministério da Saúde por meio da portaria nº 2355, publicada em outubro de 2013, no intuito de estabelecer parâmetros de cobertura assistencial através da ESF, recomenda que cada equipe deva estar responsável por no máximo 4000 pessoas, sendo a média recomendada 3000, respeitando critérios de equidade, mas salienta que para áreas mais vulneráveis é necessário que as equipes se responsabilizem pelo cuidado de uma população ainda menor que o recomendado, aproximando de 2000 pessoas por equipe.

O percentual de 2000 pessoas por equipe seria o mais apropriado a unidade devido ao contexto da Vila Cafezal, em virtude da complexidade das demandas encontradas na área de abrangência, que vão muito além da assistência direta a uma demanda aguda ou crônica, envolve fatores sociais como violência, gravidez na adolescência, analfabetismo, fazendo com que a população dependa muito mais de um cuidado integral e intersetorial, comparado com outras regiões da cidade.

Se pararmos para refletir, as insatisfações dos usuários dos serviços de saúde, atualmente, estão diretamente ligadas ao excesso de regras impostas para que eles consigam acessar as unidades. Muitas vezes, as regras em vez de favorecer que as pessoas procurem livremente as unidades, dificultam e às condicionam a horários e contextos que, muitas vezes, não estão de acordo com as reais necessidades das pessoas.

Além dos atendimentos, a demanda espontânea voltada aos casos agudos, as equipes do Cafezal ofertam à população atendimentos programados, dedicados à renovação de receitas de medicações de uso regular, por exemplo: hipertensão arterial, diabetes, consultas de pré-natal com enfermeiro e médico das equipes, puericultura, realizados por enfermeiros, médicos generalistas e pediatra, exame preventivo do colo do útero, atendimento ginecológico, atendimentos do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família(NASF), equipe de saúde mental, composta por psicólogo e psiquiatra(uma vez por semana) e visitas domiciliares.

Além disso, a unidade de saúde do Cafezal oferta também serviços como imunização, curativos, coleta de exames laboratoriais, aplicação de medicações injetáveis, grupo de tabagismo, farmácia e agendamento de consultas especializadas, a partir da apresentação do encaminhamento médico.

No intuito de atender às demandas não agudas dos usuários, foi implementado, pela equipe do Cafezal, um projeto denominado “Fale com a Equipe”. O objetivo do projeto é ofertar um horário para que as pessoas possam conversar com o médico da equipe sobre demandas não agudas, renovar receitas e solicitar um atendimento de rotina. Os atendimentos do Fale com a equipe acontecem semanalmente em horários pré-definidos e pré-agendados. Apesar de ter sido implementado no intuito de estabelecer mais um espaço de diálogo entre as equipes e a população, o “Fale com a equipe”, nos moldes que tem funcionado no Centro de Saúde Cafezal, tem criado mais uma barreira assistencial. Na teoria, o projeto abriria um espaço livre para a população durante a semana, mas, em virtude de dificuldades organizacionais, a população precisa agendar para falar com a equipe. Como se trata de um agendamento, existe também um dia e um horário pré-definido, bem como uma restrição da quantidade de pessoas na agenda, com isso, a população aguarda cerca de 40 dias para conseguir “falar com a equipe”.

Com isso, o que se percebe é que a população tem um acesso muito restrito à unidade no que tange a um atendimento junto à sua equipe de referência. Quando se está com um quadro agudo, essa condição tem que acontecer no horário do atendimento da equipe, caso aconteça antes ou depois, a pessoa deve aguardar o horário estabelecido para ser avaliada. Se houver muitos casos naquele dia e as solicitações ultrapassem o teto de atendimentos, precisarão retornar no outro dia ou procurar uma unidade de pronto atendimento. Caso procure a unidade para livremente agendar uma consulta de enfermagem ou atendimento médico na recepção, não é possível. Nesse caso é necessário agendar um horário para, após cerca de 40 dias, falar com a equipe.

Assim, diante das constantes reclamações dos usuários, bem como do aumento da demanda nos horários voltados aos quadros agudos, por usuários com condições eletivas, a equipe estava planejando reorganizar o processo de trabalho, no intuito de amenizar e corrigir os entraves causados por essa estratégia. As exceções são os agendamentos para coleta de exame preventivo do colo do útero, pré-natal e puericultura.

Talvez uma solução para o processo de trabalho da unidade fosse mudar seu processo de trabalho, buscando a diminuição de restrições e regras e abrindo a unidade a sua população, durante seu horário de atendimento às demandas que ela buscasse. Uma alternativa seria implantar o Acesso Avançado (AA).

O AA é um método de organização do agendamento, descrito primeiramente por Murray e Tantau em 2000, que permite aos pacientes buscarem e receberem cuidados em saúde de seu profissional de referência, no momento mais oportuno, em geral no mesmo dia. O AA tem uma regra de ouro: 'Faça hoje o trabalho de hoje!'. Essa regra permite a abordagem de condições crônicas, eventos agudos, demandas administrativas, medidas preventivas e coordenação do cuidado dos pacientes, todos seguindo o mesmo método de agendamento, sem fragmentações. (PIRES FILHO, 2019 *apud* MURRAY; TANTAU, 2000, p. 45-50).

Esse método de processo de trabalho permite diluir as demandas de atendimentos diários durante todo o horário de funcionamento da unidade de saúde, favorecendo a liberdade e a autonomia dos usuários, no que tange ao acesso aos serviços de saúde ofertados. Com isso, a tendência é amenizar os conflitos por demora nos atendimentos, diminuindo o absenteísmo em consultas, pois a pessoa estará sendo atendida no dia e no horário que procure a unidade, sendo que, caso no momento esteja um pouco mais cheio, ela terá também a opção de retornar num horário mais conveniente.

Essa proposta no primeiro momento traz uma insegurança para profissionais e gestor, que talvez imaginem que a unidade ficará superlotada durante todos os dias e horários, ocasionando um esgotamento físico e psicológico da equipe, mas o que, na verdade, acontecerá é uma diluição dos atendimentos durante todo o dia. As pessoas que frequentam a unidade continuarão frequentando, porém com a opção de serem atendidas no horário que lhe for mais conveniente, como parece ser o desejo de todos.

4 RESPONSABILIZAÇÃO E CUIDADO EM SAÚDE: DISCURSOS DE TRABALHADORES E USUÁRIOS DO CENTRO DE SAÚDE CAFEZAL

No intuito de contemplar os objetivos da pesquisa, e baseado nos pressupostos metodológicos e de análise dos dados colhidos, os relatos dos usuários e trabalhadores foram transcritos integralmente, e, posteriormente, organizados por categoria, de acordo aos principais conceitos e elementos trazidos pelos participantes, possibilitando, assim, uma análise mais apurada acerca das temáticas problematizadas nos encontros. Sendo assim, as análises foram organizadas, de acordo as categorias abaixo descritas ao longo dos próximos capítulos.

- **Conceito de Saúde para usuários e trabalhadores:** de uma perspectiva padronizada a uma visão ampliada: Os relatos organizados nessa categoria caracterizam o entendimento dos participantes sobre o conceito de saúde, a partir de uma percepção do seu cotidiano, trazendo elementos que destacam o conceito de saúde ampliado e não somente restrito à ausência de doenças.
- **O que desejam os usuários do centro de saúde cafezal:** compreender os desejos dos usuários dos serviços de saúde é um dos passos importantes no processo de cor responsabilização do cuidado, alinhando as políticas e as estratégias de cuidado ao que de fato as pessoas anseiam. Com isso, essa categoria de análise traz relatos e análises acerca daquilo que as pessoas buscam nas unidades, bem como no seu cotidiano com relação ao cuidado em saúde, trazendo, como destaques, o atendimento propriamente dito de maneira oportuna e resolutiva, escuta e o acolhimento, além de atividades que promovam saúde.
- **Responsabilidade pelo cuidado em saúde – posição dos atores sociais:** compreender a percepção dos usuários acerca da responsabilidade pelo cuidado em saúde é o principal objetivo deste estudo, dessa forma, essa categoria buscou aprofundar, por meio da análise dos discursos, compreender como as pessoas se colocam no processo de cuidado e quais atores elas reconhecem como integrantes nesse contexto. Os usuários de maneira geral se sentem responsáveis, apesar da opinião contrária dos trabalhadores, porém, não se colocam como protagonistas, sendo evidenciado, nos relatos, uma certa dependência ou mesmo respeito por aqueles que eles consideram detentores do poder e do conhecimento de causa,

entre eles o médico, o estado e Deus.

- **Fatores dificultadores para o cuidado e responsabilização:** após compreender o que os participantes entendem por “saúde”, o que desejam, a percepção acerca da responsabilidade em saúde, é fundamental investigar os fatores que se colocam como entraves, no processo de cuidado e responsabilização. Para isso, salienta-se que é possível visualizar, por meio dos relatos e análises, o quão o engessamento dos processos de trabalho penaliza os usuários, bem como a necessidade e as limitações pela procura e priorização pela demanda espontânea descrita, principalmente pelos trabalhadores, como “imediatismo”, dificulta as ações de promoção e prevenção de agravos à saúde. Tal demanda espontânea se mostra, também, como um importante nó crítico a ser trabalhado, pois, diante de uma sociedade tão imediatista, é necessário ter estratégias que procurem conviver com essa situação, e não somente implementar ações que combatam aquilo que. muitas vezes. nós mesmos buscamos, atuando de maneira harmônica, nas diferentes frentes de cuidado.
- **Recomendações para o serviço, comunidade e políticas públicas– estratégias que podem potencializar a responsabilização pelo cuidado:** por fim, após compreender o conceito de saúde, o que desejam os usuários, a percepção deles acerca da responsabilidade no cuidado bem como os fatores dificultadores desse processo, foi possível, a partir dos discursos, elencar estratégias que possam potencializar a responsabilização na assistência em saúde. Dessa forma, este capítulo, traz ,como destaque, a importância ao respeito às ações coletivas de cuidado, mas enfatiza a necessidade de se ter estratégias terapêuticas singulares, que respeitem as necessidades e diversidades dos usuários, como forma de se promover universalidade, integralidade e equidade.

4.2 Conceito de saúde para usuários e trabalhadores: de uma perspectiva padronizada à uma visão ampliada

O conceito de saúde evoluiu muito no decorrer da nossa existência, a partir do entendimento daquilo que traz satisfação, equilíbrio para a vida das pessoas, bem como dos elementos que proporcionam bem-estar à população.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua saúde como um completo bem-estar físico, mental, cultural, espiritual, social e econômico, e não meramente

ausência de doenças, vislumbrando uma condição de total equilíbrio do ser humano para que esse possa ser considerado plenamente saudável (WHO, 1948).

Pensar na saúde, a partir do conceito da OMS, pode parecer uma utopia, mas nos dá um direcionamento daquilo que devemos buscar como objetivo das políticas públicas de saúde, para tornar as condições de vida das pessoas mais alinhadas às suas necessidades. Esse direcionamento também conduz a ações intersetoriais e interdisciplinares, para proporcionar satisfação e bem-estar social.

É importante destacar que o entendimento de saúde, por muito tempo, foi descrito e restrito a um desvio daquilo que é normal ao ser humano, uma percepção limitada a doença como o oposto a saúde e, principalmente, condicionada a uma condição física que impedia o ser humano de desenvolver plenamente aquilo que, em condições plenas, é possível. Ao mesmo tempo, não se tinha a compreensão da importância de fatores externos, como determinantes ou não de saúde, a partir das condições de vida do indivíduo.

Um exemplo desse entendimento fica evidenciado no texto de Boorse (1975) *apud* Caponi (2003, p. 56), no qual define-se doença como “o estado do indivíduo que interfere nas funções normais ou no funcionamento normal de alguns órgãos ou no sistema de órgãos”. Percebe-se, nesse entendimento, que a saúde é definida a partir da concepção biológica e a doença na concepção do que é anormal ou fora da norma. Essa compreensão limita o entendimento do processo de saúde-doença, camuflando os diferentes aspectos sociais, culturais, espirituais, bem como outros aspectos estruturais que envolvem essa condição.

É fundamental, quando tratamos do conceito de saúde, ampliar o olhar para tudo aquilo que pode interferir na condição de vida das pessoas, e isso inclui o ambiente no qual elas estão inseridas e seus efeitos sobre as pessoas, como se dá as relações entre os indivíduos nesse contexto, além de fatores relacionados a sua alimentação, espiritualidade, cultura, entre outros.

A saúde deve ser tratada, portanto, em uma percepção multidimensional, entendida, principalmente, a partir de algo positivo, como um processo natural de expressão, integração e harmonização da vida em cada ser vivo, em cada espécie e em cada *habitat* físico e social (GOIS, 2008).

Sob tal prisma, Caponi (2003) destaca a saúde como margem de segurança frente às adversidades e agressões impostas ao homem na relação com o meio ambiente. Esse entendimento traz um aprofundamento na compreensão de que a

relação do ser humano com seu ambiente interfere diretamente no seu bem-estar social e, conseqüentemente, na sua saúde.

Devida à importância da questão social, para a saúde plena, é que esta pesquisa utiliza a Análise do discurso Crítica (ADC), como método. Isso se dá porque ela fornece aportes para a compreensão construída neste estudo, pois fundamenta que todos os indivíduos, independentemente da formação acadêmica ou posição social, trazem consigo uma gama de conhecimentos adquiridos ao longo da vida. A partir do contexto em que tais pessoas estão inseridas, elas proferem seus discursos, uma forma de manifestação social.

Os participantes do estudo relatam percepções diferenciadas acerca do conceito de saúde, mas que estão alinhadas ao processo evolutivo indicado na literatura. Os discursos apresentam elementos que extrapolam o entendimento da saúde somente a partir da ausência de doenças, contradizendo o que experienciamos, muitas vezes, nos serviços de saúde.

Assim, a análise dos dados permitiu revelar a categoria discursiva da avaliação. Por meio da referida categoria, os participantes emitem juízos e revelam valores acerca do que é desejável ou indesejável em relação à saúde.

a saúde é em primeiro lugar, né?! Sem nossa saúde não somos nada (G1 U7);

é tudo de bom! (G1 U3);

A saúde é tudo, né?! Saúde em primeiro lugar, sem saúde ninguém é ninguém. Tem que cuidar para ter saúde, saúde é vida, se não tiver saúde a vida acaba, imagina uma pessoa que para de andar, que para de falar, que está numa cadeira de rodas dependendo dos outros, isso é a coisa muito triste, então, que é saúde? Tem que ter saúde! Saúde é vida, para ter a vida tem que ter saúde, sem a saúde ninguém é nada, não serve para nada pesar de não saber conceituar, ela traz a saúde como tudo de bom (G1 U6);

Eu acho que se a gente tem saúde e uma boa convivência, a gente não morre (G1 U1).

Os usuários apresentam em seus discursos elementos que são importantes para a vida deles, expressando que a boa convivência, associadas ao poder ir e vir são pressupostos para a saúde. Os discursos são construídos sem expressar uma preocupação com a linguagem técnico-científica, representando uma fala que tem lugar no cotidiano da vida das pessoas.

Ao localizarem a saúde “em primeiro lugar” ou atribuírem a ela o valor de “bom”,

os participantes expressam a sua avaliação, ao mesmo tempo em que indicam outros atributos que devem ser alcançados para ter saúde, tais, como: ter metas na vida, liberdade e condições físicas e mentais para poder alcançar essas metas. A boa convivência é novamente destacada, além do equilíbrio mental.

é ter uma meta de vida e principalmente conservar a saúde, praticar esportes, fazer exercícios físicos, e estar sempre em uma atividade, seja mental, seja física, procurar sempre na medida do possível uma boa convivência (G1 U9);

é não sentir nada, não sentir dor, é viver bem, ter uma alimentação boa, não sentir dor, eu acho que é isso aí. É a gente viver bem com a família e com as pessoas, então, a gente, quando tem Deus, a gente vive naquela felicidade, aí, a gente levanta e fala 'muito obrigada deus por esse dia, pela minha vida, pela vida dos meus filhos e da minha família, muito obrigado meu deus por ter minha casinha onde eu tenho para morar', isso traz felicidade (G1 U1).

Outros discursos foram construídos no sentido da negação colocando a saúde em contraposição à doença ou ao “sentir algo”. Estes discursos se entremeiam com o discurso sobre a felicidade como resultado da saúde e a espiritualidade como meio para o seu alcance.

não sentir nada (G1 U5);

na verdade, é viver feliz. Primeiro, nós temos que agradecer pela nossa saúde e, segundo, lembrar do próximo, também, não pode só lembrar da gente também não (G1 U7);

a saúde é o contrário, é o oposto da doença, se você tem uma doença, se você é todo complicado a “bicicleta toda arregaçada” você não tem saúde, você não tem uma vida saudável, e se você tem uma vida saudável, ativa, você não tem doença, nada dói, tá tudo perfeito, cabeça não dói, coluna não dói, tudo 100%, aí você tem uma vida maravilhosa, saúde perfeita, você é feliz, se você está doente a tristeza monta (G1 U9);

sem saúde não tem como ser feliz, ter uma vida saudável, uma alimentação boa, que são poucas as pessoas que, às vezes, tem condições de ter uma alimentação boa, procurar se manter com o corpo limpo, sem álcool, sem nicotina. É manter uma vida saudável, uma vida boa, procurar fazer atividades físicas e, principalmente, é você estar ali ativando o corpo para ter uma saúde boa, colocar para fora as energias, as adrenalinhas baixas, a alimentação ajuda muito, quem tem alimentação e atividade física, uma harmonia em casa, uma família, os filhos irmãos, marido, esposa, quem vive sozinha no fundo no fundo é uma pessoa triste e isso complementa para não ter uma saúde boa, por que a tristeza afunda também e se torna também hoje o que se chama depressão, e isso vem a acarretar muitas coisas, é não ter também uma saúde boa, ter saúde, ter energia, eu acho que é ter esse complemento ao lado (G1 U9).

Os achados permitem compreender a multiplicidade de conceitos associados à saúde revelados pelos elementos considerados imprescindíveis ou relacionados à

condição saudável.

O participante G1U3 expressa uma perspectiva que tanto remete à saúde contraposta à doença quanto aciona outros elementos do campo da vitalidade energética, para revelar sua concepção.

não falo que eu não tenho saúde, o problema meu é que eu tomo remédio de pressão, mas eu tenho muita energia, ando para todo lado, graças a Deus, eu faço tudo lá em casa, tudo é eu sozinha que faço, lavo roupa, faço faxina, então, isso para mim que é ter saúde, é a energia que eu tenho, graças a Deus. Então, eu não posso reclamar, tenho meus problemas de pressão, acho que todo mundo toma remédio de pressão, pelo menos a maioria do mundo inteiro, mas eu tenho minha energia, graças a Deus, tenho minha energia, que é saúde para mim, tomo os medicamentos, mas tenho energia, eu agito, se for para mim dançar, rebolar eu vou (G1 U3).

Esse discurso aproxima-se da discussão proposta por Christopher Boorse, em seu entendimento acerca de saúde, no qual o autor indica que há uma perspectiva contrassensual sobre a saúde, que não se restringe somente à ausência completa de uma condição que interfere no seu organismo: “a saúde de um organismo consiste no desempenho da função natural de cada parte do organismo (BOORSE, 1975).

Boorse (1977) reconhece que o bem-estar e a plena capacidade dos sadios contrastam com a incapacidade, a dor e o sofrimento dos doentes. Entretanto, assinala que a detecção de lesões e processos patológicos, sem sinais e sintomas, bem como a ocorrência de dor e desconforto em processos não patológicos como parto, menstruação e dentição, limitam a validade do conceito de doença como quadro clínico. Por outro lado, algumas doenças não provocam qualquer tipo de incapacidade e certas incapacidades são fisiologicamente típicas de etapas do ciclo vital normal.

A definição de saúde da OMS também remete a um bem-estar que não está restrito à ausência de uma doença, mas que se relaciona ao modo pelo qual a pessoa, a partir de sua condição física, psicológica e mental lida com as adversidades da vida, na qual lança mão daquilo que é mais importante para superar aquilo que hoje consideramos doença. Em tal sentido, ter saúde vai além de uma doença crônica instalada. Ter saúde é se sentir bem, disposto para a vida, adaptando-se ao que for necessário, baseado nas suas condições para ser feliz. Essa perspectiva contribui para superar o caráter normativo e taxativo comum na saúde, no qual o sujeito portador de determinada patologia perde a sua identidade passando a figurar como o doente (o hipertenso, o diabético, o asmático, *etc.*).

Chama a atenção, nos discursos, a valoração que os participantes atribuem à

boa convivência como requisito para a saúde.

O ser humano ao longo de sua evolução sempre buscou viver em coletividade, o isolamento, na maioria das vezes, traz sofrimento. Somos seres que direta ou indiretamente precisamos do outro, para uma conversa ou para trocas de afetos. Viabilizar espaços e condições plenas que as pessoas possam conviver em harmonia é essencial para alcançarmos índices de felicidade, satisfação e saúde de uma população.

A boa convivência entre as pessoas foi citada em vários discursos acerca do que é saúde para os participantes desta pesquisa, principalmente, entre os usuários. Esses relatos chamaram a atenção pelo fato de estarem à parte da definição tradicional de saúde. A fim de entender o significado da saúde, a partir da boa convivência, é importante resgatar a história da comunidade da Vila Cafezal, bem como o contexto na qual ela está inserida neste momento e ao longo de sua história.

A Vila Cafezal está localizada na periferia da zona sul da cidade de Belo Horizonte, e faz divisa com bairros nobres e ricos da cidade. Porém, diferentemente do que é vivenciado no “asfalto”, expressão utilizada por moradores da Vila para designar o contexto fora da comunidade, o Cafezal apresenta índices de pobreza, violência, e vulnerabilidade social muito diferentes e distantes dos bairros “nobres” vizinhos.

A região do Cafezal foi densamente povoada e teve uma ocupação desordenada, com pessoas advindas de diferentes partes do país e que procuravam melhores condições de vida na promissora capital de Minas Gerais. Até hoje, parte dos terrenos e lotes da região mantêm a definição do início da ocupação, que, por não ter tido o devido acompanhamento do estado, se deu sem estrutura sanitária e habitacional adequada. Assim, muitas casas e barracos estão situados em terrenos de risco geológico.

Ao longo dos anos, a região melhorou, principalmente com relação às características das construções, que, anteriormente, eram de lona e madeira, e, hoje, em sua maioria, são constituídas de alvenaria, apesar de ainda prevalecer à falta de planejamento urbano e habitacional. Paralelamente a pouca ou mesmo à ausência de políticas públicas, os moradores construíram suas vidas, sobrevivendo aos percalços e desafios impostos pela realidade de contrastes que fica visível das suas janelas.

Diante da ausência do estado na região, ao longo dos anos, evidenciamos o crescimento de um poder paralelo, que tomou para si a condução e as regras de

convivência da área. Estabeleceu-se um domínio, com regras impostas e convenientemente pensadas na lógica da sobrevivência do território. Esse poder determina o que se pode produzir e comercializar ali. Ademais, convive-se, cotidianamente, com o tráfico de drogas e com os grupos que disputam o território, a fim de estabelecer ali o seu domínio.

O estado, por sua vez, avesso e muitas vezes omisso a essas questões, busca estabelecer, superficialmente, um equilíbrio nas relações conflituosas desse contexto. Muitas vezes, as leis do “asfalto”, ganham outra conotação na favela.

Diante disso, podemos entender um pouco a importância da boa convivência manifestada pelos participantes da pesquisa. Para eles, o significado de paz, bem-estar social, liberdade de ir e vir, tem uma importância muito mais forte e carrega a marca da sua história, das dificuldades e sofrimentos.

É, de fato, marcante, ao visitar a Vila Cafezal, a desigualdade, as condições precárias e difíceis de vida das pessoas. Mas, se destaca, também, como as relações interpessoais se dão, na maioria das vezes, de formas harmônicas e pautadas de muita energia e alegria. O conviver para essas pessoas tem outro sentido sobre a privacidade e o individualismo. As pessoas ali gostam de se misturar, de se sentirem vizinhas, nos bons e maus momentos, compartilhando dificuldades, “focacas”, algumas vezes, desentendimentos, mas, acima de tudo, estão juntas compartilhando a vida.

A sensação de poder sentar na calçada de casa, bater um papo com o vizinho ao lado, ir ao centro de saúde, e encontrar pessoas do seu convívio, traz a eles uma sensação de pertencimento e orgulho, que é manifestada em muitos relatos, nos quais dizem do desejo de nunca saírem daquele local, apesar das dificuldades diárias. São percepções difíceis de explicar com palavras escritas, só mesmo vivenciando ou mesmo conversando abertamente com quem está imerso naquele contexto.

Com isso, podemos dizer que saúde não se faz somente com médicos, grandes hospitais ou clínicas de exames, apesar de essas estruturas estarem descritas nas falas das pessoas como importantes. A vida plena e harmônica em sociedade representa um fator essencial à saúde dos indivíduos e sociedades.

A saúde primeiramente se resume na educação, se as pessoas fossem mais instruídas, o governo investisse mais na educação, iria gastar menos com saúde e menos com segurança pública, por que a pessoa bem instruída vai se alimentar melhor, vai se comportar melhor e vai da menos prejuízo para o estado (G2 U5);

O ambiente que não tem uma rede de esgoto, né, é uma área, vamos por, nesse tempo de chuva, não tem aquele ambiente para ele (G2 U1);

Eu concordo com ele, só o medicamento não foi. . . ele tinha que fazer os exercícios físicos também e fazer a dieta, que ele não está fazendo, ele está meio fora aí, ele precisa cuidar dele, para cuidar da família primeiro ele tem que cuidar dele (G2 U3);

ter saúde é ter paz e saúde, as outras coisas vem depois (G2 U1);

é não ter enfermidade, ser uma são, que não precisa ficar dependendo de remédio, eu acho assim (G2 U4);

ter saúde é muito bom, é maravilhoso ter saúde, aí a gente anda de cabeça erguida (G2 U3).

Nos discursos, os participantes trazem outros aspectos relacionados aquilo que consideram saúde, dentre eles a importância de as pessoas procurarem estar ativas, praticando atividades físicas, e viverem em um ambiente que favoreça a isso.

O desequilíbrio ambiental trazido na fala de um dos participantes está alinhado ao colocado por Caponi (2003), pois o desequilíbrio na relação do ser humano com seu ambiente compromete suas condições de saúde.

Outro destaque diz respeito à conceituação da saúde, como aquilo que remete à dignidade da pessoa humana, ponto importante e presente na constituição brasileira de 1988, que traz a saúde como direito social e fundamental do ser humano. Uma das participantes destaca a saúde como aquilo que faz com que as pessoas possam “andar de cabeça erguida”. Essa metáfora discursiva remete à importância das estratégias para assegurar a saúde como direito e não apenas uma benesse ou favor que se presta aos indivíduos.

O artigo 1º da Constituição Federal de 1988 estabelece a República Federativa do Brasil como um estado democrático de direito pautado nos seguintes fundamentos: soberania, cidadania, valores sociais do trabalho e da livre iniciativa, pluralismo político e, por fim, a “dignidade da pessoa humana”.

A dignidade da pessoa humana perpassa por todos os direitos sociais assegurados, também, na constituição, desde o acesso a alimentação, moradia, emprego e renda, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, assistência aos desamparados e saúde.

A saúde, que estamos tratando nesta análise, remete diretamente ao direito à vida, que deve ser vivida com dignidade. O artigo 196, da mesma constituição, traz a saúde como um direito de todos os brasileiros e um dever do estado, que deverá ser

efetivado e garantido, mediante a implementação de políticas sociais e econômicas, que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ampliação ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Maas e Daroit (2019) estabelecem que o direito à saúde é o ponto de partida e de equilíbrio para todos os outros direitos civis, políticos e sociais, reforçando que é necessária a existência do direito à saúde, de forma plena e integral ao ser humano, para que todos os outros direitos sejam também exercidos. Sem o direito à saúde, não é possível ao indivíduo o exercício completo de sua cidadania.

“O Direito à saúde é, portanto, um direito humano fundamental necessário para a proteção da dignidade humana e para o desenvolvimento do país” (AITH, 2013, p. 149-150).

Quando a participante associa, metaforicamente, o conceito de saúde a poder andar de cabeça erguida, ela reforça e amplia a importância das políticas públicas, na efetivação desse direito à população, principalmente, aos menos favorecidos.

OMS (1946) apud Aith (2013) enfatiza que a saúde entendida como um completo bem-estar físico, mental e social, remete ao direito de gozo do melhor estado de saúde que é possível. Esse direito fundamental deve ser assegurado a todos os seres humanos: sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social e de forma que os resultados conseguidos por cada Estado na promoção e proteção da saúde sejam um valor para todos.

Os achados direcionam ao entendimento de um discurso que remete à saúde e à dignidade assegurados constitucionalmente como direito. Essa perspectiva ampla da compreensão da saúde está presente ideologicamente nas falas dos participantes que expressam o significado a partir das suas vivências.

Outros discursos vão permitir a análise da construção dos serviços de saúde. É importante resgatar a história do SUS em nosso país, que é fruto de uma luta de diferentes segmentos pela democracia, pelo direito de poder escolher aquilo que de fato é importante para as pessoas, dando, assim, uma resposta ao autoritarismo e às políticas reducionistas e restritas somente a determinadas classes, abrindo, assim, espaço para que o povo, a partir das suas escolhas, possa estar inserido nas decisões que envolviam suas vidas, e, no caso específico, o direito à saúde.

Ao longo da maior parte da história de nosso país, o direito à saúde sempre foi

restrito a privilegiados, aqueles que, por meio de suas posses, condições financeiras e influências políticas, tinham acesso aos serviços disponibilizados. Grande parte da população ficava a mercê de ações pontuais e de serviços filantrópicos (como os que eram prestados pelas Santas Casas de Misericórdia), ações de sanitização e de controle de epidemias.

Ainda hoje, conhecemos diversas pessoas que não tiveram acesso a um parto humanizado, a histórias de mortes infantis e maternas ocorridas no passado recente em virtude de doenças tratáveis e previsíveis, simplesmente pelo fato de ter sido negado ou mesmo não ofertado a elas o direito ao acesso a um serviço básico de saúde. Com isso, esse histórico recente de nosso país ainda está muito vivo na memória de boa parte da população, que vivenciou todo esse contexto, e, dessa forma, conseguem trazer um significado amplo e profundo acerca do conceito de saúde.

Nos relatos que conseguimos, foi possível identificar a percepção dos usuários sobre a evolução dos serviços de saúde ao longo dos anos:

Aqui já cresceu muito, e como já cresceu. Melhorou bastante, do que era, hoje tá uma benção. A gente antigamente começou a consultar na igreja, não tinha água, não tinha luz, então a gente viu que começou o posto daí para a frente, graças a deus. Faz parte da minha vida, nós aqui sem esse posto, como faz para consultar? Aqui faz muita parte da minha vida. Eu me sinto assim, não sei como é que é (G1U1);

Nossa, ótimo, não tenho nada a reclamar daqui, meu marido tratou aqui, meu filho tá tratando aqui, não tenho nada a reclamar. Aqui era pobrezinho, o centro de saúde não tinha esse conforto que a gente tem aqui hoje... não tinha essa cadeira pra gente sentar, ficava em pé, não tinha esse conforto, hoje nós temos, então não tenho nada a queixar (G1U4).

Os relatos caracterizam o quão difícil era a situação da saúde da população antes e após o início do SUS, remetendo temporalmente a elementos discursivos que revelam que o serviço e os usuários cresceram juntos. Outros discursos marcam a institucionalidade do SUS, rememorando o INAMPS e o INSS, com a “carteirinha” como o artefato necessário para assegurar acesso.

Eu sou da época do INAMPS, do INSS, eu tinha minha carteirinha, porque meu pai trabalhava de carteira assinada, e tinha minhas irmãs que não tinham, que eram minhas irmãs só por parte de mãe, e minha mãe usava minha carteirinha e das minhas duas irmãs para as outras, arrancava as fotinhas e colocava as fotos das outras e levava, porque não tinha como consultar, aí começou a sair o SUS, o Centro de saúde ficou só nesse

esqueleto aqui anos, aí em 2000. Antes disso, eu dormia na fila do posto, eu vendia três lugares na fila, vendia o lugar do Jeferson meu filho, vendia meu lugar e o lugar da pedra, eu ficava na fila, eu dormia, eu moro aqui na frente, eu dormia na fila do posto, era dez reais o lugar, porque não tinha, porque quando começou, inaugurou o Centro de saúde, era consultas marcadas, não tinha acolhimento, era desistência, aí eu dormia na fila do posto, aí colocavam um cartazinho lá, 3 fichas de pediatria, 4 de clínica médica, aí eu ficava vigiando, 'oh, só tem três vagas de pediatria' (GT8).

Diante do exposto acima, os discursos expressam a dimensão do significado de saúde, para as pessoas: não se trata apenas do acesso a uma consulta ou exame, representa o direito à vida, e a uma vida com dignidade, a partir dos direitos humanos fundamentais.

Há um conjunto de relatos que localizam a saúde nos corpos individuais e utilizam a estratégia de diferenciação (saudável x não saudável) para expressarem suas percepções:

é aquela pessoa que não tem pressão alta, não tem diabetes, não tem osteoporose, aí não tem nada, tá tranquila, está sã, aí sim é uma pessoa que tem saúde, tá tranquilo, não tem problema algum, tem gente que não sente uma dor de cabeça (G2 U3);

saúde é a pessoa que alimenta com qualquer coisinha boa, não está preocupada de passar mal, eu acho que é isso (G2 U1);

só de não precisar de tomar remédio a pessoa é saudável. Só da pessoa não precisar tomar remédio e vim todo mês no posto pegando aquele sacolão de remédio, que ou toma ou morre, que é o que os médicos fala, eu acho que só de ter isso aí já é uma pessoa saudável (G2 U1).

Outros discursos reforçam o valor do estilo de vida e dos hábitos de vida, como condicionantes para a saúde. Nas referidas falas, os participantes se situam (na primeira pessoa) ou acionam outros atores sociais de forma genérica, para exemplificar o que deve ser feito, para alcançar a saúde:

eu acho que a gente tem que ter uma vida regrada, saber o que come, o que bebe, não encher a cara de bebida, cigarro, drogas, eu acho que faz a gente ter a saúde, saber o que come, se alimentar bem, eu acho que é isso (G2 U6);

está convivendo com os amigos, poder desabafar, ter amizade com todo mundo, na vida o importante é isso, não sentir nada e ser feliz (G2 U3);

para mim ter saúde eu preciso saber o que eu como, como me comportar, como me comportar durante o dia a dia, se eu tiver sentado de mal jeito uma hora eu vou ter uma dor de coluna, não quer dizer que eu esteja passando

mal, mas vai afetar um pouco a minha saúde, só que é uma coisa que o pessoal antigo fala, comer muita comida gordurosa, um dia ela vai te afetar, a gente tem que saber o que vai comer, ter os exames todos certinho, ter um acompanhamento médico não significa que a pessoa está passando mal, mas significa que ela está se cuidando (G2 U5);

comer bem, fazer ginástica, fazer caminhada, se gosta de beber uma cervejinha, bebe moderadamente, ou não bebe, o certo é não beber (G2 U6);

não por causa da preocupação né, porque desse jeito ela vai estar sempre preocupada, 'poxa, eu não tenho uma casa boa, eu não moro num lugar bom, e aqui não está bom para mim', ela vai ficar com aquilo na cabeça o tempo todo e então não está saudável, e acaba entrando em depressão por que fica com aquilo na mente, olha para um lado e para o outro e não tem ajuda (G2 U4).

Por muito tempo, o entendimento do que era saúde ficou restrito somente à pessoa que não apresentava nenhum agravo/doença, principalmente, física. Não se tinha noção de todo o conjunto de fatores que estão relacionados ao viver saudável. Ao longo do século XX, os estudos se dedicaram a aprofundar a discussão sobre a promoção de saúde e tudo aquilo que está envolvido, nos seus condicionantes e determinantes, fatores esses diversificados, multidisciplinares e intersetoriais, que trazem o diferencial de associar a saúde não somente à ausência de doenças, mas à qualidade de vida e ao bem-estar social.

Destarte, frisa-se que a promoção da saúde pode ser definida como o “processo de capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida. Ou, ainda, conforme consta da Carta de Ottawa (CANDEIAS, 1997, p. 150 apud AITH, 2013):

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um Estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

A I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde foi realizada em 1986, em Ottawa, Canadá, e, ao final, aprovou a Carta de Ottawa, declaração internacional de grande relevância para a promoção da saúde. A Carta de Ottawa estabelece expressamente a promoção da saúde como fator fundamental de melhoria da

qualidade de vida e da saúde das pessoas, relacionando a promoção da saúde aos fatores determinantes e condicionantes da saúde e também à construção de políticas públicas que garantam ambientes favoráveis, por meio da mudança dos modos de vida, de trabalho e de lazer (AITH, 2006).

No Brasil, a Promoção de Saúde foi trazida no âmbito da Constituição Federal de 1988, na qual seu texto traz que: “a saúde é um direito de todos e um dever do estado”, mediante a implementação de políticas públicas, que visem a redução de riscos de doenças e agravos, sendo garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua proteção, promoção e recuperação. Posteriormente, a Promoção de Saúde foi reforçada, e ganhou contornos operacionais, por meio da lei 8080/90 e do decreto nº 687/2006, que trata de maneira mais específica as devidas estratégias a serem adotadas nos âmbitos municipal, estadual e federal, garantida a participação das pessoas no que tange à implementação de políticas que promovam saúde.

Ao longo da história do SUS no Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF), talvez, tenha sido a principal política de estado, na garantia do acesso aos serviços de saúde bem como para a efetivação de estratégias voltadas à promoção de saúde no âmbito local. A relação entre ESF e promoção da saúde está na capacidade da primeira em alinhar as reais necessidades, epidemiológicas, sanitárias, sociais das regiões adscritas às equipes, com a oferta de ações interdisciplinares e intersetoriais para ampliar a capacidade das pessoas de cuidarem de si.

Do ponto de vista normativo, a Promoção da saúde no Brasil adquire caráter de política específica, em 2006, com a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde que é revisada em 2015 (BRASIL, 2006).

A evolução do campo vem acompanhada, também, de uma construção social sobre a saúde de diferentes pontos de vista, valorizando não somente o aspecto operacional do setor, pautado no atendimento direto feito por meio de uma consulta ou exame, dando, assim, a devida importância aos determinantes sociais de saúde, que envolvem: alimentação saudável, prática de atividades físicas, meio ambiente em equilíbrio, além dos aspectos estruturais, como acesso a renda, trabalho e emprego, condições dignas de moradia, educação, cultura e lazer.

Os participantes do estudo revelam noções discursivas de um conceito de saúde que exige investimentos em setores complementares. Expressam a necessidade de uma alimentação adequada e acessível a todos, educação de qualidade, moradia, emprego, espaços de convivência, bem como a cultura da paz,

pois, a falta de um desses quesitos impacta na qualidade de vida e na saúde das pessoas.

O que também fica evidente, no caso do discurso dos trabalhadores, é a dificuldade que as pessoas têm de seguir aquilo que é “prescrito”, no que diz respeito aos cuidados com a saúde: utilizar a medicação, seguir a dieta, realizar atividade física, *etc.*

Os próprios trabalhadores também enfatizam como uma “receita pronta” aquilo que os usuários deveriam seguir para se alcançar condições plenas de saúde, porém, muitas vezes, as prescrições são tão padronizadas que não são passíveis de serem adequadas à realidade das pessoas, e, conseqüentemente, faz com que o que foi prescrito fique restrito apenas ao campo de um discurso gravado na mente das pessoas, mas, operacionalmente, limitado, por não estar de acordo com o que os usuários podem executar no seu cotidiano.

eu acho que o meio que ela vive não influencia dentro do organismo dela não, mas ela pode influenciar no meio que ela vive, por que as atitudes dela pode influenciar toda a vizinhança dela, todo o contexto dela da vida dela, e não assim, se eu moro em um local ruim, insalubre, eu posso melhorar aquilo ali para poder ter mais qualidade de vida. (G2 U5);

é estar bem no lugar que você mora, é dormir cedo, e fazer igual ela falou, não preocupar só com ela, olhar também as pessoas que estão precisando, e estender as mãos, penso nas mesmas coisas que ela falou, está certo (G2 U3).

Para uma crítica explanatória, fica evidenciado que muitos participantes trazem em seus relatos um certo “discurso pronto”, uma receita daquilo que é importante a ser feito para se ter saúde. Revela-se essa contradição ao evidenciarmos que o discurso não está alinhado com que a própria pessoa faz no seu cotidiano.

Parece haver uma certa padronização discursiva sobre o que se deve falar sobre saúde. Esse processo é resultante das inúmeras prescrições, palestras, propagandas, que difundem os requisitos necessários para se ter saúde: é necessário se alimentar de maneira saudável, praticar atividades físicas, viver em um ambiente saudável. . . Repete-se este padrão como um fundamento partilhado pelos membros de uma mesma comunidade (sejam usuários ou trabalhadores), muito embora aquilo esteja fora de seu contexto de vida, no caso específico, muito em decorrência das condições habitacionais, falta de espaços que proporcionem situações dignas, restrições alimentares. . . A unificação do discurso impede que as pessoas verbalizem,

especificamente, suas dificuldades e limitações.

Segundo Thompson (1990), a unificação é um modo de operação ideológica do discurso, que revela uma construção simbólica de identidade coletiva independentemente das diferenças que possam separá-las. A unificação é muito utilizada por autoridades do estado no intuito de estabelecer uma padronização linguística a nível nacional, muitas vezes desconsiderando as diversidades regionais e locais. O discurso unificado das pessoas pode esconder aspectos culturais e limitações importantes que poderiam ser trabalhadas individualmente, de acordo com as necessidades dos indivíduos, pelo fato de, muitas vezes, o discurso trazer uma conduta divergente do que de fato acontece na prática social, mas, para ser aceito frente à sociedade e seus pares, as pessoas replicam uma fala única, mesmo aquilo estando distante ou fora daquilo que conseguem desenvolver ou desempenhar nas suas vidas. A unificação também traz um caráter dominador e doutrinador na sociedade, como forma de estabelecer um modo mais conveniente de conduzir as pessoas para aquilo que se deseja.

O discurso dos trabalhadores se alinha ao dos usuários na negação da saúde como ausência de doenças. Para os trabalhadores, é mais evidente que a paráfrase ao conceito emitido pela OMS não é suficiente para abarcar os inúmeros condicionantes da saúde no contexto real da vida.

é um bem-estar físico, mental, psicológico, o indivíduo estar bem totalmente, não é só estar bem fisicamente, não adianta ele estar sem problemas de saúde, se a saúde mental dele está debilitada, ele está desempregado, deprimido, a filha adolescente grávida, isso tudo gera algum estresse para a pessoa, e gera um mal estar, não é só ausência de doença (GT 8);

eu acho que é essa questão também, do acesso à cultura, acesso à informação, ao lazer, ao estudo mesmo, ter acesso a escola, a uma alimentação de qualidade, porque a gente pode virar para o paciente e falar assim: 'você tem que comer tal, tal, tal coisa', ele tem o acesso? A coleta de lixo adequada, nós estamos ali: alguém jogou um bicho morto na caçamba, olha quantas pessoas além do centro de saúde, olha quantas casas, ele mesmo, a comunidade, as crianças, tem uma praça, só essa atitude dele, falta de pensar no coletivo, falta de informação, um monte de fatores para essa pessoa ter tomado essa atitude, e prejudicando uma quantidade enorme de pessoas, atrapalhando a saúde dessa quantidade de gente (GT 5).

Outros discursos revelam uma perspectiva niilista sobre o alcance da saúde influenciado pelo contexto de desafios a que os usuários e a comunidade estão submetidos.

Refletem ainda:

eu concordo que é físico, psicológico , a gente, pode ter o dinheiro, a vida que for, se não tiver saúde, não tem nada, fica nisso, você morre de fazer as coisa, por mais que tenha um alto padrão, mas sem saúde não tem muito o que ser feito, não consegue aproveitar e ter o mínimo do básico (GT 3);

Lembrei da escolinha: bem-estar físico, social, psicológico, e a agente vai ter isso? Nunca. Porque se você for parar para pensar , isso não vai acontecer nunca, e hoje a demanda que nós estamos, a gente está lidando mais com a doença do que com a saúde da população, hoje a gente trata a doença, porque a gente não tem a estrutura e nem o apoio, nem tempo para poder fazer uma promoção da saúde realmente, a prevenção, seja ela assim, esse paciente que vem aqui todo o dia (GT 4);

essa percepção de que a saúde é multifatorial é um consenso entre a gente, nós podemos ver, estamos aqui numa unidade de saúde, que já foi chamada de unidade básica de saúde, e hoje por questões burocráticas eles mudaram o nome, então nós estamos lidando com a saúde do pessoal dentro de uma esfera só e tem muitas esferas que não cabe a gente, cabe a outros órgãos, a outras pessoas, o indivíduo mesmo, em outro ramo da prefeitura para cuidar daquilo, do governo federal, então, é uma coisa difícil, que acaba que chega para a gente esse problema de saúde (GT 7).

Os discursos de usuários e trabalhadores se encontram. É um consenso entre os participantes que “saúde” transpassa o restrito entendimento de ausência de doenças e que é fundamental o investimento em políticas sociais e outras estratégias para alcançar felicidade, dignidade e direitos.

Apesar da compreensão ampliada sobre saúde, os participantes, sobretudo os trabalhadores, reconhecem que as estratégias de cuidado ainda estão muito centradas no curativo, voltado, principalmente, para as condições agudas, situação essa que faz com que os serviços de saúde trabalhem em desacordo com o próprio entendimento interdisciplinar proposto pelos modelos de saúde de referência no mundo. O atendimento às condições agudas é necessário e fundamental, pois, em algum momento, todos nós iremos precisar de uma assistência imediata e oportuna, mas, de fato, é muito importante que o planejamento das ações e do cuidado em saúde também preconizem a promoção de saúde como um dos eixos de intervenção, promovendo condições de vida que contemplem a prevenção de agravos, o bem-estar social, a partir de espaços de convivência entre as pessoas, alinhados a políticas que possibilitem o acesso a boa alimentação, emprego e renda, educação de qualidade e cultura da paz. Outro aspecto importante diz respeito ao entendimento da saúde plena, a partir daquilo que é importante para a vida da pessoa, independentemente da sua

condição atual.

Isso porque, pensando em uma patologia, se o indivíduo primar por aquilo que lhe faz feliz, e lhe traz satisfação, a doença será somente um degrau ou desafio a ser superado na vida, não sendo esse um limitador a sua saúde. Esse olhar singular sobre a pessoa, a partir das dificuldades que todos temos, mas pensando nas potencialidades que todos nós temos, a partir daquilo que nos traz satisfação e felicidade, deve nortear o cuidado.

A saúde é coletiva, mas também é individual, e o cuidado voltado à promoção do bem-estar deve procurar contemplar e valorizar aquilo que o usuário traz de importante para sua vida. O diagnóstico de uma patologia não deve por si só taxar uma pessoa de doente, o usuário envolvido no processo de cuidar deve estar a par da doença, que é uma condição momentânea ou permanente, mas que pode ser superada, mantendo preservadas as suas necessidades e desejos, a partir de um acordo horizontal entre as partes envolvidas nesse processo.

O simples ato de diagnosticar uma patologia e determinar aquilo que a pessoa deve seguir a partir daquele momento, sem considerar seu contexto de vida, afasta e condiciona as pessoas à condição de paciente, passivo, que deve apenas seguir aquilo que o outro, uma pessoa muitas vezes estranha, que pouco sabe de sua vida, está determinando que seja feito. Essa situação muitas vezes irá resultar em pouca responsabilização pelo cuidado ou mesmo frustração, acarretando, assim, em outras condições patológicas.

5.1.1 O que desejam os usuários do centro de saúde cafezal

Os usuários relatam que os seus principais desejos ao setor da saúde estão relacionados à necessidade de ampliação dos atendimentos médicos a partir da contratação de mais profissionais dessa categoria. Trazem, também, o desejo de que as unidades funcionassem como hospitais e UPA, atendendo às pessoas durante as vinte e quatro horas do dia, sem restrições de horários, apontando para a possibilidade de ter leitos para internação. Apontam também para a necessidade do aprimoramento da escuta e do acolhimento nas unidades, e para o investimento em atividades que vão além do atendimento propriamente dito.

Tem que melhorar mais um pouco os médicos, tem umas três vezes que venho e não tem médico (G1 U3);

Ah, eu desejaria que sempre não faltasse médico, que é o que mais às vezes tem vez que falta, não é por causa deles, se a gente pudesse, sempre tinha médico, né, para toda vez que a gente precisasse, mas as coisas não são iguais a gente quer, mas o que eles podem fazer eles fazem (G1 U8);

Mesma coisa que ela falou, os médicos, ter mais médicos né, uma atividade para gente também, por que vários postos tem atividade, igual o posto lá da Delrey, tem uma atividade lá de Lian gong, esses negócio assim, então eu acharia que deveria ter uma atividade assim pra gente seria melhor né, no mais, tendo mais médico (G1 U3);

espero que eles vai me tratar bem, porque se a gente está passando mal e vem no médico, a gente quer que chegue e eles atendam agente direitinho, que passe os remédio, encaminhe para outras coisas (G2 U1);

Se fosse olhar o meu desejo, o posto de saúde, a gente chegar aqui, passar pelo médico, o médico pedir um exame, fazer o exame na hora e logo depois já entregar para o médico ver. Sair daqui já sabendo o que a pessoa tem e o que fazer para cuidar de sua saúde. Seria mais ou menos assim, tá precisando, faz um exame aqui agora, atendimento assim rápido, mas infelizmente isso não depende só da vontade da gente (G2 U2).

A figura do médico é muito lembrada e enfatizada pelos participantes dos grupos dos usuários como um dos principais desejos para a melhoria dos serviços de saúde. Apesar de todo investimento na saúde multiprofissional e interdisciplinar, a figura do médico é muito marcante como representativa do que é saúde. São marcas que vem enraizadas na nossa cultura e história, bem como de um modelo de saúde que permaneceu ao longo da maior parte de nossa existência, e ainda se faz muito presente, que coloca o médico como o centro da saúde.

É importante ressaltar que a mídia, por meio dos veículos de comunicação e propaganda, contribui muito para que esse entendimento se mantenha vivo no consciente dos usuários. Temos que ressaltar também o corporativismo que envolve a carreira médica, associado a uma elitização dessa classe profissional, desde a formação acadêmica, que é restrita a poucos em nossa sociedade. Mas, muitas cidades de nosso país sofrem com a falta de médicos. Cabe ressaltar, ainda, que fomos condicionados, ao longo do tempo, a associar o cuidado em saúde à figura do médico, a um pedido de exame e à prescrição de medicamentos, como uma solução prática e exata para qualquer problema de saúde. Temos muita dificuldade, inclusive outros profissionais, de promover estratégias de cuidado que estejam além do “kit” médico/exame/remédio.

Para Merhy (2002), o objeto da saúde é a produção do cuidado, que seria a

alma dos serviços de saúde, e o objetivo (conseguido por meio do cuidado) é a saúde. Nosso modelo assistencial é culturalmente organizado a partir dos problemas específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar. Merhy (2002) ainda reforça que é necessário uma redefinição dos espaços de relações dos atores envolvidos na produção do cuidado, alterar missões das instituições de saúde, combatendo o corporativismo e alterando o modelo de gestão, de forma a buscar uma maior integração de saberes em prol do que o usuário necessita, e contaminar o núcleo específico/especialista de saber com o núcleo cuidador integral.

É importante ressaltar também, que o modelo na qual as unidades de saúde estão organizadas, e, no caso específico deste estudo, o Centro de Saúde Cafezal, apesar de trabalharem com uma equipe multiprofissional, o processo de trabalho está centralizado de maneira geral ao atendimento médico, tanto para os casos agudos quanto para os casos crônicos. Os horários restritos de atendimentos e de vagas no acolhimento são para que as vagas de consultas médicas, que são disponibilizadas diariamente, estejam voltadas para os pacientes mais graves, da mesma forma, no caso dos pacientes crônicos, que necessitam sempre do médico para renovar sua receita ou solicitar um exame para o seu acompanhamento. São poucas as ações executadas pelas unidades de saúde que não tem como ponto final o atendimento médico.

Com isso, as pessoas vislumbram o médico como o principal objetivo para alcançarem a tão sonhada saúde, e os outros profissionais acabam por serem vistos como barreiras ou apenas parte complementar daquilo que eles desejam.

Mudar essa concepção da sociedade como um todo passa por remodelar tudo aquilo que fazemos no âmbito dos serviços de saúde atualmente, até porque sabemos que o modelo médico hegemônico não contempla todas as necessidades das pessoas, apesar de ser considerado, por elas, uma prioridade.

Os participantes do grupo dos profissionais também foram questionados acerca daquilo que os usuários desejam, e, também, foi relatado, como desejo dos usuários, o médico, como podemos observar nas falas abaixo:

eles vão atrás onde tem médico (GT1);

se tem o médico, eles vêm, independente da estrutura que a gente tem para

atender eles (GT4).

Os relatos também por parte dos trabalhadores acerca da busca do usuário, quase que de maneira exclusiva pela consulta médica, reflete o contexto médico hegemônico que ainda prevalece no contexto da saúde. Apesar disso, o processo de trabalho empregado no âmbito dos serviços ainda preconiza o atendimento médico como principal oferta das unidades, e há toda uma organização em torno desse processo que, de certa forma, desprivilegia os outros serviços disponíveis e que poderiam ser implementados.

Nos relatos abaixo, se confirma a percepção dos trabalhadores, mas também dos próprios usuários, acerca do que desejam, quando buscam as unidades de saúde:

quando venho é para marcar uma consulta, e espero conseguir (G1 U2);

eu procuro aqui com intenção de ser bem atendido. Marcar uma consulta, o mais rápido possível, e aqui não pode, o sistema aqui é esse, mas por mim tá ótimo, o plano é só ligar e marcar, dois três dias depois liga (G1 U5).

A ampliação da escuta, por meio da estratégia do acolhimento, associando a ela uma diversificação das possibilidades assistenciais, pode contribuir para que possamos integralizar o cuidado, a partir da interdisciplinaridade esperada no cuidado.

Outra questão reforçada pelos usuários diz respeito à importância que as pessoas empregam ao atendimento médico e aos serviços de urgência. Os usuários reconhecem a importância do centro de saúde para a comunidade, porém, destacam o desejo de se ter ali uma unidade que funcionasse por 24 horas, com livre acesso para os atendimentos quando eles precisassem, inclusive para internação.

Vale destacar que trazemos, enraizados em nossa história sanitária, um período longo de uma assistência à saúde muito residual, em que milhares de pessoas não conseguiam acessar os serviços de saúde. Apesar de nossa realidade atual não ser a ideal, principalmente, quando analisamos as desigualdades regionais existentes em nosso país: observamos uma melhora significativa na saúde pública brasileira desde a criação do SUS. Porém, as pessoas mais idosas, e os adultos, carregam consigo na memória todas as dificuldades que vivenciaram. Diante disso, há uma preocupação muito grande, por parte delas, em explanar e valorizar os serviços de urgência, pois a falta deles os remetem a dor e sofrimento.

Sonho num centro de saúde bem grande, com bastante conforto, coisas boas porque a gente tem que sonhar, mas tudo é do jeito que puder, a gente não pode fazer as coisas que a gente não pode, se às vezes tem um atendimento é assim, nessa quantidade que tá, então vamos agradecer a Deus, mas se fazer um Upa grande, melhor, né?! Se tivesse conforto para uma Upa aqui seria melhor, né?! Mas se não tem, paciência (G1 U1);

Seria bom ter o posto e uma upa junto também, mas isso aí é coisa de governo (G1 U2);

Seria melhor a upa, um chamado “upa posto de saúde”, seria melhor, todos os dois juntos, tipo um hospital, a senhora queria dizer, com leitos e tal, mais médicos (G1 U5);

Eu desejaria que aqui fosse igual o upa, mas não mudar o nome, ter quartos para pacientes ficar aí, enfermaria, para ficar aí uma noite por dia, tem pessoas que precisa. Mas aqui se tivesse isso, mas não vai poder então, graças a Deus, tá bom, tá bom, graças a Deus, tá ótimo, temos que agradecer, tá ótimo (G1 U5);

Eu imaginaria um hospital, seria bom, que aqui a população da serra é muito grande, é muita gente (G1 U2);

tipo para ser atendido dia e noite, igual o pronto socorro, para você chegar ali e, e já ser atendido, como se fosse o João XXIII, para você não precisar ir tão longe para estar, aqui teve uma conversa para desapropriar o terreno e falaram que aqui ia funcionar igual uma upa, para atender dia e noite para ter médico (G1 U6).

Os discursos indiretamente fazem referência às dificuldades que os usuários ainda enfrentam para alcançar um atendimento, quando estão sofrendo com quadros agudos. A garantia do acesso de usuários com quadros agudos às unidades de atenção primária é hoje um dos grandes desafios, para gestores e profissionais de saúde, pois apesar da Estratégia Saúde da Família ter sido elaborada com objetivos ampliados de cuidado, há de se reconhecer que a principal demanda das unidades hoje está relacionada a quadros agudos, e que, diante disso, é fundamental viabilizar estratégias que permitam a devida assistência a esses usuários, principalmente, aqueles com quadros clínicos compatíveis com esse nível de atenção, para que se consiga, em rede, absorver todos os usuários, sem sobrecarregar nenhum ponto de atenção.

A “escuta” foi colocada por ambos os grupos pesquisados como parte do desejo e da estratégia para a qualificação do cuidado. Com a vigência de serviços muitos sistematizados em protocolos clínicos, regras de funcionamento e de abordagem, a escuta do usuário tem ficado cada vez mais engessada no cotidiano das unidades. Com isso, as abordagens estão, cada vez mais, limitadas e focadas em uma queixa

específica, deixando de lado a importância do cuidado holístico, tão defendido pelos mesmos participantes ao longo deste estudo, e que, de fato, é tão fundamental à assistência aos usuários.

eu busco um bom atendimento, como, assim, eu, como motorista, sou um prestador de serviço, a pessoa que tá entrando no meu carro vai querer um bom atendimento, independente do meu estado de espírito, dos meus problemas familiares, pessoais, ela quer um bom atendimento, a gente espera isso do posto de saúde também, independente do que o profissional esteja passando na vida dele, ele tá ali para atender bem quem tá chegando, ele tá ali para resolver a questão de quem tá chegando ali, da melhor forma possível, e às vezes a gente não encontra isso, às vezes a pessoa nem olha pra gente, com uma cara fechada, e diz: 'tem não, tem não', aí, a gente pensa, 'como assim não tem, me explica o porquê, a agenda do médico tá cheia?' O medicamento tá em falta? Eles não falam nada, só diz não tem (G2 U5).

No relato acima, o usuário faz uso de um exemplo, a partir da sua posição frente à sociedade, de como ele gostaria de ser tratado quando procurasse uma unidade de saúde. Ele diz que também é um prestador de serviço público enquanto motorista, e, que muitas vezes, não consegue receber ao menos uma resposta ao indagar uma queixa ou um pedido, dependendo da situação. Ele traz uma observação importante acerca da escuta, que não está somente no ouvido de quem está do outro lado para prestar um atendimento, mas, da postura acolhedora e voltada a ouvir e a buscar, dentro das possibilidades, dar a melhor resposta. O “não” dado a uma pessoa pode ser dito de diferentes maneiras: quando se diz apenas um “não”, sem que seja aberto o espaço para o diálogo e também para opções para uma situação, se passa a impressão de que não houve, naquela relação, uma empatia entre os envolvidos, dando a entender, à parte que não teve a sua solicitação atendida, que não foi dado a devida importância ao seu pedido. E isso, muitas vezes, é um fator comprometedor do vínculo entre as partes, gerando atritos e, conseqüentemente, o afastamento das pessoas daquele serviço.

ele vem justamente completar essa plenitude desfalcada de alguma maneira, mas sempre esse, restabelecer essa plenitude que ele não está tendo, então vem porque está triste, porque o filho mexe com droga ou foi preso, vem porque perdeu o emprego, vem porque está preocupado com a pressão, porque ouviu em algum lugar que alguém morreu de derrame e aí a pressão alta passa a ser um problema, e aí ele lembra que tem um ano que ele não toma o remédio, aí ele vem, o motivo dele é esse. O da outra é tomar anticoncepcional, o da outra é vim fazer o exame de gravidez porque está doida para engravidar, de um traficante qualquer, para ganhar *status*, cada um tem um motivo diferente, dor também né, dor física, e às vezes, às vezes

aquela dor que não vai passar com nada, mas ele quer o cuidado , ele quer que você pare cinco minutos, converse com ele e dê uma receita, isso já é um ato de amor, é um ato de doação, isso para ele é o que ele veio pegar, pode ser de aas, pode ser de remédio caro, pode ser de qualquer coisa , você está perdendo o seu tempo com ele (GT 1);

que as pessoas têm demandas múltiplas, e eles nos procuram para resolver alguma demanda delas, independente de qual que seja (GT 7).

O relato da participante do grupo dos trabalhadores acima consegue englobar boa parte daquilo que é buscado pelos usuários ao procurar algum atendimento, no centro de saúde. É importante destacar que a maioria das coisas que ela coloca como motivos da procura são passíveis de serem resolvidas, apenas com o ato da escuta.

Cecílio (2001) traz o conceito de “necessidades de saúde” como estruturante das ações e serviços de saúde. Toda ênfase da gestão, organização da atenção e capacitação dos trabalhadores deveria ser no sentido de uma maior capacidade de escutar e atender às necessidades de saúde; mais que uma adesão pura e simples a qualquer modelo de atenção aprioristicamente.

O citado autor defende que as necessidades de saúde podem ser aprendidas em uma taxonomia organizada em quatro conjuntos: o primeiro conjunto de necessidades de saúde liga-se às condições de vida, de modo que elas vão refletir ou traduzir as necessidades; o segundo conjunto diz respeito à necessidade de ter acesso a tecnologias de saúde capazes de melhorar e prolongar a vida. Nesse conjunto, a importância hierárquica na escolha das tecnologias é determinada não só pelos técnicos, mas pelas pessoas e pelas suas necessidades reais; o terceiro conjunto diz respeito à necessidade de cada pessoa ter uma crescente autonomia no seu processo de levar a vida. Como entendo, as diversas necessidades de saúde de uma população só podem ser apreendidas e trabalhadas, de forma efetiva, com uma forte e ativa participação social.

O centro de saúde representa um ponto de referência para a comunidade da Vila Cafezal, é um local onde as pessoas se encontram para conversar, expor uma dificuldade, seja de cunho financeiro, pessoal, amoroso, é um local onde se busca, de fato, uma contemplação daquilo que lhe faz falta, hoje. A região do Cafezal, como já descrito em outros trechos desta pesquisa, é desprovida de recursos e atividades culturais, espaços de convivência e de lazer, e, com isso, a unidade de saúde torna-se um local onde aquelas pessoas, tão carentes de escuta, vão, em busca de algo

que lhes proporcione satisfação pessoal em algum momento. No relato simplório e direto abaixo conseguimos evidenciar essa percepção:

Às vezes venho para passear (G1 U4).

A relação entre a comunidade da Vila Cafezal e o centro de saúde é muito íntima e intensa ao ponto de que, quando a unidade precisou ser transferida para outro local da região, acabou por gerar uma marca na memória dos usuários.

quando ele saiu daqui mesmo, foi um sofrimento até para poder pegar remédio, tinha hora que a gente não aguentava, mas era obrigado a ir lá pegar um remédio, né, a gente ia num sofrimento e orando e pedindo a Deus para o posto voltar para aqui de novo, eu acho que com o posto aqui todo mundo fica alegre com ele aqui (G2 U3);

eu só venho aqui quando eu too precisando mesmo, o único problema que vi, foi quando o posto foi lá para “Delire”, pois lá a gente esperava muito, tinha que esperar todo mundo de lá ser atendido primeiro, para, depois, atender nós. Nós sofreu de mais lá naquela “Delrey”, só Deus que sabe. Graças a Deus, não tenho nada a queixar não (G2 U3);

acredito que eles procuram a unidade, por mais que eles xinguem , quebrem, eles têm uma confiança grande no trabalho, eles entendem aqui como parte importante do território deles, não sei se algum de vocês teve oportunidade de vir aqui enquanto o centro de saúde estava fechado, gente, isso aqui era um lugar morto, como o centro de saúde traz vida para esse lugar, você não via nada, os comerciantes aqui estavam pedindo pelo amor de Deus para o posto abrir de novo, isso aqui era um lugar morto, a unidade de saúde traz uma vida, uma confiança (GT 5).

O local denominado “Delrey” pelos usuários, é uma região do Aglomerado da Serra, região próxima à Vila Cafezal, onde está situado outro Centro de Saúde. No período que o CS Cafezal precisou ser fechado, para uma reforma, após diversos episódios de atritos envolvendo a comunidade e alguns trabalhadores, a população atendida no Cafezal foi direcionada para ser atendida em unidades vizinhas e essa situação é uma cicatriz recente e que traz lembranças muito ruins para os usuários e trabalhadores.

O centro de saúde movimenta a Vila Cafezal, e traz vida, é um serviço público essencial para a vida das pessoas, fruto de uma conquista histórica daqueles que vieram de diferentes locais construir suas vidas em uma região tão desfavorecida da cidade. As pessoas da Vila Cafezal, de fato, fazem da unidade de saúde uma extensão de seus domicílios. Me arriscaria a dizer que essa percepção trazida pelos moradores

da Vila Cafezal seja diferente do que é percebido em diferentes locais da cidade, pois a unidade de saúde ali é vista como um marco na história das pessoas, nasceu em virtude delas, e vem se desenvolvendo ao longo dos anos também em virtude delas.

O desejo dos usuários no que tange ao cuidado em saúde deve ser um norteador no horizonte das políticas públicas de saúde, essa diretriz faz com que consigamos tornar o direito a saúde de fato democrático em nossa sociedade, fazendo com que as pessoas se sintam parte do cuidado. Implementar ações baseadas somente em protocolos científicos, que não trouxeram para o debate os principais interessados e usuários, ocasionará em estratégias de saúde vazias, limitadas e com baixa efetividade. Para tal, é necessário que gestores e trabalhadores saiam de sua “zona de conforto”, e procurem, por meio da empatia, o que, de fato, é importante para as pessoas, para que as ações e cuidados atendam às devidas necessidades e diversidades, no âmbito individual e coletivo, criando espaços para o diálogo e consequentemente invertendo a lógica dos processos de trabalho estabelecidos hoje, que, na maioria das vezes, atendem apenas à necessidade do serviço para que ele funcione, e não à necessidade de quem utiliza.

Com isso, o acesso das pessoas ao cuidado se dará de maneira mais harmônica e integrada à rede, favorecendo o vínculo, a responsabilização e as relações entre os atores desse processo.

4.3 Responsabilidade pelo cuidado em saúde: posição dos atores sociais

A análise da responsabilidade acerca do cuidado em saúde a partir da percepção dos usuários é o objetivo central deste estudo. Entender o que as pessoas pensam acerca dessa questão pode nos ajudar a romper barreiras impostas no cotidiano dos serviços de saúde, mas, também, da vida em sociedade. Essa compreensão pode contribuir para diversificar o olhar sobre o cuidado em saúde, bem como sobre as estratégias voltadas à organização dos serviços de saúde, hoje, buscando, a partir do desejo e da compreensão das pessoas, alinhar as ações às reais necessidades delas.

Apesar de não se encontrar na bibliografia muitos estudos que tratam da percepção dos trabalhadores acerca da responsabilidade dos usuários no cuidado, é notável a dificuldade, relatada pelos trabalhadores, em envolver os usuários. Há um

senso comum, entre trabalhadores, de que as pessoas não seguem os tratamentos propostos, principalmente, aqueles que exigem dieta, prática de atividades físicas, cuidados com o meio ambiente. Outros estudos também indicam uma perspectiva do imediatismo que envolve a população na procura pelos serviços de saúde.

Com o propósito de investigar a participação comunitária na equipe de saúde da família, foi desenvolvido um estudo entrevistando trabalhadores e conselheiros de saúde, analisando documentos do Diário Oficial do município de São Paulo e atas do conselho municipal de saúde, no período de 2001 a 2002. A pesquisa objetivou conhecer o quanto o trabalho em equipe de saúde da família favorece a participação da comunidade na construção de um projeto assistencial.

Dentre os resultados mais relevantes, o estudo revelou a não inclusão da comunidade nem no trabalho em equipe, nem no planejamento das ações, apesar de a análise documental mostrar que a participação da comunidade está prevista tanto no diagnóstico da situação de saúde quanto no planejamento de atividades de saúde da família (CREVELIM; PEDUZZI, 2005).

Em tal prisma, Merhy (1999), faz uma discussão acerca do propósito final das ações e estratégias de serviços de saúde, e o quanto elas promovem a autonomia e a satisfação dos usuários. Na análise do autor, os “atos de saúde” são capazes de intervir no cotidiano dos serviços e produzir transformações, porém são implementados de maneira limitada, pelo fato de estarem centrados apenas nos procedimentos e não nas pessoas que recebem o cuidado. Dessa forma, se perde a percepção singular do cuidado, fazendo com que o sentido desses atos não seja plenamente compreendido pelos usuários, que, em virtude disso, acabam por não se sentirem empoderados o suficiente para executarem aquilo que lhes é exigido.

Se analisarmos o ponto de vista dos usuários, veremos que, em geral, eles reclamam não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas, sim, da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados.

Assim, nos deparamos, diariamente, com notícias acerca da evolução tecnológica e científica no campo da saúde, artigos científicos que trazem soluções e estratégias de diagnósticos, tratamentos e cura, para diferentes patologias. Paradoxalmente, não conseguimos aproximar todo conhecimento e experiências adquiridas ao longo da história ao que seja satisfatório do ponto de vista dos usuários,

que são os atores sociais nesse processo.

Fato que estamos diante de um grande desafio, que está muito além de todos os recursos tecnológicos e científicos disponíveis atualmente. O alcance da saúde está mais relacionado à compreensão e ao respeito, que envolvem a relação entre as pessoas no campo da produção de saúde. Em tal sentido, é preciso considerar o avanço do conhecimento científico e os desejos dos usuários, num diálogo permanente.

Em um dos relatos no grupo focal dos usuários, um dos participantes expressou acerca da participação coletiva da comunidade no controle social, reconhecendo a necessidade do maior envolvimento da população, ao mesmo tempo que não se consegue estabelecer, claramente, os motivos para essa ausência das pessoas naquilo que é importante para elas.

às vezes aqui quando marca reunião, a comunidade, vem muito pouca gente, deveria encher, dar força, e, infelizmente, todo mundo tá com serviço e fala, vou lá não... esses dias teve uma reunião aqui, e teve pouquinha gente. Eles tinham... mas só vem na hora que está precisando. Eu não sei porque não vem, acho que é por falta de vontade, interesse (G1 U1).

A falta de vontade ou de interesse sintetizada pelo participante anterior reflete aquilo que acontece no cotidiano da nossa sociedade: apesar da necessidade de nossa participação na política, defendendo atos democráticos e sociais, atualmente, estamos mais individualistas, deixamos de acreditar no coletivo e na força da democracia e da cidadania. Essa situação acaba por impactar na sociedade como um todo e nos serviços de saúde como parte do campo social.

eles falam que não vai resolver nada, as pessoas falam não vai resolver nada, vai ficar a mesma coisa (G1 U3);

Se todos aqui, pela quantidade de gente que tem, aqui tem muita gente, que era para encher a sala. Mas todo mundo consulta, na hora que precisa tá aí. Falta de vontade (G1U1);

“é falta de querer, né, interesse, fica achando que não resolve, e fala: ‘vou cuidar de minha vida’. Eles acham que não resolve, eles acha (G1 U5);

eles falam que fica numa falação danada e não vai resolver nada (G1 U3);

Igual, eles falam assim, ‘ah vou lá não, ficar ouvindo palestra, isso não vai resolver nada’, que eles não vão fazer nada. A pessoa devia vim né, para ver como é que está indo os negócios, que eles vão falar, para a gente ter opinião e falar também, eu acho isso (G1U3);

A gente não participa e não é nem convidado a participar das decisões que é tomada aqui dentro, às vezes quando tem uma mudança ou quando muda o posto de saúde daqui, quando a gente vai saber já foi, a gente não é consultado e nem convidado a participar, só é comunicado das decisões (G2U5).

Os discursos revelam sentimento de descrédito por tudo aquilo que envolve atos democráticos com a participação da população. A sensação é a de que a participação das pessoas é indiferente ao resultado das políticas públicas.

Carvalho (2004) argumenta que é necessário haver uma ressignificação e repolitização, a partir do conceito de “empowerment”, trabalhando a questão do poder em nossa sociedade, que está distribuído desigualmente, e muito pautado nos interesses de alguns grupos. Dessa forma, não cabe a esse contexto discursos vazios contra problemas sociais, que afetam as pessoas, como os relacionados à saúde. É fundamental que as pessoas sejam dotadas de condições para, de fato, poderem contribuir e se sentirem parte de um processo de mudança naquilo que é importante para elas.

No intuito de problematizar a discussão acerca da responsabilidade pelo cuidado em saúde, como anteriormente descrito neste estudo, foi trazida, em um dos encontros com os participantes, uma história fictícia de um usuário chamado João Cezar, que muito se assemelha ao contexto vivenciado pelos moradores da Vila Cafezal. Trata-se de um personagem que trabalha muito, tem uma família de quatro pessoas que dependem dele, moram em uma área desprovida de condições ambientais, sociais e sanitárias adequadas, e que, em virtude de todo esse contexto, tem muita dificuldade de realizar o acompanhamento de sua saúde junto à unidade básica do bairro. Na história, foi dado destaque aos horários restritos de atendimento na unidade de saúde bem como à postura impositiva e pouco acolhedora da equipe, para lidar com as dificuldades do personagem principal da história.

Ao tratar de responsabilidade, a partir do contexto evidenciado na história citada, os participantes expressam suas percepções.

ele tem que pensar nele. Não só o trabalho, porque não adianta ele trabalhar muito e não pensar nele, cuidar da saúde dele, como ele vai viver? E vai chegando um ponto que não vai dando conta mais (G1U8);

Se nós não cuidar de nossa saúde, patrão não tem dó da gente não. Patrão quer você no dia a dia, depois que perdeu um dia da semana, te manda embora (G1U8);

Os próprios filho dele devia orientar ele, oh pai você precisa de ir no médico, não só do trabalho e tudo (G1U1);

Tem que fazer o que o médico passou, o que eles manda fazer, porque se eles manda a gente seguir uma coisa nós vamos seguir outra? Eles não estudou não foi para aquilo, então como a gente faz fazer as coisas de outro jeito, tem que ser do jeito deles (G2U4);

Ah, ele está bastante confuso no tratamento dele, ele está deixando de fazer o tratamento que a médica manda, e tá fazendo tudo errado, como se ele não gostasse dele mesmo, por que uma pessoa quando o médico fala tem que atender, não é? (G2U5);

Eu acho, na minha opinião, que isso é um descaso com a própria pessoa, não se preocupar com a saúde, com o próprio corpo, não se preocupa com o amanhã, só na hora que o dente dói ou que dá um espirro vai lá procurar o médico, e talvez quando isso chega a acontecer seja um pouco tarde, eu acho sim (G1U6).

Pensando no contexto de vida do “Sr. João Cezar”, os usuários, de maneira geral, conseguiram, apenas, evidenciar e ao mesmo tempo condenar a postura do personagem “João Cezar”, enfatizando, nos relatos, que ele não tinha a devida preocupação com a sua saúde, tratando até como descaso por parte dele a forma que ele lidava com a situação. Uma das falas traz a necessidade de o “paciente” seguir o que foi ordenado pelo médico, não cabendo a ele discutir ou arranjar desculpas para sua falta de envolvimento.

Chama atenção que os participantes não citam as dificuldades vivenciados pelo Sr. João Cezar, que envolviam, a restrição de horário de atendimentos, no centro de saúde, a postura impositiva da personagem da médica na história, bem como a falta de alinhamento ao que era prescrito enquanto cuidado e os recursos que o personagem principal dispunha, para fazer aquilo que tinha sido imposto e não acordado.

A análise do discurso revela a naturalização como estratégia ideológica que procura explicar um acontecimento em um processo que retifica certas situações como permanentes, conforme definido por Thompson (1990). Nesse sentido, o discurso se concentra sobre certos temas (a “culpa ou o descuido” do Sr. João Cezar) enquanto apaga ou neutraliza outros atores e ações (as condições de trabalho, a forma de organização dos serviços, *etc.*).

A naturalização envolvendo o que se tem disponível em alguns serviços de saúde, relacionado à dificuldade e à restrição de acesso, à hierarquia envolvendo o

profissional médico, que é tratado como soberano na relação, e os pacientes, passivos e condicionados a seguir, independentemente das suas condições, aquilo que foi prescrito.

No tocante a essas questões, também foi trazido, enquanto questionamento nos encontros, os motivos, a partir da percepção dos usuários, que levavam as pessoas a não se responsabilizar pelo processo de cuidado em saúde. As respostas dos participantes contradizem a condenação feita ao Sr. João Cezar, trazendo aspectos relacionados à sabida dificuldade dos usuários, que diante de quase uma norma a ser seguida, a partir de uma prescrição, optam por não relatar nos atendimentos.

Fica clara também a correlação direta que os usuários fazem entre saúde e o profissional médico, sendo tal binômio apresentado nos discursos com a representação funcional do médico na centralidade dos serviços/da procura por saúde.

é por que não gostam de ir no médico, só vai quando está ali ruim mesmo, e as vezes o médico fala você não pode comer isso ou aquilo, aí não tá nem aí, as pessoas tem dificuldade de fechar a boca, e a gente que não é fácil mesmo, e eles não seguem a orientação e a saúde vai ficando cada vez mais difícil, aí quando aperta mesmo eles estão lá no médico” G1U6

Eu acho que isso é normal, porque aqui tem muita gente que chega no médico e ele fala que tem que fazer isso, aquilo, aí a pessoa pensa, ‘vou fazer nada disso não por que não tenho nada disso’, muita gente fala, ‘o médico me falou para fazer esse checkup’, outros falam, ‘eu não tenho nada’, quando chega no médico aparece aquele tanto de coisa, então as pessoas fica... as pessoas não vem, com medo de descobrir coisa, a maioria, eu tenho certeza. Eu falo isso porque eu não gosto de ir no médico, e é por isso mesmo, sempre que vou o médico, ele fala ‘ah você tem isso, tem aquilo’. Ah, não, eu também sou assim, a gente fica chateado quando sai de lá (G2 U4);

Seguir as orientações, tem que respeitar eles né, porque, abaixo de Deus, é eles, eles formaram para isso, tem aquelas bandeira que o médico jura e tudo, então tem que ter respeito pelo o que eles falam (G1U3).

O último relato evidencia, ao mesmo tempo, o lugar ocupado pelo profissional médico na vida do usuário, tido como aquele que está abaixo de Deus na terra, devendo a ele obediência e respeito.

Por outro lado, os discursos carregam um caráter de representação do sujeito como responsável pela sua ação, em uma tomada “consciente” de decisão, que reconhece o feito e assume os riscos.

Eu nunca bebi e nunca fumei, não sei o sabor que tem uma cerveja, mas eu não posso ficar julgando muito esse moço, o Sr. João, não. Porque eu era muito rebelde com minha saúde também. Eu era rebelde de mais, gente, não vou mentir para vocês não, igual eu falei, nunca bebi e nunca fumei, mas eu amo até hoje um sorvete, chocolate. . . Ontem mesmo eu fiz uma forma de bolo de cenoura para os meus netos, eu tenho seis netos, e fiz aquela calda de chocolate, e eles perguntaram, ‘você não vai comer não vovó?’, E eu respondi, ‘vovó não pode comer não’, mas acabei e comi um pedaço. Um... Você acha que ficou só ne um? Olha a rebeldia de Sr. João! Comi dois pedaço e me senti meio estranha, falei: ‘gente, a minha glicose, subiu’, furei meu dedinho, não é que tinha subido? Tava 528, porque eu fui rebelde. Então nem tudo é culpa dos médicos, é culpa nossa, aí, chega no dia da consulta, a gente arruma uma desculpa... meu rim tá funcionado 30% só, imagina se eu bebesse, se eu enchesse a cara nas gordura, eu não sou muito de comer gordura, mas, infelizmente, de vez em quando, eu como alguma coisa doce. Eu vou culpar a médica? Eu vou culpar sou eu, eu que não cumpri o que ela me pediu (G2U6).

No discurso encontrado nesta pesquisa, o significado do cuidado em saúde, para parte dos usuários, é condicionado ao ir ao médico, fazer exames, receber julgamentos e críticas acerca daquilo que está se fazendo errado, e que, muitas vezes, resulta em afastamento das pessoas do seu próprio cuidado.

Ir ao médico, na percepção das pessoas, muitas vezes está relacionado à descoberta de algo que não se quer descobrir, associado ao cerceamento daquilo que lhes traz prazer, principalmente, no que tange à alimentação.

Entretanto, os relatos não revelam o diálogo necessário para uma construção compartilhada da responsabilidade que mostra ao usuário a sua participação ativa e protagonista, para se chegar a um acordo daquilo que é necessário para sua saúde.

Na perspectiva dos usuários, eles relatam que preferem procurar o “médico” apenas quando estão com um quadro que justifica a procura: “quando não tem jeito mesmo”. Essa postura reflete um preconceito, medo, falta de informação, mas, também, o sentimento de que as pessoas têm ao procurar os serviços de saúde, apenas para um atendimento preventivo ou mesmo para a busca de informações. Revela-se um contrassenso, pois um dos princípios relacionados ao cuidado em saúde, a partir da atenção primária, está relacionado à importância de ações que proporcionem promoção da saúde.

Um dos relatos, no grupo com os trabalhadores, reflete o preconceito e o que, muitas vezes, os usuários são questionados ao procurarem as unidades de saúde:

por aí que nós vamos ter que ver o que se faz com esse povo assim, por todos que super utilizam, todas as vez que está chegando aqui ele está

conseguindo atendimento, tem gente que vem aqui de três a quatro vezes na semana, e passa no médico e passa na consulta, a gente viu no carnaval, no dia que era escala mínima, é uma urgência uma pessoa passar no médico para sair com uma receita de dipirona? Isso não é urgência. E eu passei lá em frente ao outro posto de saúde, vizinho, não tinha ninguém na fila, a nossa fila tinha mais de 50 pessoas, então, é por isso que eu estava falando esses dias: nós estamos escancarando as portas demais (GT5).

Tem-se aí uma crítica aos usuários que vão frequentemente às unidades de saúde, dando a entender que eles são um peso e um obstáculo à organização do processo de trabalho das equipes. Por consequência, esse discurso reverbera e é absorvido pelos moradores, em uma reprodução que culmina no desconforto das pessoas que, muitas vezes, vão ao centro de saúde “sem motivo”.

Assim, em uma cadeia de racionalização, o discurso revela a estratégia ideológica de legitimação de um processo vicioso, que resulta em um cuidado fragmentado e imediatista, por parte dos usuários, que, por receio de serem repreendidos, não procuram as unidades por motivo de busca de orientação, de prevenção. As agudizações das condições de saúde são, portanto, reflexo de um atraso na procura, motivada por um suposto uso desnecessário dos serviços de saúde.

Apesar do discurso universalista do cuidado associado ao estímulo às atividades de promoção de saúde, bem como de prevenção de agravos, o acesso aos serviços, mesmo na atenção primária, está condicionado aos casos mais graves, que demandam um cuidado imediato. Até mesmo o “acolhimento”, estratégia implementada, a partir da política nacional de humanização, voltada à escuta ampla e horizontal no âmbito das unidades de saúde, por todos os envolvidos no processo de cuidar, acabou por se transformar em um espaço limitado a queixas agudas, com restrição de horários e com resolutividade pautada apenas nos usuários com quadros tidos prioritários ou no agendamento de um atendimento para uma data futura.

De maneira geral, observamos que o acesso ao cuidado em saúde está restrito aos usuários graves, que, pela sua condição, não teriam como ser desassistidos, ou aqueles que se programam para chegar cedo às portas dos serviços, e, por terem essa justificativa de serem os primeiros, têm sua necessidade atendida, mesmo que focada apenas na queixa de momento, ou as pessoas que, conforme foi descrito ao longo de alguns relatos dos trabalhadores, “burlam” as regras de atendimento e conseguem acesso para o que no seu entendimento necessitam.

Parcela da população que não se atreve a enfrentar todo esse desafio, acaba por esperar sua condição inicialmente leve melhorar, após automedicação e autocuidado, e, caso piore, procuram a unidade, aí sim, com a devida justificativa para serem atendidos, sem nenhum tipo de repreensão por estarem ali “sem motivo justificável”.

O questionamento ao imediatismo dos usuários se torna um contrassenso quando nos deparamos com processos de trabalho que acabam por produzir imediatismo, quando estabelecem regras rígidas de acesso e não valorizam as demandas trazidas pelas pessoas, a partir da integralidade necessária.

Conforme descrito por Merhy (1999), o modelo assistencial vigente é centralmente organizado, a partir dos problemas específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, e que subordina, claramente, a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar.

O objetivo é o cuidado e a satisfação dos usuários, mas a prática assistencial não reflete o que precisaria ser feito para que houvesse essa devida contemplação. Os usuários, por sua vez, buscam meios de sobreviver a um contexto que a eles parece um favor e não um direito conquistado constitucionalmente. Alguns mais revoltosos gritam, brigam e, muitas vezes, em virtude disso, conseguem o que buscam, não amistosamente, mas como resposta do serviço ao incômodo que geram. Serviço que, para ficar livre deles, acaba os priorizando.

Com isso, os mais acanhados, pela sua simplicidade e humildade, esperam, se sentem culpados, por achar que se demandarem cuidado sem a devida justificativa, apenas levarão mais trabalho àqueles que já trabalham muito, e, conseqüentemente, pelo cuidado adiado, deixam de fazer prevenção para serem tratados a partir de meios curativos, em condições que talvez não precisassem estar, se tivessem sido avaliados oportunamente.

Essa é uma realidade dura, mas que ainda é evidenciada no âmbito da atenção primária. Seria injusto dizer que a “culpa” de tudo isso seja apenas dos trabalhadores, pois eles também sofrem em tal contexto, afinal, são formados para o cuidado, porém, em meio a um processo de trabalho fragmentado, sem a devida gestão de casos e territórios, também buscam meios de sobreviver a tudo que enfrentam, estabelecendo regras e meios, para que se sintam menos culpados quando se veem cuidando daqueles que, naquele momento, de fato, sofrem. Os outros que ainda estão em condição melhor, podem aguardar, pois, diante de toda a demanda, precisam

priorizar.

De fato, há um descompasso entre a política pública de saúde que preconiza a universalidade do acesso, e o que de fato é evidenciado no cotidiano dos serviços.

Será que as portas das unidades estão escancaradas demais, e isso é um problema a ser combatido pelas equipes? Tem-se uma crítica, por parte dos profissionais, acerca da falta de responsabilidade e envolvimento dos usuários no processo de cuidar, mas, ao mesmo tempo, observamos pouco espaço para a acolhida, orientação, cuidado preventivo, acabando as ações condicionadas somente ao curativo, pautado no modelo médico centrado.

O discurso dos trabalhadores confirma essa explanação.

a responsabilidade do paciente em ver que aquilo é importante para ele, se a receita acabou a validade, eles esperam chegar o mês que vem para falar que está sem medicamento desde ontem, para ficar urgente (GT4);

se a gente tem uma norma, que é norma para todo mundo: renovação de receita que é de seis em seis meses, eles não vão fazer isso, eles vão esperar chegar no dia, porque, infelizmente, a gente é muito, mãe, né, vai renovar a receita deles, é um erro nosso também, é um erro nosso totalmente, se não fizer viramos a pior médica da face da terra, o pior técnica de enfermagem, porque não resolveu o meu problema ali, eu acho, para além do que as meninas falaram, a responsabilidade deles de ver que eles tem que tomar uma atitude também, não é só a gente que tem que tomar, porque, eu não estou doente, eu não tomo remédio para pressão, graças a Deus, então se ele está sem remédio a culpa não é minha, por que nos orientamos (GT4);

mas continua a mesma coisa, as pessoas não tem responsabilidade, por exemplo, a equipe verde e a roxa que o acolhimento é na parte da manhã, o pessoal vem uma hora da tarde, 'ah achei que eu ia melhorar', 'ah achei que não tava tão ruim', né, aquela coisa, tá passando mal três dias com febre, não veio no acolhimento pela manhã e vem a tarde, falam que não estavam com febre e voltou agora a tarde, então, acho que tem que voltar mesmo esses pacientes, então assim tem voltar mesmo, responsabilizar mesmo do horário (GT8).

O esperar a receita vencer, para buscar um atendimento, ou o esperar a febre aumentar são descritas como “subterfúgios” dos usuários, para acessar ao serviço de forma imediata.

Ao trabalhar o caso do Sr. João Cezar, uma das usuárias traz o seguinte relato:

é porque essa médica só tirou coisa dele, ele não pode beber, ele não pode comer feijoada, ele tem vir em fulano de tal, ele tem que tomar remédio, ele não pode faltar, e ela nem parou para escutar a queixa dele, realmente ela errou tudo (GT1).

O que ela enfatiza é muito importante ser considerado, o profissional não pode

se colocar na posição de rival do paciente, sendo aquele que dificulta ainda mais a vida de uma pessoa que, talvez, já seja muito complicada. A escuta é importante para que se consiga ter empatia: se colocando no lugar do outro, no intuito de se apresentar como um parceiro do usuário no ato do atendimento. Atendimento que será realizado por alguém que estará ao seu lado na busca por estratégias que sejam factíveis de serem aplicadas por ele, proporcionando, assim, confiança e autonomia.

A falta de escuta, conseqüentemente, produzirá desdobramentos, como podemos perceber no relato de um trabalhador abaixo:

tem gente que usa da doença para burlar o sistema (GT7).

Por que os usuários precisam burlar as regras do serviço? Provavelmente, porque as regras não estão alinhadas às suas necessidades, ou somente porque foram pensadas na lógica daquilo que seria melhor para quem executa, e não para quem recebe a assistência, e aí faz com que as pessoas optem por buscar alternativas, que possibilitem a elas chegar onde desejam, mesmo que entendamos que essa não seja a melhor alternativa.

É notado que a comunidade e os profissionais do centro de saúde mantêm uma relação fragilizada, apesar de compartilharem do mesmo território, enfrentarem os mesmos problemas de saúde e de terem os mesmos desafios de promoção da saúde. Um grande desafio, no contexto relatado, é querer que as pessoas sejam responsáveis por aquilo que elas não se sentem parte.

A percepção de responsabilidade do usuário está relacionada à obrigatoriedade de seguir as regras estabelecidas, no que tange aos horários e processo de trabalho da equipe. Se ele não segue, contrariando a determinação, ele é considerado não-responsável. Para tal entendimento, o usuário deveria saber até o momento mais apropriado para adoecer e procurar o centro de saúde, pois, se não for dessa forma, ele estaria quebrando uma regra contrária à lógica do serviço.

Em uma crítica explanatória a esse discurso, poderíamos problematizar se tais estratégias contribuem para a responsabilização. Parece haver um certo sentido doutrinário em se fazer cumprir determinações para as quais o sujeito não foi chamado a opinar.

Por sua vez, os usuários reconhecem a importância de cuidarem de si, de buscar o atendimento, de procurar o serviço.

acredito que sou eu mesma, porque, se eu passo mal, eu que tenho que procurar melhorar, procurar o médico para me ajudar, tem que procurar oposto ou a Upa, porque se eu ficar quieta lá vai piorar mais, então eu sou responsável por mim mesma, eu não tenho ninguém para cuidar de mim, sou eu mesma (G1U6);

eu acho que é da gente mesmo né? (G1U1);

A responsabilidade é minha mesma, porque uns anos atrás, eu fiz uns exames e a médica falou assim, meu colesterol estava meio alto, e ela falou, 'você para de comer pão, arroz branco, bolo', não sei e tal, e não arqueei com as ordens dela não, tô comendo de tudo, uma mandioquinha com torresmo, uma vaquinha atolada, feijoada, eu como de tudo, eu tô procurando mais tarde dar problema para mim mesmo, aí fazer o quê? Tem que comer, eu vou morrer mesmo, vou morrer de barriga cheia e pronto, não vou esquentar não, tô comendo de tudo, ontem mesmo minha mulher fez uma feijoada lá, comi no almoço, e na janta, nove horas da noite e eu comendo a feijoada, um pouco, mas comi, tá errado, mas eu que tô maltratando minha saúde, e como tudo, como arroz branco, tudo. . . eu como tudo. Eu sou ignorante mesmo, ignorância minha, mas fazer o quê? (G1U5);

eu acho que para a gente ter saúde, a gente mesmo que tem que cuidar da saúde da gente, nós somos responsáveis por nós mesmos, porque se o médico manda e nós não fizer, então a responsabilidade não é do médico e nem do prefeito não, é nossa mesmo (G2U4);

eu sou responsável pela minha saúde, se eu não correr atrás eu vou acabar morrendo dentro de casa, por isso eu vou atrás (G2U3);

por minha saúde é eu mesmo, se eu adoço, eu tenho que vim no médico para saber o que eu tenho, se ele passa o remédio eu tenho que tomar direitinho, agora, a gente precisa tomar o remédio e pedir a Deus para dar força para a gente melhorar, se for o tempo da gente melhorar a gente melhorar, agora se não for a gente morre (G2U1);

então, a maioria das doenças a gente que é culpado, mandar fazer eles manda, mas a gente acha que sabe mais do que eles, eu penso assim, eu G2U6, a maioria das coisas que estão acontecendo hoje, eu sou culpada, eu sou culpada (G2U6).

Em comum, os discursos trazem as representações dos atores sociais em uma posição de inclusão, ativação e participação. Ressalta-se que essa responsabilidade pelo cuidado em saúde está vinculada estritamente às questões relacionadas ao adoecimento físico, bem como à necessidade de buscar atendimento "médico" sempre que é necessário.

Os discursos não anunciam responsabilidades com a compreensão holística, o meio ambiente ou a responsabilidade coletiva pela saúde. As pessoas, de maneira geral, ainda trazem e deixam transparecer, em seus relatos, o entendimento de cuidado em saúde relacionado a consulta médica propriamente dita, a procura pela unidade de saúde, ao uso correto das medicações, não conseguindo, ainda,

caracterizar o discurso ampliado de saúde.

Da mesma forma, os discursos são permeados de percepção de responsabilidade, mas que parecia, liminarmente, culpa ao se assumir que não se segue o que foi estabelecido enquanto cuidado em saúde. Dessa forma, a responsabilidade está colocada na posição de consequência dos atos pelo não cuidado, não sendo perceptível a responsabilidade que antevê o cuidado promocional ou preventivista. É evidenciado nos relatos dos usuários uma sensação de culpa e até de autopenalização, por não terem executado exatamente o que lhes foi designado, como se merecessem todo o flagelo por não terem seguido a doutrina estabelecida.

A culpabilização observada nas falas pode estar relacionada à cultura de fé e religião, que os usuários descrevem, ao longo das discussões. No âmbito das culturas religiosas, os seus seguidores precisam incorporar as regras da igreja, sob pena de serem castigados e até mesmo terem sua “vida eterna” cerceada se agirem no “pecado”. Boa parte dessa geração de pessoas foi educada, ao longo da vida, por meio de regras rígidas, tanto no âmbito familiar quanto no religioso, e, na sua percepção, seus problemas atuais são de fato consequências diretas daquilo que fizeram ou deixaram de fazer, ao longo da vida: é quase uma sensação de penitência.

Alguns problemas de saúde de hoje, de fato, são consequências do estilo de vida que um determinado indivíduo teve ao longo de sua infância e juventude. Mas essa percepção não deve ser propagada no sentido da culpa, para que se consiga responsabilizar os usuários pelo cuidado, até porque estamos falando de seres humanos livres, adultos, e que, na verdade, devem ser devidamente orientados e dotados do empoderamento necessário, para que possam fazer as escolhas que melhor são convenientes para sua vida e também para as pessoas de seu convívio.

A culpa não gera responsabilidade, na verdade, ela produz ainda mais sofrimento e ansiedade, favorecendo aí talvez, inclusive, maior dificuldade das pessoas em conseguir êxito no cuidado proposto, pensando nas singularidades de cada sujeito e daquilo que cada um traz na sua intimidade como importante, para sua satisfação pessoal e felicidade.

Nos discursos, os usuários assumem posição social ativada para seguir o que lhes é prescrito. Essa representação foi evidente nos relatos quando questionados sobre as preferências de cuidado. Eles foram questionados sobre o que preferiam: receber uma receita pronta pelo profissional ou participarem do processo de escolha do melhor tratamento.

Prefiro fazer aquilo que ele me manda.. e porque vocês já sabe o que eu tenho de problema de doença e vocês já estão por dentro do que é melhor , já tá adiantando o seu serviço e o meu, já sabendo o remédio que eu tenho que usar (G2U6);

Eu acho melhor receber a receita pronta, uai, porque se eu sigo outra e não dar certo, então tem que seguir o que o médico passou. Vou fazer o que ela mandar (G2U3);

“Eu acho melhor a receita pronta, ela me dar... ela já sabe o que eu tenho o que eu sinto, já está acostumada a passar aqueles mesmos remédios para mim então ela me dar as receita então e acaba tudo bem (G2U1);

eu procuro fazer o que o médico manda fazer, embora eu não faça tudo, igual, eu não faço caminhada, eu não vou na ginástica, mas eu estou tomando meus remédios direitinho, então, eu creio que eu estou cuidando de mim, o que eu vejo que eu não posso comer eu evito de comer, coisas que eu vejo que eu não dou conta de fazer eu não faço, então eu creio que eu estou cuidando de minha saúde (G2U4);

Ah, isso aí eles não falam não, acho melhor a gente seguir o que eles mandam, porque se for um médico ignorante, a gente vai falar ele vai dizer que você é leigo, eu que sou o médico e eu que sei (G2U3).

O preferir receber uma receita pronta, ou mesmo apenas seguir aquilo que o “médico manda” evidencia uma passividade e aceitação do usuário ao saber do outro, em especial o saber médico.

A noção de saber-poder personificada na figura do profissional médico, aquele que está para as pessoas como o ser abaixo de Deus na terra, não permite questionamentos quanto à sua orientação. Aos usuários cabe cumprir o que se manda. Dessa forma, eles preferem e expressam que o melhor é, ao menos, concordar que o correto é seguir aquilo que lhes foi “ordenado”, mesmo que a prescrição de cuidado esteja em descompasso com sua realidade, suas necessidades e condições de execução.

Essa relação de submissão e cumprimento ao ordenado gera confusão no entendimento das responsabilidades. Por sua parte, o trabalhador expressa metaforicamente o papel do médico como o de um mágico que, em um passe, tem que curar o usuário. Novamente, revela-se a contradição entre o entendimento de saúde (que não é somente a ausência de doença e não se resolve apenas com medicamento) e as responsabilidades de prescrever e tomar remédios x cuidar dos aspectos que ampliam o potencial de saúde (realizar atividade física, fazer dieta, *etc.*).

é aquele negócio que eu falei daquele pensamento mágico, o médico é a pessoa, é aquela pessoa que faz uma mágica, que olha para você e aperta ali um aparelho e te dá uma receita pronta, e a mágica, aquilo que vai me curar, ele não tem a compreensão do processo, que é muito mais complexo do que isso, que depende de uma série de fatores, que não é um remédio mágico que vai me curar, e a cura passa por uma série de coisas, dentre as quais a minha própria mudança de atitude diante a vida , ao trabalho e aos hábitos, e um pouco também de covardia, por que ele não quer ter trabalho, ele quer tomar um remédio, eles falam assim, 'o remédio que a senhora me passou não deu certo , mas eu não quero fazer dieta, não quero fazer isso ou aquilo' (GT1).

Em geral, os profissionais condicionam o insucesso do tratamento à dificuldade de compreensão e de envolvimento dos usuários no cuidado, causada por uma educação básica ruim, problemas sociais e imediatismo associado à dificuldade de se sentirem responsáveis pelo cuidado.

É importante ressaltar que essa situação pode ser interpretada, a partir de diferentes pontos de vista, desde questões que envolvem nossa cultura, história e medicina, a até como os profissionais lidam com o paciente e com o poder.

Silva e Nogueira (2019) destacam que a relação entre o médico e o paciente é complexa, no que tange ao equilíbrio do poder de influência acerca das decisões que permeiam o tratamento. Ainda que haja opção acerca de qual profissional será contratado, na maioria das vezes, as circunstâncias de necessidade da contratação acabam por mitigar a autonomia do paciente, no que concerne tanto à escolha da terapêutica quanto à posterior condução.

Ademais, é nesse contexto que o profissional presta dados e informações de natureza técnica, que são a base para o consentimento do paciente. Os autores destacam que a concepção paternalista de prática médica e de objetificação do paciente tem perdido lugar para uma relação com enfoque no consentimento participativo do sujeito a ser submetido a tratamento médico. Ganha destaque, assim, o dever profissional de prestar informações mais amplas. Novos procedimentos viabilizados pela tecnologia aumentam os riscos, especialmente, quando são de caráter invasivo.

Em outros discursos, é possível analisar a terceirização da responsabilidade, entendendo-a como obrigação de outros atores.

os médicos, os profissionais, porque foi por meio deles que a gente descobre a doença que você tem, o problema que você tem, por meio de seu médico, de seu profissional, e ele te dá os pedidos que você tem que fazer, os exames, o jeito que você tem que começar a proceder, a partir daquele momento, o horários dos medicamentos... aí você se envolve, o médico e o profissional

ajuda muito no meu tratamento, ajuda demais, e aí o médico passa para mim, mas a responsabilidade de correr atrás é minha, eu tenho que seguir aquela ordem do profissional para eu poder manter a minha saúde estável, se eu não seguir a ordem do profissional, o que que eu fui fazer lá? (G1U9);

é o prefeito, é o governo, que tem que fazer coisas boas, ajudar nós, melhorar o salário, dar emprego, cuidar dos pobres, melhorar os postos de saúde, os hospitais, eu acho que é isso (G2U1);

“Deus, porque ele que coloca as pessoas no mundo. Se nós estamos aqui, nós agradecemos quem? Deus, então Ele é quem cuida de nossa saúde, você pode ir 500 vezes no médico, mas é Deus que cuida, se Deus não cuidar morre ali com médico e com tudo, agora se tiver fé com Deus e fazer o pedido que você quer, Jesus cuida de nós, então quem cuida de nossa saúde é Ele” (G2U3);

eu já penso o seguinte, Deus já fez a parte dele, criou todo mundo, tudo perfeito, nós que somos irresponsáveis de destruir tudo, então a nossa saúde somos nós que temos que cuidar, não joga a culpa para Deus não porque Deus já fez tudo. Agora, a gente que é responsável pela nossa saúde, acima da gente tem os médicos, os prefeitos e vereadores que tem sua parcela de responsabilidade também, só que a gente não tem que ficar dependendo só deles, eles não vai na nossa casa saber se estamos passando mal ou não, a gente tem que vir aqui, a gente que tem que saber, a gente é responsável pela a nossa saúde (G2U5).

Nos relatos, fica evidenciado o sentimento de ser parte coadjuvante no processo do cuidado em saúde destacado por parte dos usuários. Essa percepção demonstra não uma anulação diante desse contexto, mas, talvez, aquilo que, ao longo da história, as pessoas acabaram por serem condicionadas a acreditar e a seguir. O fato de serem colocadas a parte de todos os processos decisórios, faz com que elas não se vejam em condições de serem protagonistas do cuidado, como se espera.

Designar ao médico, a Deus, bem como aos governantes a responsabilidade sobre sua saúde é atestar a condição de coadjuvantes, no processo de responsabilização, ainda que se reconheça que parte das questões estruturais da saúde não serão resolvidas sem intervenções macro determinantes.

Assim, Silva e Nogueira (2019) reforçam que um dos maiores desafios do setor de saúde atual é o de potencializar a autonomia da pessoa submetida ao tratamento, para além da busca pela cura médico-biológica. Por isso, desponta a importância de que o paciente tenha uma visão minimamente autêntica sobre a saúde, o transtorno, o sofrimento, o diagnóstico, o prognóstico e a terapêutica: que tenha ciência e exerça sua prerrogativa de determinar os rumos da decisão.

O sentimento coadjuvante e passivo do usuário acaba por limitar a efetividade das ações dos serviços de saúde, pois ações que não são minimamente

questionadas, discutidas ou criticadas acabam por se tornarem estagnadas a somente um ponto de vista. O desafio dos profissionais de saúde talvez seja sair da posição de detentores do poder relacionado ao conhecimento para determinar um cuidado, se colocando ao lado dos usuários no processo decisório acerca daquilo que melhor se adéqua a sua vida, criando, assim, condições para que os usuários possam, livremente, manifestar suas dificuldades e potencialidades.

Quando uma das participantes define Deus como principal responsável pela sua saúde, fica clara, também, a centralidade da espiritualidade na vida dessas pessoas, não podendo ser desconsiderado isso nos momentos de atendimentos, apesar de os profissionais se apresentarem, muitas vezes, de maneira cética, não cabe à equipe de saúde desprezar ou minimizar aquilo que, para a usuária, faz sentido.

O profissional tem um papel determinante nesse processo, devido ao conhecimento que adquire ao longo de sua formação. Mas esse conhecimento deve ser usado no sentido de facilitar o processo de cuidar. É necessário estimular a escuta por parte das equipes, para que consigam valorizar o conhecimento de vida bem como as experiências trazidas pelos usuários que estão à sua frente, dando abertura para que eles se manifestem livremente.

Enfim, a responsabilidade pelo cuidado em saúde é de todos nós, cada um com a sua parcela, porém, o devido protagonismo deve ser dado à pessoa, pois ela deve ter sobre o seu domínio as rédeas de sua vida. Com isso, os profissionais, sanitaristas e defensores da vida devem defender e proporcionar condições para que todos, de maneira democrática e livre, possam ser parte do processo decisório acerca daquilo que é importante: para mim enquanto indivíduo bem como para a sociedade como um todo.

5.2.1 Fatores dificultadores para o cuidado e responsabilização

Como parte investigativa da pesquisa, foi buscado problematizar, nos encontros com usuários e trabalhadores do centro de saúde cafezal, aquilo que, na percepção deles, é considerado fator dificultador relacionado ao envolvimento e à responsabilização das pessoas, no processo do cuidado em saúde. Essa é uma parte importante deste estudo, pois visa compreender os nós críticos diante do desafio de

elaborar estratégias que estejam alinhadas às necessidades e às condições dos usuários dos serviços de saúde.

Chamou muito a atenção, no decorrer dos encontros, e também na consolidação dos dados, que esse eixo foi o mais debatido pelos participantes, principalmente, pelo grupo de trabalhadores, na qual é possível evidenciar, nos relatos, diferentes percepções acerca dos fatores dificultadores, indicando que de fato o problema trabalho neste estudo traz um desconforto por ambas as partes pesquisadas, devendo ser um objeto de aprofundamento de outros estudos, para que possamos evoluir nas estratégias e políticas de saúde. Isso deve ser feito sempre com o objetivo de se superar as dificuldades relatadas, que não estão restritas somente ao contexto do Cafezal, mas se dão, também, nos diferentes cenários do cuidado em saúde.

Um dos fatores dificultadores, que foi amplamente colocado nos encontros, por usuários e trabalhadores, está relacionado ao “imediatismo” por parte dos usuários, que é compreendido de diferentes pontos de vista se analisarmos as falas dos grupos.

O entendimento do imediatismo trazido pelos usuários, de maneira geral se traduz na concepção ou no preconceito que eles têm acerca do cuidado em saúde. Em muitos relatos, eles falam que tem muitas pessoas que evitam procurar os serviços de saúde sem um motivo ou queixa específica, e preferem postergar ao máximo a ida às unidades de saúde, entendendo que se forem ao centro de saúde sem uma queixa ou uma condição clara não conseguirão acesso ao que desejam, e estão “desnecessariamente” sobrecarregando o serviço e os profissionais de saúde, devendo, assim, somente procurar a unidade quando, de fato, precisarem.

tem tempo que eu não venho aqui. É igual na igreja, só vai quando está precisando. Só vem na hora do aperto (G1 U3);

Tem gente, dependendo, quando adocece, só procura quando está ruim, depois que melhora some (G1 U7);

Ah, ou que tem gente que qualquer coisinha que tem vai no médico, tem uma dor de barriga corre para o médico, eu só vou quando é uma coisa que eu não estou suportando aqui. Eu espero ficar pior (G1 U5).

Podemos observar, principalmente, na última fala, um preconceito com aquelas pessoas que buscam o atendimento com certa regularidade. Tal tipo de relato é preocupante: quando pensamos na importância da prevenção e da promoção de saúde, esse relato contraria o que preconizamos enquanto cuidado, devendo isso ser

mais bem investigado, para evidenciar se a razão desse pensamento envolve questões culturais mesmo, ou o próprio preconceito ou receio de não querer se mostrar frágil e super utilizador. Esse incômodo encontrado nesses relatos vai de encontro do que é trazido pelos trabalhadores, porém, a partir de outro ponto de vista com as pessoas que também procuram as unidades de saúde sem nenhuma queixa ou só mesmo para realizar um acompanhamento. Até que ponto isso pode influenciar na decisão das pessoas em postergar ao máximo a procura aos serviços de saúde? Será que há uma sensação de barreira, que somente pode ser atravessada se tivermos determinadas condições? Há que se pensar a respeito.

Os trabalhadores, por sua vez, também trazem o imediatismo como problema, porém, relatam que as pessoas não aderem ao tratamento preventivo proposto, tão pouco aderem os cuidados prescritos. Na opinião dos profissionais de saúde em estudo, as pessoas querem o atendimento na hora, com o médico, e de preferência acompanhados de exames e medicamentos, que atuem imediatamente na queixa que apresentam.

e os mais novos isso, o imediatismo, eles querem tratar ali na hora, igual o clenil, eles não querem usar o clenil, porque eles não veem o efeito do clenil, eles querem usar o salbutamol, porque tira ali na hora (GT2);

aqui nós vamos acabar virando uma upa, o IAM chega, o AVC chega, tudo chega para a gente, e nós temos condições (GT4);

“mas o PSF foi feito para isso, mas só que deturpou o negócio, pôs gente demais para uma equipe só, aí esbarra no agudo, porque a população quer resolver a febre dela agora (GT1);

“sempre, é a falta de prioridade em relação à saúde, tudo vem antes da saúde, por isso que acho que é tão difícil trabalhar com prevenção, porque as pessoas só vêm quando em dor, quando “empepinam” alguma coisa (GT6).

Na ótica dos trabalhadores, os usuários procuram a unidade de saúde, de maneira geral, apenas para tratar questões agudas, entendendo que está havendo uma inversão no modelo de saúde proposto, fazendo parecer que o centro de saúde não atua mais no intuito de promover e prevenir agravos de saúde. Esse incômodo trazido pelos participantes se apresenta, hoje, no contexto atual da estratégia saúde da família como um dos principais desafios para gestores e trabalhadores, pela dificuldade vivenciada de lidar com a demanda elevada de agudos via demanda espontânea da unidade.

O problema do imediatismo, no contexto da saúde, é muito complexo, pois envolve também o contexto de vida que vivemos hoje, no qual o funcionamento do mundo bem como das coisas que existem nele estão pautadas no tempo.

O provérbio “tempo é dinheiro” nunca foi tão característico de nossa sociedade. Dessa forma, a crítica voltada ao usuário, relacionada ao querer o atendimento pontual e na hora, pode também ser estendida a nós também. Se pararmos para analisar nosso cotidiano profissional e familiar, veremos que agimos da mesma forma, inclusive quando buscamos o serviço de saúde para um atendimento. Também queremos ser atendidos na hora, e ter todas as nossas necessidades contempladas no menor tempo possível e da maneira mais simples e prática, então, qual o motivo da crítica em torno dos usuários?

É importante salientar, ainda, que o imediatismo trazido pelos trabalhadores e também pelos usuários e materializado nos atendimentos de demanda espontânea, não são passíveis de um planejamento exato, principalmente do ponto de vista de quem atende e gerencia serviços com esse perfil, e isso traz um desconforto e uma ansiedade por parte dos profissionais e também dos usuários.

No mundo idealizado por todos nós, o melhor seria ter tudo planejado e programado, no tempo e com condições apropriadas para acontecer, mas, na realidade, as coisas não funcionam dessa forma. O planejamento é importante e nos dá um direcionamento para prover os recursos mais necessários para uma população adscrita, contexto epidemiológico e sanitário, mas o desejo das pessoas, a forma na qual elas buscam assistência bem como a maneira pela qual isso acontece não é exato, e muito difícil de manipular. O ideal mesmo é trabalharmos com base em modelos assistenciais que estejam alinhados às necessidades da sociedade e otimizados, no intuito de promover universalidade com integralidade, oportunamente, com as pessoas que procuram os serviços de saúde.

Apesar da crítica ao imediatismo das pessoas, ficou evidenciado, em alguns relatos no grupo dos trabalhadores, uma crítica ressaltada como um grande problema relacionado às pessoas que super utilizam os serviços ofertados: essa situação compromete o acesso de outros usuários e sobrecarrega a unidade com coisas talvez desnecessárias.

nós temos muitos pacientes que super utilizam demais o serviço, e, outra coisa, o seu primeiro paciente do acolhimento veio hoje para renovar uma receita, então, eu acho que a gente também tem que começar a rever, eu te

falo, assim, o acolhimento não tem que ser para isso, a gente também de alguma forma não está conseguindo frear, a gente também precisa rever o processo de trabalho, naquilo que eu falei, tem paciente que super utiliza e a gente está dando jeitinho demais, aí nós não vamos conseguir chegar (GT5);

O participante destaca, em seu relato, que um dos entraves para que as equipes desenvolvam um bom trabalho é o fato de terem usuários que super utilizam os serviços, suprimindo o acesso de outros. Deve-se problematizar o que essas pessoas estão buscando nos serviços de saúde e não estão encontrando, e, diante da não contemplação de suas necessidades, acabam por retornar mais vezes à unidade.

Apesar da crítica ao imediatismo, bem como ao modelo assistencial voltado somente para demandas agudas, as estratégias adotadas pela equipe não estão em consonância com o que é relatado, pois os ditos “super utilizadores” deveriam talvez ser envolvidos em atividades que proporcionem acolhida e escuta, por meio de espaços que estejam além do atendimento propriamente dito em um consultório, e que possam propiciar condições dessas pessoas explicitarem o que, de fato, elas necessitam, que provavelmente não é uma consulta.

Outro dificultador trazido pelos usuários diz respeito ao “medo” ou “receio” de procurar a unidade de saúde, mais especificamente o médico, e terem cerceada sua dieta e hábitos de vida, partindo do entendimento de que o profissional médico é aquele que vai descobrir aquilo que você não quer encontrar, e, a partir daí, vai estabelecer regras contrárias àquilo que as pessoas desejam para sua vida, inclusive, com relação a sua liberdade, situação essa que, conforme poderemos observar abaixo, afasta as pessoas do cuidado.

é por que não gostam de ir no médico, só vai quando está ali ruim mesmo, e às vezes o médico fala você não pode comer isso ou aquilo, aí não tá nem aí, as pessoas tem dificuldade de fechar a boca, e a gente que não é fácil mesmo, e eles não seguem a orientação e a saúde vai ficando cada vez mais difícil, aí quando aperta mesmo eles estão lá no médico (G1 U6);

a gente quando era pequeno, nós fomos criados com gordura de porco, aqueles negócio tudo, nunca fez mal, hoje come um toucinho e já vem o médico: ‘ah, não pode ficar comendo torresmo não que faz mal, você não pode comer uma gordura de porco!’ Eu, sei lá, a gente mudou muito essas coisas (G1 U3);

quantas vezes as meninas daqui ligava para mim para falar de minha consulta que estava marcada, aí eu pensava ‘vou lá nada não’, para eu ir lá e a médica falar para mim as mesmas coisas que eu estou cansada de saber (G2 U6);

“quando você chega com um problema de saúde para o médico e ele ignora, tá falando só para te puxar orelha de outro problema que você já tem... tem que tratar desse aqui também né? (G2 U5).

Os relatos dos usuários sinalizam para dificuldade de diálogo na relação com os profissionais de saúde. O médico é visto, nesse contexto, como aquela figura que ao em vez de escutar, e por meio do diagnóstico proporcionar saúde e bem-estar, é caracterizado como aquele que trará restrição à vida do usuário, por meio de regras e normas. Essa percepção, evidenciada nos relatos dos usuários, justifica, muitas vezes, o imediatismo, bem como a dificuldade de adesão e envolvimento das pessoas no cuidado proposto. Pode-se entender que, na perspectiva do usuário, não há uma relação horizontal de cuidado, na qual o objetivo do atendimento é o seu bem-estar, baseado nas suas necessidades e condições. Faz-se parecer que a relação dos usuários com os serviços é pautada naquilo que é determinado a ele fazer, sem que seja considerado os desejos e anseios das pessoas, é quase uma “penitência”.

Na fala abaixo, a participante destaca, como dificultador no processo de envolvimento, não seguir aquilo que ela entende como “ordens”:

o que dificulta é não obedecer às ordens deles, né, é querer ser mais que eles e não obedecer (G1 U7).

É importante destacar que a responsabilização e o envolvimento dos usuários no processo de cuidado não deve ser pautada em doutrinas ou normas a serem cumpridas, até porque, se for dessa forma, não estaremos envolvendo os usuários, e, sim, condicionando eles àquilo que nós enquanto profissionais de saúde entendemos que ele precisa fazer para ter saúde. Envolver o usuário no processo de cuidado é favorecer que ele se apresente como protagonista do cuidado, e não passivo e condicionado nessa relação.

Alguns participantes trazem, como dificultador no envolvimento e responsabilização dos usuários no cuidado em saúde, a falta de profissionais médicos em número adequado para atender a todos. Como pode ser visto também em outros relatos, a figura do profissional médico, para os usuários, é aquela que caracteriza, de fato, aquele que cuida e proporciona saúde, tido, inclusive, como abaixo de Deus na terra, para os humanos.

Apesar da importância da equipe multiprofissional e que trabalhe de maneira

interdisciplinar na saúde, pensando em todos os aspectos que envolvem esse conceito, a sociedade de maneira geral ainda não absorveu esse entendimento, difundido a partir da evolução do cuidado em saúde, ao longo dos anos. Essa questão se apresenta como cultural em nossa sociedade e é alimentada pelos meios de comunicação e, também, pela atuação corporativista de determinadas classes de profissionais.

Ah, eu acho que é um problema deles e da gente também, o posto demora demais, você chega lá tremendo, batendo queixo, e eles fala, 'ah, mas não está tendo médico', aí falam, 'não podemos fazer nada', o posto também complica, e as pessoas também vão saindo fora, ficando com medo (G1 U3);

É complicado viu, eu fiz uns exames que a doutora me pediu, está aí guardado no computador, não olha e me aborrece! Poxa vida, tirei sangue, fiz jejum de horas, fiz tudo, tá aí guardado e não olha, fala assim: 'não tá tendo médico não', aí desanima a gente. Tá complicado, a gente também erra, mas eles também... eu não sei o que está acontecendo, semana passada eu tive ruim, mas ruim mesmo, tava na cama, vim aqui para passar no médico, e falaram que não está tendo médico não, pode marcar para o dia tal, aí eu pensei, 'até lá eu morri', não dá, ainda bem que eu uso o convenio da minha mulher, porque aí me atende na hora, liguei lá, me deram uma receita lá e eu comprei, aí tomei direitinho e sarou rápido, complicado aqui (G1 U5).

Outro ponto muito enfatizado pelos usuários nos encontros, com relação aos fatores dificultadores para o envolvimento e responsabilização pelo cuidado em saúde, diz respeito à falta, ou mesmo restrição, de informações associada às regras estabelecidas para se conseguir acessar os serviços da unidade, principalmente, o atendimento médico.

Aqui tinha uma equipe no passado que atendia a gente tranquilamente, foi antes de eu casar, não tinha hora, não tinha agenda, chegava lá pegava fila e o médico atendia, não, era qualquer horário, as pessoas que chegavam de manhã ele atendia, hoje eu já vejo mais complicado, tem que marcar hora, tem que vir de manhã por que a equipe é de manhã, e aquele negócio (G2 U5);

Quando a gente vem para cá, esperamos resolver várias coisas no mesmo dia, agora, mesmo que a gente venha pedindo para marcar para daqui dois meses, se não vier de manhã não consegue marcar (G2U5);

então há muita desinformação, às vezes é uma pessoa que marca e passa para outra, aí você procura um falam que é o outro, procura o outro e falam que é ele... então, a gente fica naquele pingue e pongue', ou é ou não é, igual a bola, cada hora para um lado (G2 U5);

E tem a questão do horário, cedo não pode, você só consulta uma hora, falam 'seu horário não é agora' (G2 U2)

Nós ficamos meio perdidos, às vezes você tá passando mal, vem de tarde e

mandam voltar no outro dia, às vezes passa mal de manhã e manda voltar à tarde (G2 U4);

E volta pra trás, se eu vim cedo fora do meu horário manda eu voltar à tarde (G2 U3).

No intuito de organizar os atendimentos para que se consiga absorver a elevada demanda de atendimentos, a equipe do Centro de Saúde estabelece horários específicos, para que a população possa acessar os atendimentos, sejam eles voltados aos quadros agudos ou crônicos. No entendimento dos profissionais, essa é uma estratégia de diluir o volume de atendimentos durante o dia, priorizando, em determinada parte do dia, a agenda dos profissionais para acolher demandas específicas da população.

Apesar de o objetivo ser qualificar e facilitar o acesso das pessoas aos atendimentos, podemos observar, a partir dos relatos acima, que a população tem dificuldade de compreender o que está sendo proposto, e, muitas vezes, se sentem frustrados ao não conseguirem o que desejam no horário que melhor lhes convém. Além disso, em um dos relatos, é evidenciado que a fragmentação dos horários de atendimentos acaba por dificultar a otimização dos recursos disponibilizados à comunidade, fazendo com que, às vezes, as pessoas tenham que retornar ao centro de saúde mais vezes para resolver assuntos ou demandas, que poderiam ser solucionados em um atendimento.

A organização de horários específicos para determinados atendimentos, principalmente os voltados aos casos agudos, acaba, muitas vezes, gerando uma restrição de acesso do usuário à unidade, o que gera questionamentos relacionados ao fato de que a dor ou uma outra queixa não escolhem hora para acontecer. Isso faz com que, muitas vezes, as pessoas se afastem da unidade, busquem outras portas de entrada, que não são apropriadas para o quadro clínico dos usuários naquele momento, no caso das Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Resulta, também, em atrito e desgaste entre a população e os profissionais de saúde.

O acolhimento, da forma que está sendo aplicado, prioriza os casos agudos, restringindo horários, e, conseqüentemente, gerando uma escuta pouco qualificada às reais necessidades dos usuários. É importante ressaltar que essa situação não é somente proposital: há um contexto muito complicado, nas unidades de saúde, que, hoje, atuam de maneira sobrecarregada, e, dentro de suas condições, procuram criar

regras próprias, para lidar com as limitações e problemas. A questão é que: muitas vezes, essas regras dificultam, ainda mais, o acesso dos usuários, comprometendo o vínculo e o envolvimento do usuário no cuidado.

Eu acho que a pessoa que está doente não deveria ter horário, quanto de manhã quanto de tarde poder consultar, porque a gente não vem no posto à toa, a gente só vem porque tá precisando. Devia ser igual na Upa, lá a pessoa até de noite, de madrugada e é atendido. Já aconteceu de eu vir aqui de manhã e me perguntaram: sua equipe é laranjada? Então é a tarde, e meio-dia eu voltei. Mas se está doente eles olham (G2 U2).

A limitação de horários, e a forma como é organizada a assistência, faz com que as pessoas só procurem a unidade quando de fato estão passando mal, e essa pode ser uma das explicações do imediatismo dos usuários.

Apesar de os profissionais reforçarem a importância de os usuários estarem envolvidos em ações de promoção e prevenção de agravos à saúde, acabam por não ofertar esses espaços, restringindo o acesso somente à demanda espontânea, em horários restritos. Isso faz com que as pessoas, por receio de não conseguirem o atendimento, só procurem a unidade em situações mais agudas, ou mesmo manipulem determinadas situações, para se alcançar o atendimento desejado.

Na percepção dos profissionais da unidade, existe, no momento, uma demanda de atendimentos muito além da capacidade operacional dos recursos humanos que o centro de saúde dispõe para a população adscrita, fazendo com que a propaganda divulgada à comunidade (de que as unidades de saúde trabalham com porta aberta às queixas dos usuários em todo o seu horário de atendimento) não esteja alinhada às condições disponibilizadas pela instituição. Com isso, os trabalhadores se sentem muito frustrados, sobrecarregados e desmotivados, por não conseguirem executar tudo aquilo que é determinado e que eles enxergam como necessário à população, e ainda são questionados e, muitas vezes, desrespeitados por isso. O relato abaixo traz um pouco dessa situação:

que todo mundo sabe que é porta aberta. Eles exigem isso, mas a gente não dá conta de fazer porque o número de pacientes para cada equipe é muito grande e não tem como a gente fazer todas essas atividades, olhar todos os agudos, fazer todos, seguir todos os protocolos, que são preconizados. A gente não tem perna, nem lugar, nem computador para isso. É ofertado uma coisa para eles e nada melhor que seus direitos, seus direitos a gente conhece bem, 'ah, mas como que não tem médico?' (GT1);

a gente tem, aqui no Cafezal, tem isso. Mas em todo Centro de saúde tem isso, aqueles pacientes que super utilizam. E a gente não tem uma ação contra essa super utilização. O paciente tem hora que você tem que dar uma travada, e esse paciente sempre vem e super utiliza, passa no enfermeiro e no médico, fora nos outros profissionais. Tem outra questão, que a quantidade de usuários por equipe, que é um número muito maior. Quando você vai fechar aquela continha de quantas consultas os hipertensos diabéticos precisam no ano, a conta não fecha, que a quantidade que você tem é muito maior (GT5).

Fica evidenciada a dificuldade que a equipe tem para lidar com a demanda dos usuários, principalmente, com as pessoas que procuram o centro de saúde muitas vezes, para buscar uma solução para um quadro crônico ou agudo, e, por não terem uma solução apropriada, acabam por retornar frequentemente. Quando a participante propõe criar uma barreira para esse usuário, que ela caracteriza como problema ao centro de saúde, percebemos que ela não busca uma solução para o usuário, e, sim, para a lógica do serviço, que, em virtude de um problema não solucionado do usuário, por limitação da própria unidade, acaba por se transformar em uma “pedra no sapato” dos profissionais.

Parte dos profissionais reconhece, também, a dificuldade de os usuários compreenderem o processo de trabalho da unidade e até, admitem que, da forma que é executado atualmente, acabam por dificultarem de fato o acesso das pessoas aos serviços do centro de saúde, como pode ser visto no relato abaixo:

eu acho que as regras do sistema funcionar, eu acho que as regras gerais, e as regras nossas aqui impedem um pouco desse acesso. A população não tem muito essa noção que a gente tem por trabalhar aqui, e cabe à gente, quando a pessoa procura, direcionar (GT7)

Em geral, os profissionais condicionam o insucesso do tratamento à dificuldade de compreensão e de envolvimento dos usuários no cuidado, causada por uma educação básica ruim, problemas sociais e imediatismo, associado à dificuldade de se sentirem responsáveis pelo cuidado, sempre condicionando ao outro a culpa ou a responsabilidade por aquilo que eles deveriam fazer. No relato dos profissionais, é difícil encontrar uma solução, diante do contexto de um país cheio de problemas sociais e de educação precária, mas me pergunto se é isso mesmo, ou se: não há uma saída ou estratégia a ser traçada por aqueles que fazem parte do processo de cuidar para transformar essa realidade?

O relato abaixo retrata um pouco do que foi enfatizado acima:

mas é por que ele não teve escola, entendeu, mesmo que você ponha na escola hoje não vai adiantar, então tem isso, eu não sei, tem também outras coisas, tem um ganho social secundário com a doença, a mãe, do menino doente tem um ganho, por incrível que pareça, ela vai ganhar um atestado, né, tem outras coisas também, mas o mais importante é isso, é ela não ser capaz de entender o mecanismo do processo de tratamento e cura (GT1).

Outra fala que chamou a atenção, em um dos encontros com os profissionais, está relacionada ao fato deles próprios reconhecerem que é fundamental que a própria equipe faça uma autocrítica acerca da forma como os atendimentos e os acolhimentos são organizados e executados. O trabalhador traz como crítica o fato de os profissionais darem muito “jeitinho” para resolver as demandas dos usuários, e que essa maneira de atuação em vez de ajudar o processo de trabalho, compromete ainda mais o funcionamento dos serviços, por não proporcionar uma clareza no seu funcionamento, favorecendo, assim, que as pessoas, que frequentam a unidade, não sigam as regras estabelecidas.

isso é uma questão cultural, que é nossa, que às vezes a gente fala do outro, mas não é só educar o outro, porque a gente precisa educar nos mesmos, a gente tem que trabalhar muito com isso, por que a gente sempre quer dar um jeitinho que é do brasileiro, nós temo que começar a redirecionar as pessoas, porque nós damos tanto jeitinho, que nós escancaramos as portas aqui, e agora nós não estamos dando conta do tanto que escancarou, tem que começar a redirecionar para o centro de saúde de origem, por que aquele centro de saúde de lá é responsável pelo território dele (GT5).

Além disso, o fato de a equipe trabalhar, à época do levantamento de dados, com as portas abertas para o usuário é visto, nesse relato, como um problema.

Cabe destacar que, em vários momentos das discussões com os trabalhadores, foi destacado, por eles, a importante evolução da saúde pública em nosso país, a partir da criação do SUS, bem como da Estratégia Saúde da Família, na qual foi garantido acesso, por meio dos princípios doutrinários e organizativos do acesso universal, integral e equânime, dos usuários aos serviços de saúde. Apesar disso, observamos um contrassenso, quando os profissionais questionam o fato de, hoje, as unidades estarem com as “portas” abertas demais a população. Mas será que realmente as portas estão abertas? Será que a solução seria restringir, dificultando ainda mais o acesso dos usuários ao cuidado? Discutir acolhimento e Política Nacional de Humanização é fundamental, principalmente, no aspecto relacionado à empatia, se colocar no lugar do outro e pensar como eu desejaria ser atendido se estivesse do

outro lado.

eu acho o PSF muito pai e muito mãe, literalmente, a gente tá atrás, eu tô aqui fazendo o que é mais do que a mãe da criança (GT4).

O relato acima enfatiza que o “PSF” é muito paternalista, que, hoje, a equipe executa, muitas vezes, aquilo que não seria sua responsabilidade. Pensando na importância do envolvimento e da responsabilização das pessoas no processo de cuidar, não é isso mesmo que se deseja das equipes de saúde, mas cabe ressaltar que são as próprias equipes que, hoje, promovem essa situação que é criticada acima. A questão é que, muitas vezes, é mais fácil fazer pelo usuário do que escutá-lo, orientá-lo com base no seu contexto, promovendo gradativamente sua autonomia.

Responsabilizar o usuário pelo cuidado é criar condições para o exercício de seu protagonismo. Porém, quanto mais protagonistas forem os usuários, mais questionadores eles serão, e mais difícil será condicionar eles a fazer aquilo que não esteja alinhado às suas condições e necessidades, como é feito no cotidiano de muitos centros de saúde. Então, ao questionamento do paternalismo cabe a reflexão, por parte de todos os trabalhadores, no sentido de avaliar se ele não acontece direta ou indiretamente de maneira proposital e conveniente ao que o processo de trabalho das unidades está adaptado.

quando a gente começa falar do envolvimento das pessoas, coparticipação, cor responsabilização, são coisas que eu vejo o primeiro dificultador, que é da nossa área, o baixo protagonismo que as pessoas têm aqui, no aglomerado, a criação delas, o meio, eles tem esse baixo protagonismo, então é assim, a gente tem que educar, eles tem que começar a entender, o educar é difícil mesmo (GT5).

A participante traz a necessidade de se estimular o protagonismo das pessoas da área de abrangência, para que se alcance um envolvimento apropriado das pessoas no cuidado em saúde. Cabe refletir, como foi colocado acima, se a educação proposta na fala não é sinônimo de doutrina, condicionamento das pessoas àquilo que deve ser feito, a partir do entendimento do outro. A educação dos usuários pode acontecer em diferentes contextos de sua vida, mas ela deve ser uma fonte de libertação para a vida.

A dona Maria Serviana marcou um ‘fale com a equipe’ comigo, só para conhecer a mudança, para ver como é que ia funcionar, não tinha nenhuma demanda, só por isso, é meio complicado atender todo mundo (GT4).

Os mesmos participantes que defendem a escuta, que criticam o imediatismo, questionam o fato de alguns pacientes buscarem a unidade somente para entender o seu funcionamento. É fato que, ao analisar essas falas, fica claro que há muita dificuldade, por parte dos trabalhadores, no entendimento de qual é a melhor estratégia, para o envolvimento do usuário no cuidado, pois, apesar de defenderem um modelo interdisciplinar, que preconize a escuta, a participação das pessoas, o desejo delas, se tem uma crítica muito enfática àqueles que buscam demais a unidade sem motivo para tal. Refletindo sobre isso, questiono: o que, de fato, os profissionais defendem?

Acredito que a evolução natural do processo de cuidado em saúde desde a implementação do SUS e da Estratégia de Saúde da Família está aquém das políticas de saúde vigentes. Entendo que houve, de maneira gradativa, a partir da busca das pessoas pelos serviços de saúde, uma expansão dos direitos sociais bem como das próprias necessidades dos usuários. Temos, hoje, um discurso muito alinhado àquilo que é defendido pelos sanitaristas e profissionais que estão atuando na saúde pública. Porém, fica evidenciado um descompasso com o que de fato é operacionalizado, no cotidiano das unidades. Não acho que isso é culpa apenas dos profissionais, penso que faltou, durante esse período, investimentos na qualificação dessas pessoas, bem como a garantia de condições de trabalho que proporcionassem condições para adequar os serviços às novas realidades, que, por serem dinâmicas, estão sempre mudando.

Um fator dificultador, também muito enfatizado pelos respectivos grupos, quando pensamos na responsabilização do usuário, é a “escuta” ou a falta dela, no âmbito das unidades de saúde. O espaço para a escuta favorece ao diálogo e à devida compreensão do que, de fato, o usuário busca no serviço: por meio dela é possível romper barreiras hierárquicas e estabelecer o vínculo necessário, para que as relações aconteçam de maneira horizontalizada e com confiança entre as partes.

Se a médica não me escuta e falou para eu fazer aquilo ou aquilo outro e não me escuta, como eu vou dar ouvidos para ela? Eu iria sair dali bem revoltado e chateado, porque não é fácil você chegar na pessoa e a pessoa não dar atenção mínima (G2 U5);

eu há muitos anos atrás, tinha uma médica aqui, a doutora (X), quando eu vinha nela, ela era minha médica, quando eu vinha nela eu voltava mais doente para casa. Eu até pensava o dia de vir nela, porque eu chegava em casa morrendo de dor de cabeça, nervosa, porque era só chegar para

conversar com ela, e ela nem deixava eu falar e já começava a me xingar (G2 U4);

Aqui no posto de saúde tem um problema, porque às vezes a gente vai conversar com um funcionário, igual aconteceu na sexta da semana passada, a funcionária deu as costas e saiu andando. Isso é falta de educação, eu não fui criado desse jeito. Dá as costas para uma pessoa e deixar ela falando sozinha, às vezes a gente nem falou o problema, vem fazer uma consulta, vem conversar com alguém sobre alguma coisa e eles não dá nem atenção. Então o centro de saúde aqui precisa tirar esse ruído na comunicação (G2 U5).

Quando os usuários caracterizam a falta de escuta, na figura principalmente, do médico, entendo que é aquilo que ele entende na sua percepção do que é o seu objetivo quando busca a unidade de saúde, apesar de todo movimento no intuito da busca pela interdisciplinaridade por meio da importante e fundamental atuação dos outros profissionais da equipe. Mas, como já colocado acima, essa questão envolve diferentes fatores, como a cultura e a nossa história. De qualquer forma, fica evidente a necessidade de os profissionais, de maneira geral, atentarem para essa postura, como parte do processo de trabalho em saúde. Como dito, por um dos usuários acima: se a médica não lhe dá ouvidos, como ele vai acreditar naquilo que ela está o orientando?

É importante entender que as percepções de prioridades de vida são diferentes, a partir dos diferentes pontos de vista, sendo assim, muitas vezes, aquilo que o profissional vislumbra como prioridade para o usuário, dependendo do contexto, não fará sentido para a pessoa, devendo-se valorizar, primeiramente, o que de fato naquele momento faz sentido para o usuário, para que, posteriormente, se consiga trabalhar as outras questões que se fizerem necessárias.

É importante ressaltar que o ato da escuta é desafiador e complexo de ser executado, diante da realidade dos serviços de saúde, bem como do modelo adotado pela gestão desses serviços, muitas vezes, pautado na produção do cuidado a partir de horários de atendimentos restritos e associados a uma demanda muito elevada. O relato de um trabalhador caracteriza esse achado.

mas olha aqui para você ver, só aqui na unidade, preste atenção, tem alguns pacientes que vem semanalmente, às vezes duas vezes por semana, os mesmos pacientes, eles ocupam, quantas vagas? Aquele mesmo paciente, então, uma super utilização, isso tinha que ser visto e orientado aos pacientes (GT5).

Um problema e dificultador trazido pelos usuários, no que tange ao envolvimento e responsabilização no processo do cuidado, está relacionado à dificuldade que eles têm de saírem do trabalho para ir em um atendimento nas unidades de saúde. Apesar de direito de todo o trabalhador, previsto na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), a realidade vivenciada pelas pessoas no seu cotidiano não é muito essa. Muitos empregadores dificultam essa saída, até por meio de assédio e de ameaças de demissão, o que faz com que, muitas vezes, o usuário opte por deixar de lado o cuidado pela sua saúde, priorizando o trabalho, pois, por meio dele, que ele consegue sobreviver e sustentar sua família. O funcionamento das unidades de saúde dificulta o acesso, principalmente, quando há horários específicos para acolhimento à demanda espontânea.

Esse dificultador é relatado em ambos os grupos, como podemos observar nos relatos abaixo:

porque, a pessoa que trabalha, trabalhar e cuidar da saúde... eu que passei por isso, então, isso é uma coisa muito séria, porque faltar do serviço, o patrão acha ruim, então para não faltar ao serviço a pessoa deixa a saúde de lado, com medo de chegar lá atrasado e o patrão achar ruim (G1 U6);

O horário de funcionamento do Centro de saúde não facilita que ele procure, porque está dentro do horário de trabalho dele, e isso aí já é um impedimento às vezes... é um dificultador (GT 5).

A expansão do horário do atendimento das unidades de saúde, talvez, fosse a opção mais apropriada, para que os serviços absorvam oportunamente, a demanda dos seus usuários, com abertura para que os usuários pudessem procurar as unidades em horários mais flexíveis, sem a exigência de ser no horário determinado pela unidade, sem levar em consideração essas especificidades.

Uma alternativa poderia ser possibilitar que os usuários pudessem escolher onde fosse melhor para eles realizar os seus acompanhamentos, seja na unidade mais próxima de sua casa, como já acontece, ou mesmo na unidade de saúde próxima ao seu trabalho, facilitando, assim, suas saídas e retornos. Apesar de o direito à saúde ser universal, a forma na qual os serviços de atenção primária estão organizados, a partir do princípio da adstrição de clientela, as pessoas acabam por serem condicionadas a realizar seu cuidado em saúde apenas nas unidades de referência do seu bairro, onde são devidamente cadastradas, cadastro esse que serve como

“senha” para o acesso e cuidado longitudinal dos usuários do SUS.

Às vezes, precisamos começar a pensar “fora da caixinha” que fomos acostumados e condicionados a trabalhar, para que possamos ofertar um serviço de saúde que esteja alinhado às necessidades dos usuários, necessidades que são compartilhadas por nós mesmos também, pois, tenho certeza que, esse modo de trabalho não é o que os trabalhadores desejariam se estivessem na posição de usuário.

No ano de 2019, foi implementado pelo Ministério da Saúde, de maneira compartilhada com os municípios brasileiros, o programa “Saúde na Hora”, que tem por objetivo ampliar o acesso aos serviços da atenção primária, a partir da expansão de horários e dias de atendimentos, nas unidades básicas de saúde, a partir de incentivos financeiros aos municípios que aderissem ao projeto.

Com isso, esperava-se que a população economicamente ativa, que se ausenta de casa ao longo do horário que normalmente as unidades funcionavam, conseguissem se organizar para realizar seu tratamento, seja em condições agudas ou crônicas, diminuindo, assim, a sobrecarga nas Unidades de Pronto Atendimento, com casos que poderiam ser devidamente acolhidos e tratados no âmbito da atenção primária. Os incentivos financeiros destinados ao programa são voltados à contratação de pessoal e da manutenção das unidades que funcionarão nos horários estendidos.

Essa estratégia foi muito bem pensada e bem-vinda, pois está alinhada ao que foi discutido no parágrafo anterior acerca de criar novas possibilidades de acesso aos usuários, para que, assim, as pessoas possam, de fato, ter condições de se cuidar, sem a culpa por ter que faltar ao trabalho ou por não conseguirem sair em determinado momento, devido aos afazeres domésticos.

O Centro de Saúde Cafezal, no qual este estudo foi realizado, está inscrito no referido programa e, em virtude disso, tem funcionado de segunda a sexta das 07h às 19h, sendo que, anteriormente, estava aberto ao público das 07h30 às 18h.

5 RECOMENDAÇÕES PARA O SERVIÇO, A COMUNIDADE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS: ESTRATÉGIAS QUE PODEM POTENCIALIZAR A RESPONSABILIZAÇÃO PELO CUIDADO

A tarefa de identificar as principais estratégias que facilitam e potencializam o envolvimento dos usuários no cuidado em saúde não é fácil. Nos relatos dos participantes, essa questão foi apresentada como um desafio sem resposta.

estou meio sem saída para a resposta (G2 U2);

essa pergunta aí eu vou ficar sem te responder (G2 U3);

eu acho que é o mais difícil, se a gente tivesse essa formula aí, talvez nós não estivéssemos aqui pensando, pois, talvez, a queixa dos profissionais não seria essa, a gente ainda não sabe o que fazer. São situações fora do que é o habitual, desenvolver ações que não foquem no habitual, é envolver os usuários, não somente para trocar uma receita, por exemplo, fazendo que ele depare com outras situações que sejam da saúde também e que vai gerar essa mudança de comportamento de forma positiva (GT 5);

eu acho isso a coisa mais difícil, eu não tenho essa resposta não. A gente tem que falar, tem que instruir, tem que ajudar a mostrar, mas daí ele absorver isso, ele pegar isso para mudar que é difícil. Ele entender, incorporar essa ideia, eu acho a parte mais difícil. Mudança de hábito é muito complicada (GT 6).

Um posicionamento, que foi encontrado tanto nos grupos que envolveram os usuários quanto nos com a participação dos trabalhadores, diz respeito à educação, entendida de maneira ampliada, pensando desde a educação básica escolar e formação da pessoa até a educação mais específica, traduzida como a importância da informação e do conhecimento para que as pessoas possam estar mais envolvidas com a assistência em saúde.

É importante destacar que o Centro de Saúde Cafezal está localizado em uma área muito vulnerável socialmente, com taxa de analfabetismo superior a outras regiões da cidade. A população que construiu sua vida na região, quase que na sua maioria, é oriunda de diferentes cidades do Brasil, e veio tentar a vida em Belo Horizonte, em uma região ainda muito desprovida de condições sociais adequadas.

Dos quinze usuários participantes, apenas um tem o ensino médio concluído, os quatorze restantes apenas assinam o nome ou concluíram de maneira incompleta o ensino fundamental.

O contexto evoluiu no decorrer dos anos, mas, de maneira geral, a população

mais idosa que reside na região não teve o devido acesso à educação básica, sendo que as mulheres, ainda eram predominantemente incumbidas do cuidado do lar enquanto os maridos saíam para trabalhar.

Essa situação melhorou ao longo dos anos, mas ainda encontramos muitos jovens que, atualmente, não concluem seus estudos em nível fundamental ou mesmo em nível médio e superior, na região.

É um contexto que impacta o cuidado em saúde da população, e acaba por tornar as pessoas mais dependentes de uma boa escuta e orientação. Ademais, contribui para uma sensação, por parte dos usuários, de não terem o devido conhecimento para se colocarem como protagonistas em seu processo de cuidado.

Eu acho que tem uma parte, de vez em quando, a gente precisa vir ao posto de saúde numa reunião, às vezes tem uma palestra ou uma coisa assim, a gente precisa participar, porque se vier só quando está passando mal, chega um ponto que, acho que não é certo não. Acho que tem que participar das reuniões também, a gente precisa participar, não pode vir só quando está doente, a gente precisa do conhecimento também (G1 U1);

“conhecimento para o povo é bom, eu às vezes venho aqui só na hora que estou precisando, é assim, mas tem que vim, as reuniões, conhecer os funcionários, fazer amizade. Tem pessoas que tem dificuldade de seguir o tratamento, é a maioria (G1 U5).

O conhecimento proporciona liberdade e aproxima as pessoas da luta pelos seus direitos democráticos, por proporcionar condições de elas poderem, livremente, dialogar sobre aquilo que consideram ser importante. Os relatos revelam a percepção dos usuários sobre a importância da educação, do “conhecimento”, para suas vidas e para o cuidado propriamente dito. O centro de saúde é entendido, por eles, como local onde se tem a oportunidade de aprender, conversar e expor ideias. Os usuários, assim, reconhecem que deveriam estar mais presentes, e que parte da população, de fato, só procuram a unidade quando estão necessitadas de alguma coisa mais urgente.

Nos encontros com os profissionais, a importância da educação também foi trazida como algo fundamental para o envolvimento do usuário no cuidado. Porém, a perspectiva dos trabalhadores aproxima-se mais de um condicionamento do usuário para seguir o que for determinado.

acredito que o cuidado em saúde tem a parcela que é do paciente, mas tem a parcela que é nossa aqui também, que é dos profissionais. A gente tá nesse processo de educar esses pacientes e às vezes para educar precisa dizer

alguns 'nãos' de vez em quando, 'você não pode fazer isso não', 'não é desse jeito que faz não', negar uns atendimentos, de vez em quando, a gente sabe que a pessoa pode esperar um pouco (GT 2);

"eu tô dificultando um pouco. Falo então, 'você vai voltar no dia do grupo, se faltar alguém, eu te encaixo'. Você deixa ali, vou fazer vou, faço, só que eu dou um pouquinho de dificuldade, porque antes eu fazia na hora. Só que agora, 'você vai vir buscar daqui dois dias e eu deixo na recepção'. Mas tô tentando podar isso, e tem diminuído muito. E meus [pacientes da] saúde mental, eles já saem daqui, passou hoje na consulta, a receita vale para 60 dias, eu já marco o retorno para 50. Então isso eu estou conseguindo, aos poucos, regularizar isso (GT 2).

O educar, na percepção dos trabalhadores, está relacionado à imposição de limites e a um jogo de perde-ganha. No entanto, o processo de cuidado em saúde não se trata de um jogo de oponentes, mas, sim, de uma relação entre sujeitos, que devem se colocar um ao lado do outro, no sentido da busca pela contemplação das necessidades físicas, psicológicas, ambientais e sociais daquele que busca a assistência.

É importante destacar que a educação em saúde é uma das principais estratégias de se promover saúde no âmbito da atenção primária. Reconhecer que a saúde tem um caráter multidimensional e que o usuário é um sujeito e protagonista da educação, em busca de autonomia, são condições essenciais, para se contemplar suas reais necessidades (CARNEIRO *et. al.* 2010 *apud* WESTPHAL, 2006).

As ações educativas na Estratégia Saúde da Família ainda são, em grande parte, pautadas no modelo tradicional de imposição de conhecimentos, caracterizadas por intervenções verticalizadas e pouco preocupadas com o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos (CARNEIRO *et. al.* 2010 *apud* SOUSA MF, 2008).

A autonomia do sujeito é parte fundamental no processo de cuidado em saúde, e essa condição deve ser promovida, por meio de um diálogo horizontal, entre as partes envolvidas no cuidado, a partir do respeito às singularidades, conhecimentos prévios, desejos e anseios da pessoa. A educação em saúde deve promover libertação e cuidado e não culpa associada a uma regra autocrática a ser seguida.

O enfoque dos processos educacionais em saúde não deve estar restrito apenas à doença, pois o cuidado envolve uma perspectiva multicausal na sua abordagem junto aos usuários, a partir de sua condição de saúde.

Nem sempre o condicionamento resulta em conscientização. O usuário deve ser dotado de autonomia para poder escolher aquilo que é importante para a sua vida.

Por sua vez, o profissional deve atuar como facilitador no processo de cuidado e não como um doutrinador de pessoas.

isso é uma coisa que a gente só aprende com o tempo, a gente não deve proibir ninguém de nada, a vida é do paciente, a vida é dele, eu não posso fala para ele não comer feijoada, eu posso falar assim 'se você comer todos os dias e muito, seu colesterol vai subir'. Primeiro eu tenho que explicar o que é pressão alta, para ele entender mais ou menos. Porque aí explicar que comer feijoada para ele não é uma boa, agora você já falar: 'você não pode'(GT 1).

educação é o berço de tudo, talvez criar um trabalho envolvendo a educação e a saúde, a questão que foi falada aqui do empoderamento, é uma questão que me preocupa, a falta de protagonismo das pessoa, uma comunidade que não tem muita acesso a qualidade de educação, a lazer, cultura. Há muitos anos atrás, nós fizemos um estudo para saber qual era o lazer de nossa comunidade, ou é igreja ou é bar, ela não tem outra oportunidade, então a gente tem que começar a envolver por que isso é saúde (GT 5).

Os discursos remetem a uma prática social na qual a educação é o fator primeiro, metaforicamente, o berço, para o alcance das demais atributos, direitos e responsabilidades, transformando as pessoas em protagonistas de suas vidas. E isso não acontece somente determinando aquilo que elas precisam executar para o seu cuidado. É importante proporcionar momentos reflexivos para que elas possam enxergar as lacunas existentes em suas vidas, para, assim, ao seu tempo, de acordo com as suas possibilidades e condições, poderem lutar para alcançar seus objetivos.

Como reflexo de uma educação pouco democrática e condicionadora, os usuários só reconhecem, como potencialidade para ampliar suas responsabilidades, a obrigatoriedade de procurar o centro de saúde, fazer exames, tomar as medicações prescritas conforme “ordenado” pelo profissional médico.

os médicos, os profissionais, porque foi por meio deles que a gente descobre a doença que você tem, o problema que você tem. Por meio de seu médico, de seu profissional, e ele te dá os pedidos que você tem que fazer, os exames, o jeito que você tem que começar a proceder, a partir daquele momento, o horários dos medicamentos. Aí você se envolve, o médico e o profissional ajuda muito no meu tratamento, ajuda demais. E aí o médico passa para mim, mas a responsabilidade de correr atrás é minha, eu tenho que seguir aquela ordem do profissional para eu poder manter a minha saúde estável, se eu não seguir a ordem do profissional , o que que eu fui fazer lá? (G1 U9)

O cuidado em saúde deve ser igual a gente faz, a gente vem no posto, faz os exames, mostra para a médica, ela vai falar o que a gente tem, o que precisa fazer, se a gente for, igual eu estava falando com eles aqui, obediente, a gente vai ter a saúde da gente, se ainda há tempo de resgatar a saúde da gente, mas se a gente cumprir o que a médica fala, se não a tendência é só

piorar (G2 U6).

Os discursos revelam a obediência e o seguimento às ordens médicas como determinantes para o cuidado. Ainda que a prática dos usuários estejam em discordância com o que foi “prescrito”, seus relatos são reveladores da posição de centralidade que o discurso médico tem sobre o seu entendimento de saúde, cuidado e responsabilidade. Esse discurso é reflexo de uma sociedade hierarquizada e, conseqüentemente, condicionada a seguir regras.

Nos relatos, os usuários relacionam o envolvimento deles mesmos com o processo de cuidado com a presença de mais profissionais médicos atuando. No entendimento deles, quanto mais médicos disponíveis, melhor será a responsabilização das pessoas. Por outro lado, outros usuários reconhecem que não depende exclusivamente dos profissionais.

eles iriam ser menos teimosos porque iria facilitar a vida de todo mundo com muito médico, porque aí a pessoa que está ali com problema, ele poderia ir no médico qualquer dia ou qualquer hora, todos os dias, ele ia se cuidar, frequentemente ele iria no médico. Mas se não tem médico todos os dias, não tem médico toda a hora, a pessoa vai ficar ali esperando o tempo e a hora, a pessoa não dá conta de ficar sentada ali (G1 U8);

ter mais médico no posto, se eu fosse um dia prefeita, aí eu iria olhar pelos mais pobres (G2 U6);

não adianta um milhão de médicos se os pacientes não se cuidarem, se eles não seguirem as orientações médicas (G1 U9)

ah, não sei. Se tivesse mais médicos, continuaria vindo se precisasse. Estando bem de saúde, pode ter um tanto de médico que a gente não vem (G1 U1).

Apesar de discordarem da correlação entre fatores facilitadores do envolvimento no cuidado em saúde e quantidade de profissionais médicos atuando, elas condicionam o envolvimento delas a seguir as orientações prescritas. Os discursos não revelam a posição dos usuários como protagonistas no processo de cuidado, assumindo um papel de coadjuvantes: ter que seguir aquilo que lhes fora designado. Evidenciamos, também, uma percepção ainda muito limitada do cuidado em saúde, entendida somente como tomar o remédio adequadamente, fazer os exames, seguir a dieta, *etc.*

Os profissionais de saúde, e no caso mais específico o médico, são tidos como

uma referência pelos usuários, e muito daquilo que eles trazem enquanto fatores facilitadores e potencializadores está diretamente ligado à atuação desses profissionais. E, de fato, a equipe de saúde é uma referência, e suas ações devem sim proporcionar condições para que as pessoas se cuidem mais e se envolvam no cuidado de sua saúde, individualmente e coletivamente.

Nesse sentido, a postura do profissional de saúde junto aos usuários é muito importante, para que eles compreendam sua condição e busquem, de forma compartilhada, atuar no que for necessário e entendido como importante para seu bem-estar.

Os discursos apontam o diálogo, a escuta, o vínculo e a empatia, como estratégias a serem pensadas e implementadas, na construção de um plano terapêutico.

quando o médico fala a real situação nossa, para a gente, a gente se envolve mais no tratamento, do que se ele só falar para tomar esse remedinho aqui e vamos ver como vai ficar, o médico que fala que você está assim, assim e assim, dá um choque na pessoa, se eu não fizer eu vou morrer” (G2 U5);

eu também penso assim, eu estava igual ela, eu tava fazendo um tratamento e o médico falou comigo que eu teria que colocar um marca-passo! Nesse momento, eu tive um choque, eu quase morri de choque, aí eu falei, ‘doutor eu não vou deixar, não vou fazer isso não, pode me deixar morrer, não quero fazer isso’, e o doutor disse: ‘de jeito nenhum, você vai fazer sim, não precisa ficar com medo não, é uma coisinha pequenininha assim, é um cortinho de nada’, aí, eu pensei assim ‘e o medo de cortar?’. Agora: o que eu vou fazer? Ela falou que já tava tomando as providencias, no meu caso, primeiramente foi Deus e depois o médico, porque se ele esmorecesse , eu também iria ficar pior, mas ele me ajudou demais, falou ‘não, minha obrigação é de cuidar, você não quer viver mais uns tempos não?’. Aí eu falei, uai, querer eu quero, então vamos pôr, eu já liguei, já pegou os papeis tudo para mim e eu fui, e graças a deus , depois que eu pus, faz dois anos eu sinto até bem (G2 U2).

Em geral, os relatos trazem a importância da escuta, da empatia, da transparência e do vínculo nas relações entre usuários e profissionais de saúde como ferramenta de cor responsabilização. A postura acolhedora e a credibilidade passada pelo profissional também são reconhecidas como fatores que potencializam o cuidado e a responsabilização.

temos que lembrar que a escolha é dele, ele precisa saber com clareza qual é o risco e qual é o papel dele, qual é o papel do serviço de saúde e qual o papel da sociedade em geral (GT 1);

você precisa passar credibilidade para o paciente, aí você terá tudo com ele,

depois que cria o vínculo acabou, você tem tudo com ele (GT 2);

é se colocar no lugar do paciente, saber as dificuldades dele, ele não pode comer isso, mas você sabe se ele tem outra coisa para comer a não ser que seja aquilo? (GT 8);

Eu acho que tudo tem que ser muito bem explicado, e em um linguajar que eles possam entender mesmo (GT 6).

Se colocar no lugar do usuário e buscar junto com ele, a partir de seu contexto de vida, a melhor estratégia de cuidado, talvez, seja uma das melhores maneiras de proporcionar responsabilização e envolvimento.

Outro ponto a se destacar é a importância da família e da convivência, importância que é trazida pelos usuários em seus relatos. Quando foi discutido sobre a percepção deles acerca de saúde, em vários momentos, os participantes trouxeram a boa convivência como fator imprescindível, para que eles se sentissem de fato saudáveis. Em tal sentido, a rede de apoio disponível pode proporcionar o suporte adequado para adquirir segurança e autonomia.

talvez seja falta de um conselho de uma pessoa, de um amigo, de um parente qualquer ou qualquer um mais distante, para dizer que 'você tem que ir ao médico'. Julgo por mim, que moro sozinha, eu faço um esforço danado para mim estar sempre seguindo as orientações que o médico passa, às vezes eu esqueço, mas sei que eu tenho que fazer essa força (G1 U9);

é a família da gente, ou seja, ruim ou bom, eles sempre tem que estar cientes do que está acontecendo, a família ajuda no envolvimento, a família é o principal (G2 U6).

Os participantes trazem nos seus relatos a importância da comunidade em suas vidas, demonstrando que o coletivo ainda tem o seu espaço na sociedade, principalmente, em regiões onde falta a presença do estado, na devida adequação do que diz respeito à diminuição das desigualdades. Talvez, eles se sintam um pouco abandonados, como foi evidenciado em uma das falas citadas acima, na qual um dos participantes coloca a necessidade de o poder público ajudar às pessoas mais necessitadas. Apesar de se sentirem abandonados, eles não se sentem sozinhos, pois a proximidade na qual convivem permite que se apropriem das dificuldades e das alegrias uns dos outros, tornando, assim, a vida em comunidade, um fator potencializador.

Contudo, é importante sintetizar os fatores apontados como potencializadores

no processo de responsabilização no cuidado em saúde, na percepção dos usuários ao longo deste capítulo:

- **Educação em saúde como ferramenta transformadora e libertadora no processo de cuidar**, citada por usuários e trabalhadores como essencial para se alcançar resultados satisfatórios de saúde e de satisfação, por ambas as partes, proporcionando autonomia dos sujeitos;
- **Garantia de equipes de saúde compatíveis com a população assistida e demandas dos usuários**, com enfoque mais específico no profissional médico, pois, na percepção dos usuários, existe uma dificuldade de acesso a esse profissional, pela demanda de atendimentos e pelo processo de trabalho vigente, o que eles correlacionam como fator de não envolvimento das pessoas no cuidado;
- **Importância do acolhimento, empatia, escuta e diálogo horizontal como forma de proporcionar vínculo e autonomia do cuidado**. Essa percepção é caracterizada na importância de uma postura que favoreça o que foi colocado anteriormente;
- **Importância do apoio familiar no processo de cuidado em saúde**, os usuários destacam que a família é um suporte no qual eles se apoiam, nos momentos mais difíceis da vida, devendo ser envolvida, no intuito de promover autonomia e responsabilização;
- **Convívio harmônico em comunidade**, pela interferência direta que a falta dessa harmonia traz a suas vidas, pensando, principalmente, a partir do contexto de vida difícil, evidenciado na área de abrangência do Centro de saúde Cafezal.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta pesquisa foi possível descrever a inquietação e um desejo de aprofundamento científico acerca de um tema de relevância para a saúde pública, que é a responsabilidade do usuário no cuidado. Isso porque o presente estudo, fruto da necessidade de aprimorar as práticas em saúde, a partir de uma aproximação dos desejos e anseios dos atores envolvidos na assistência, estabeleceu, como objetivo, analisar a perspectiva dos usuários do SUS, adscritos à área de abrangência do Centro de Saúde Cafezal, no município de Belo Horizonte – MG, acerca da percepção dos mesmos sobre a responsabilidade com o cuidado em saúde.

Além disso, a pesquisa buscou analisar os fatores facilitadores e limitadores da corresponsabilidade, identificando estratégias nos serviços de saúde, que potencializam a responsabilização pelo cuidado.

Problematizar a responsabilidade no cuidado em saúde, a partir da percepção dos usuários, foi um desafio complexo, em virtude de toda subjetividade envolvida nesse contexto, associada a um número ainda limitado de estudos que trazem o usuário como parte fundamental dessa escuta.

Assim, a presente pesquisa proporcionou um aprendizado muito intenso sobre o que de fato as pessoas pensam e desejam das políticas públicas de saúde. Com isso, foi possível quebrar preconceitos, rever conceitos e, a partir dos resultados, enxergar as pessoas, a partir de outra ótica, por meio da empatia necessária para que as relações aconteçam de maneira harmônica, respeitando o que cada pessoa, na sua individualidade, busca na sua vida.

É importante salientar, ainda, a transformação que o percurso metodológico e científico da pesquisa provocou em mim, enquanto pesquisador, trabalhador e gestor de uma unidade de saúde. Inicialmente, quando me propus a investigar a responsabilidade do usuário no cuidado, tinha uma percepção muito clara com relação às hipóteses por mim levantadas: os usuários dos serviços de saúde não se sentiam responsáveis pelo seu cuidado, tanto no âmbito individual, quanto no coletivo, sendo isso o grande limitador de projetos terapêuticos propostos pelos profissionais da atenção primária.

Eu não tinha a devida compreensão da diversidade dos fatores envolvidos nesse processo, principalmente, no que diz ao respeito à liberdade que as pessoas

têm de decidir aquilo que é mais importante, bem como a posição que é atribuída a elas, nesse contexto, de “paciente”, que deve apenas ouvir e seguir aquilo que foi determinado.

O estudo aponta que as pessoas se sentem responsáveis pelo cuidado, porém, ainda se colocam como coadjuvantes nesse processo. O médico, o Estado e até mesmo a religião assumem um papel principal na condução da vida dos usuários, a partir das percepções analisadas.

Apesar disso os participantes já conceituam “saúde” como algo que vai além da ausência de doenças, evidenciando, nos seus discursos, a importância da boa convivência, da felicidade, da moradia, dos aspectos relacionados à prática de atividade física e da alimentação saudável.

Os aspectos trazidos acima apontam para uma evolução da perspectiva dos usuários acerca do cuidado, na qual ainda destacam a importância do diálogo, da escuta e do acolhimento como ferramentas essenciais ao envolvimento delas nos projetos terapêuticos. Para que os usuários possam se sentir protagonistas do cuidado, e, se responsabilizem pela sua saúde, é fundamental que proporcionem a eles as devidas condições para a livre manifestação dos seus desejos, dificuldades e anseios, para, assim, estimularmos aquilo que eles têm de potencial a ser agregado, à assistência propriamente dita, e também ao cotidiano, junto à vida em sociedade.

O grande desafio que se coloca está diretamente relacionado: ao respeito às escolhas de cada um; ao fato de se promover cuidado baseado não somente no conhecimento científico e acadêmico, mas também na sabedoria popular e cultural de nossa sociedade; e, por fim, redesenhar o modelo assistencial que esteja disponível, mas não somente a partir da lógica daquilo que os processos assistenciais, protocolos clínicos e regras, algumas vezes engessadas proporcionam aos usuários.

Contudo, ficou evidenciado a importância de novos estudos acerca da temática aqui tratada, buscando aprofundar análises e conhecimentos acerca daquilo que as pessoas desejam e necessitam, pesquisas que devem se atrever a romper as barreiras da academia, indo ao encontro dos diferentes contextos de nossa sociedade.

REFERÊNCIAS

ALVES, Lucia Helena de Souza; BOEHS, Astrid Eggert; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss. A percepção dos profissionais e usuários da estratégia de saúde da família sobre os grupos de promoção da saúde. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 401-408, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 ago. 2020.

AITH, F.M.A. Teoria geral do direito sanitário brasileiro. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Serviços de saúde 2006, 458 p. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-23102006-144712/pt-br.php> Acesso em: 25 agosto 2020.

AITH, F. (2013). Marcos legais da promoção da saúde no Brasil. *Revista De Medicina*, 92(2), 148-154. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v92i2p148-154>

BISPO JUNIOR, José Patrício; MARTINS, Poliana Cardoso. Participação social na Estratégia de Saúde da Família: análise da percepção de conselheiros de saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 440-451, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000300440&lng=en&nrm. Acesso em: 29 ago. 2020.

BRASIL. [Política (2003)]. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/artigos/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus>. Acesso em: 29 ago. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2355. Alteração da fórmula de calculo do teto máximo de Equipes de Saúde da Família. Brasília, 2013.

BRASIL. [Política (2006)]. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 29 ago. 2020.

BOORSE, C. On the distinction between disease and illness. **Philosophy and Public Affairs**, Estados Unidos, v. 5, n. 1, p. 49-68, 1975. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2265020>. Acesso em: 29 ago. 2020.

BOORSE, C. Health as a theoretical concept. **Philosophy of Science**, Estados Unidos, v. 44, n. 4, p. 542-573, 1977. Disponível em: <https://philpapers.org/rec/BOOHAA>. Acesso em: 29 ago. 2020.

BUSS, p. Uma introdução ao conceito de Promoção de saúde. *In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças

individuais e mudanças organizacionais. **Rev.Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 209-213, 1997. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000200016. Acesso em: 29 ago. 2020

CARNEIRO, A. C. L. L. **Práticas educativas nas unidades básicas de saúde de Belo Horizonte e sua relação com a promoção da saúde**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/GCPA-86AJY6>. Acesso em: 28 ago. 2020.

CAPONI, Sandra. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA. Dina(org). *Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

CARVALHO, A. I; AKERMAN, M. Oficina de trabalho — Promoção da Saúde: da prevenção à mudança social. Relatório Final do VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 6., 2004, Recife. **Anais [...]**. São Paulo: Abrasco, 2004. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/grupos/arquivos/20060719173238.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2020.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de; COHEN, Simone Cynamon; AKERMAN, Marco. Refletindo sobre o instituído na Promoção da Saúde para problematizar 'dogmas'. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 265-276, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000700265&lng=en&nrm. Acesso em: 25 ago. 2020.

CARVALHO, Sérgio Resende; GASTALDO, Denise. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 2, p. 2029-2040, 2008 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900007&lng=en. Acesso em: 25 ago. 2020.

CECILIO, Luiz C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R & MATTOS, R.A. (orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

CREVELIM, Maria A; PEDUZZI, Marina. A participação da Comunidade na Equipe de Saúde da Família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a10v10n2.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2020.

DAMASCENO, S. S. *et. al* .Fomentando o controle social em rodas de conversa com usuários de uma unidade de saúde da família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 84, p. 59-66, 2010.

DOMITROVIC, Nathalia; ARAUJO, Maristela D.; QUINTANILHA, Bruna C. O papel

do mediador no incentivo à participação das comunidades nas ações de promoção da saúde. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 81-91, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 mar. 2020.

ESPIRITO SANTO, Caren Camargo do *et. al.* Avaliação do sistema público de saúde pelos seus usuários: um estudo de memórias e representações sociais. **Escola Anna Nery**, v. 9, n. 3, p. 1-13, 2010. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-42852010000300007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 ago. 2020.

FAIRCLOUGH, N. L. Teoria social do discurso. Brasília, DF: Ed. UnB, 2001a.

GATTI, Bernadete Angelina. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília: Liber Livro, 2012.

KARLSEN, M. P; VILLADSEN, K. Health Promotion, Governmentality and the Challenges of Theorizing Pleasure and Desire. **Body & Society**, Thousand Oaks, v. 22, n. 3, p. 3-30, 2016. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1357034X15616465>. Acesso em: 29 ago. 2020.

MARCONI, A. Marina; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5ª edição. São Paulo, 2015.

MEDEIROS, C.R.G. **Redes de atenção em saúde**: o dilema dos pequenos municípios. 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/73013>. Acesso em: 29 ago. 2020.

MENDES, Eugenio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Opas, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 29 ago. 2020.

MERHY, Emerson Elias. **O ato de cuidar**: a alma dos serviços de saúde? Campinas, 1999. Disponível em: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/ato_cuidar.pdf#:~:text=O%20ATO%20DE%20CUIDAR%3A%20a%20alma%20dos%20servi%C3%A7os,atingir%C3%A1%20a%20salva%C3%A7%C3%A3o%20como%20finalidade%2C%20como%20objetivo%20%C3%BAltimo.. Acesso em: 29 ago. 2020.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

MINAYO, M.C.S; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n. 1, 2000. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 29 ago. 2020.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MONTERO, Maritza. **Hacer para transformar**: el método en la psicología comunitaria. Buenos Aires: Paidós, 2006.

NASCIMENTO, Luiz M J. do. Ler as palavras, ler o mundo. Paulo Freire: a utopiado saber. Coleção memória da pedagogia. **Revista Viver & Mente Cerebro**. São Paulo: Duetto Editorial, 2005.

NEPOMUCENO, Léo Barbosa. **Para atuar com a comunidade**: estudo sobre a relação entre participação comunitária e estratégia de saúde da família do SUS no Bairro Terrenos Novos em Sobral. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009. Dissertação: <http://www.repositorio.ufc.br/ri/handle/riufc/1679>. Acesso em: 29 ago. 2020.

NOGUEIRA, João Carlos, *et. al.*. **Filosofia, Educação e Sociedade** – Ensaio Filosóficos. Campinas: PUCCAMp, 1989.

PIRES FILHO, Luís Antônio Soares *et. al.*. Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 605-613, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042019000200605&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 ago. 2020.

POPE, C; MAYS, N. (org.). 3ª ed. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

RESENDE, V. M. & V. C. V. S. RAMALHO. Análise de Discurso Crítica, do modelo tridimensional à articulação entre as práticas: implicações teórico metodológicas. **Linguagem em (Dis)curso**, Tubarão, v. 5, p. 185-207, 2004. Disponível em: <http://linguagem.unisul.br/paginas/ensino/pos/linguagem/linguagem-em-discurso/0501/050109.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2020.

RESTREPO Vélez, María Ofelia; VEGA Romero, Román Rafael. Participación social y comunitaria en Atención Primaria de Salud – APS: Bogotá: para la muestra un botón. **Rev. gerenc. políticas salud**, Bogotá, v. 8, n. 16, p. 153-164, 2009. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/48171892_Participacion_social_y_comunitaria_en_Atencion Primaria_de_Salud_-_APS_Bogota_para_la_muestra_un_boton. Acesso em: 29 ago. 2020.

SANABRIA Ramos G. Participación social y comunitaria: reflexiones. **Rev. Cubana Salud Pública**, Havana, v. 27, n. 2, p. 89-95, 2001. 2001; Jul-Dic 27(2): 89-95. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000200002. Acesso em: 29 ago. 2020.

SILVA KL. Promoção da saúde em espaços sociais da vida Cotidiana. Tese (Doutorado em enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/GCPA->

7T6JVK/1/Kênia_lara_silva.pdf. Acesso em: 29 ago. 2020.

SILVA, L., & NOGUEIRA, R. H. (2019). A igualdade democrática na relação paciente-psiquiatra como meio para o exercício da liberdade para além da adesão ao tratamento. *Revista De Direito Sanitário*, 20(1), 127-148. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v20i1p127-148>. Acesso em 20 de agosto de 2020.

SOUZA, E. M.; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1354-1360, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500030. Acesso em: 18out. 2018.

THOMPSON, John B. **Ideologia e cultura moderna**: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. 6. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1990.

WHO (1948) Constitution. World Health Organization, Geneva.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CONSOLIDADE DE ARTIGOS CIENTÍFICOS RECUPERADOS DURANTE A BUSCA

| TÍTULO | ANO | REVISTA | LOCAL DE PRODUÇÃO | REFERENCIAL | PRINCIPAIS ACHADOS | METODOLOGIA |
|--|------|------------------------------|---------------------------|---|---|---|
| Participação social na Estratégia de Saúde da Família: análise da percepção de conselheiros de saúde | 2014 | Saúde em Debate | Vitória da Conquista - BA | Estudo do cotidiano. | Os resultados evidenciaram que os conselhos são percebidos como instrumento da melhoria da assistência e como espaço de promoção da saúde. Evidenciou-se existir um sentimento de desinteresse das comunidades pelas práticas participativas. Alguns fatores contribuem para o pouco envolvimento da população, a exemplo das debilidades assistenciais e da percepção da esterilidade do conselho na resolução dos problemas comunitários. | Pesquisa qualitativa, com realização de entrevistas com representantes de conselhos de Unidades de Saúde da Família, exploratória e descritiva através de entrevista semiestruturada com os conselheiros de saúde |
| O papel do mediador no incentivo à participação das comunidades nas ações de promoção da saúde | 2013 | Psicologia: teoria e prática | Vitória/ES | | Foi possível perceber a inter-relação entre a participação social e as ações de promoção da saúde. Predominância de participação do sexo feminino nos conselhos; Foco das reuniões: informes de instituições e instâncias parceiras; campanhas e programas em exercício na UBS; problemas estruturais nos bairros atendidos pela UBS; problemas internos da UBS. | Pesquisa exploratória através de abordagem qualitativa. Entrevistas semiestruturadas com oito participantes dos CLS e acompanhamos suas reuniões durante quatro meses |
| Redes de atenção em saúde: o dilema dos pequenos municípios | 2013 | Tese de doutorado | Porto Alegre | (OPAS, 2011a e Fleury e Ouverney, 2007) | Rede de atenção à saúde parcialmente integrada e relações de | Abordagem foi qualitativa, do tipo estudo de casos múltiplos |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>interdependência que, embora complementares, apresentam interesses divergentes e pouca confiança entre os atores – condição que dificulta o estabelecimento da governança em rede. São fatores que facilitam a organização e o funcionamento da rede: a definição clara do território e das referências regionais; a existência da Comissão Intergestores Regional (CIR) como espaço de pactuação e controle, mesmo que seus atores ainda não tenham assumido na plenitude seu papel; e a Atenção Básica como porta de entrada para o atendimento. Como dificuldades, salientamos: a pouca integração clínica e dos sistemas de informação entre os serviços da rede; a centralidade do Ministério da Saúde (MS) e da Secretaria Estadual da Saúde (SES) no estabelecimento de regras e domínio de recursos, gerando relações de coerção e não de cooperação entre os entes federados; pouco planejamento e monitoramento de avaliação da rede; baixa capacidade gerencial nos municípios e parâmetros definidos fora da rede – isto é, pelo MS; a quase ausência da participação social na</p> | <p>comparados. A coleta e produção dos dados ocorreram por meio de pesquisa documental, grupos focais com equipes gestoras municipais e entrevistas com servidor da gestão estadual e gestores do serviço de referência regional em cardiologia, resultando em um total de 13 sujeitos. A trajetória assistencial percorrida por 4 usuários portadores de doenças cardiovasculares também foi utilizada na análise da rede de atenção à saúde.</p> |
|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|---|-------|-------------------------------------|----------------|---|--|---|
| | | | | | governança da rede; o modelo de atenção ainda pouco atuante nas ações de promoção à saúde, prevenção às doenças e na intersectorialidade. | |
| A percepção dos profissionais e usuários da estratégia de saúde da família sobre os grupos de promoção da saúde | 2012. | Texto & Contexto - Enfermagem | Florianópolis | Itinerário freiriano | Os resultados indicaram que as ações de promoção da saúde realizadas nestes grupos estão fortemente alinhadas com a reorientação dos serviços de saúde e o desenvolvimento de habilidades pessoais. As ações de lazer efetuadas mostram indícios de intersectorialidade e participação social. Conclui-se que as ações de promoção necessitam ser ampliadas nestes grupos e que o círculo de cultura proposto por Paulo Freire é uma ferramenta possível à construção de práticas de saúde mais participativas e emancipatórias. | Pesquisa qualitativa participativa, articulada com as etapas do referencial metodológico de Paulo Freire, conhecido como itinerário freireano. A coleta de dados foi realizada por meio dos círculos de cultura, que são espaços de aprendizagem e conhecimento, os quais têm como elemento primordial o diálogo, levando à ação e reflexão entre os sujeitos em torno de situações existenciais, abordando temas importantes de seu cotidiano. |
| Avaliação do sistema público de saúde pelos seus usuários: um estudo de memórias e representações sociais | 2005 | Online Brazilian Journal of Nursing | Rio de Janeiro | Teoria das Representações Sociais e da Memória Social | Os elementos negativos do sistema público de saúde, que dizem respeito à dificuldade em conseguir atendimento, aos profissionais incapacitados, ao atendimento e ao seu ambiente inadequados, além da falta de verbas e de recursos materiais, sobrepõem-se aos positivos. Apesar da percepção de atendimento inadequado, destaca-se o bom atendimento quando alguns sujeitos utilizaram o serviço | Abordagem qualitativa, baseado na Teoria das Representações e Memória Sociais. Foram selecionadas 15 entrevistas de usuários da rede hospitalar e 15 da rede básica, realizadas em 2005, e foi utilizada a análise de conteúdo temático-categorial |

| | | | | | | |
|--|------|-------------|----------------|--|---|---|
| | | | | | público de saúde. Conclui-se que os aspectos políticos, estruturais e profissionais, em sua maioria, avaliados negativamente pelos usuários, têm sido problemáticos ao longo dos sistemas públicos de saúde, aparecendo como situações que tiveram origem no passado e que possuem continuidade atualmente | |
| Práticas educativas nas Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte e sua relação com a promoção da saúde | 2010 | UFMG | Belo Horizonte | | | Estudo descritivo, estruturado em duas fases: (1) mapeamento de todas as ações educativas em grupo, ocorridas nas UBS pesquisadas. Adotou abordagem quantitativa e teve, como ferramenta de coleta de dados, entrevista semi-estruturada. |
| Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada | 2010 | Fiocruz | Rio de Janeiro | | | Estudo descritivo temporal |
| Participação social na atenção básica à saúde: concepções e práticas dos usuários e trabalhadores do programa saúde da família | 2006 | Revista APS | Fortaleza | | Os resultados revelaram que os participantes compreendem a participação social de forma crítica, a qual configura uma nova forma de relação Estado/Sociedade, que possibilita a democratização das relações nos serviços de saúde, reconhecemos conselhos de saúde como espaços de gestão compartilhada e revelam limites e possibilidades nas práticas de participação | Adotou-se a metodologia qualitativa, tendo como técnicas de coleta de dados a entrevista semiestruturada e o grupo focal. Pesquisa de natureza descritiva. |

| | | | | | | |
|--|-----------|---|------------------|--|---|--|
| | | | | | social no âmbito da atenção básica. | |
| Participación social y comunitaria en Atención Primaria de Salud - APS: Bogotá: para la muestra un botón | 2004-2007 | Pontificia Universidad Jarveriana - Bogotá | Bogotá- Colombia | | Institucionalização e instrumentação da participação comunitária; e as possibilidades e limitações da atual política de participação social para promover e desenvolver a participação como direito | |
| Para atuar com a comunidade: estudo sobre a relação entre participação comunitária e estratégia de saúde da família do SUS no bairro Terrenos Novos em Sobral, Ceará | 2009 | Dissertação de Mestrado - Universidade Federal do Ceará | Sobral - CE | Psicologia Comunitária e suas interfaces com a Psicologia Social da Saúde, Saúde Comunitária e Saúde Pública | Concepções limitadas sobre o trabalho da ESF mas também observações relevantes acerca dessa temática pelos participantes da pesquisa; Observado uma resistência dos profissionais a mudança no processo de trabalho; Participação comunitária entendida como aspecto inerente ao ser humano mas que pode ser estimulada e construída em conjunto e remete a uma transformação do sujeito frente as questões da sociedade; As ações desenvolvidas no círculo comunitário foram decisivas no desenvolvimento do potencial de trabalho e capacidade comunicativa dos participantes, mas observa-se também um desencantamento pelas ações comunitárias, pelo efeito limitado no resultado final | Pesquisa de campo exploratória de abordagem qualitativa. Como estratégia metodológica principal, realiza análise temática, como técnica de análise de conteúdo, de material empírico produzido em círculos de cultura realizados com o grupo de participantes. Como estratégia metodológica complementar, analisa anotações de campo realizadas, bem como materiais produzidos em trabalhos realizados pelo pesquisador no local(AU) |
| Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe de estratégia de saúde da família | 2007 | Texto e Contexto Enfermagem | | | Constatou-se que as concepções e práticas da equipe são atravessadas pela visão medicalizante, fator que consideramos | |

| | | | | | | |
|--|------|--------------------------|---------------|--|--|--|
| | | | | | limitante ao avanço da participação. A metodologia problematizadora permitiu identificar, com a equipe, a importância, os limites e possibilidades à prática da participação junto ao usuário, o que pode corroborar para o aumento da consciência acerca de seu papel mediador | |
| Enfermeiro & grupos em PSF: possibilidade para participação social | 2005 | Cogitare Enferm | Cuiabá | | Os enfermeiros realizam grupos com os recortes programáticos vigentes na prática da saúde pública tradicional. Os grupos se reduzem à informação coletiva sobre o tratamento e se consolidam como estratégia assistencial enquanto a dimensão de empoderamento para o exercício da cidadania é reduzida | Pesquisa exploratório-descritiva em oito Unidades de Saúde da Família (USF) de Cuiabá; A técnica de coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada com os enfermeiros dessas unidades, que realizavam atividades educativas em grupos |
| High need patients receiving targeted entitlements: what responsibilities do they have in primary health care? | 2005 | RESOURCE ALLOCATION | Nova Zelândia | | Responsabilidades especiais aumentam as responsabilidades comuns do paciente e exigem que os pacientes não hesitem em relação à assistência médica primária. O descaso persistente do paciente por responsabilidades especiais pode exigir a limitação do escopo dessas responsabilidades, a remoção de barreiras do sistema ou a ressignificação de direitos especiais. | Estudo analítico descritivo |
| Participación social y comunitaria / Reflexiones Reflections on social and community participation | 2001 | Rev Cubana Salud Pública | Havana - Cuba | | Essas investigações concordam que a participação social para a solução de problemas de | Trabalho analítico-descritivo refere-se a pontos de vista e resultados de pesquisas |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | <p>saúde, em alguns casos 5, limita-se à modalidade de cooperação e ao uso de indivíduos como mão-de-obra, devido a vários fatores, entre eles:</p> <p>a) Geralmente os mecanismos criados pela própria comunidade ou que determinam dois grupos, na prática, não funcionam adequadamente.</p> <p>b) A participação é predominantemente individual.</p> <p>c) Em certas ocasiões, a tomada de decisão não está no nível central e, embora haja oportunidades de negociação, elas não são utilizadas adequadamente.</p> <p>d) A comunidade tem uma influência limitada nas áreas de planejamento e execução dos Programas de Saúde e uma influência potencial em sua avaliação. Em relação à solução de problemas de saúde, nesse contexto, existem opiniões de que a principal responsabilidade pelas limitações observadas na participação da comunidade é o próprio sistema de saúde, embora como política social e de saúde o sistema de saúde Neste princípio, às vezes surgem debilidades que são devidas a:</p> <p>A dinâmica de participação</p> | <p>específicas no campo da participação social e comunitária para a solução de problemas de saúde.</p> |
|--|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | | |
|--|------|------------------------------|----------|--|--|---|
| | | | | | <p>da comunidade concebida não está totalmente implementada. Às vezes, o paternalismo e a falta de flexibilidade na tomada de decisões no nível local predominaram.</p> <p>O sistema, por vezes, ficou muito centralizado em termos de planejamento dos programas e recursos, o que gerou que a comunidade considere que o Sistema Único de Saúde (SUS) é totalmente responsável por sua saúde, limitando assim sua participação</p> <p>Treinamento insuficiente em questões relacionadas à participação social e comunitária, tanto para os profissionais de saúde quanto para os membros da comunidade, que, em sentido geral, desconhecem o conceito de participação, as modalidades e, em geral, as particularidades desse processo. .</p> | |
| <p>Participación social en salud: un reto para la promoción de la salud / Social participation in health: a challenge for health promotion(somente Resumo)</p> | 2003 | Rev. Fac. Nac. Salud Pública | Colombia | | <p>As comunidades se transformam quando adquirem a capacidade de intervir por meios de participação social definir seus problemas, necessidades e soluções, e a mulher é vista como protagonista nesse processo pela sua postura de cuidadora da família e do lar</p> | <p>Estudo de caso referente a uma experiência de participação social de mulheres em processos de melhoria de condições de vida da comunidade.</p> |
| <p>A incorporação da participação social na estratégia de saúde da família: o papel dos</p> | 2003 | Fam. saúde desenvolv | Brasil | | <p>A incorporação da participação popular no PSF não é uma tarefa simples,</p> | <p>Revisão literal a respeito da participação popular no contexto da estratégia</p> |

| | | | | | | |
|--|------|--|---------------------------|----------------------|---|---|
| profissionais de saúde(somente resumo) | | | | | pois depende da interação de fatores histórico-político e sócio-econômico-cultural relacionados aos gestores, comunidade e profissionais | saúde da família. |
| Municipios saludables en America Latina: indicadores de salud y bienestar / Healthy cities in Latin America: health and welfare indicators | 1996 | División de Promoción y Protección de la Salud (HIV') Organización Panamericana de la Salud | OPAS | | Elaboração de indicadores voltados a medir a qualidade de vida e de saúde de cidades saudáveis da América latina | Revisão de literatura, avaliação local de saúde. |
| Atención primaria y participación comunitaria en salud: orientaciones estrategicas.(somente resumo) | 1996 | Rev Med Chile | Chile | | Apresenta os objetivos e ações governamentais para o desenvolvimento da participação social como eixo da Atenção Básica | Projeto a partir da formação de grupos de trabalho interdisciplinares, a formulação de um programa de saúde comunitária. |
| Participação social na Estratégia de Saúde da Família: análise da percepção de conselheiros de saúde | 2014 | Saúde em Debate | Vitória da Conquista - BA | Estudo do cotidiano. | Os resultados evidenciaram que os conselhos são percebidos como instrumento da melhoria da assistência e como espaço de promoção da saúde. Evidenciou-se existir um sentimento de desinteresse das comunidades pelas práticas participativas. Alguns fatores contribuem para o pouco envolvimento da população, a exemplo das debilidades assistenciais e da percepção da esterilidade do conselho na resolução dos problemas comunitários. | Pesquisa qualitativa, com realização de entrevistas com representantes de conselhos de Unidades de Saúde da Família, exploratória e descritiva através de entrevista semiestruturada com os conselheiros de saúde |
| O papel do mediador no incentivo à participação das comunidades nas ações de promoção da saúde | 2013 | Psicologia: teoria e prática | Vitória/ES | | Foi possível perceber a inter-relação entre a participação social e as ações de promoção da saúde. Predominância de participação do sexo | Pesquisa exploratória através de abordagem qualitativa. Entrevistas semiestruturadas com oito participantes dos CLS e acompanhamos |

| | | | | | | |
|---|-----------|-------------------------------|----------------|---|---|--|
| | | | | | feminino nos conselhos; Foco das reuniões: informes de instituições e instâncias parceiras; campanhas e programas em exercício na UBS; problemas estruturais nos bairros atendidos pela UBS; problemas internos da UBS. | suas reuniões durante quatro meses |
| Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária | 2008-2009 | Revista Panamericana de Saúde | Belo Horizonte | | A multicausalidade do processo saúde-doença foi a categoria mais incorporada às práticas educativas (73,0 por cento), enquanto a intersectorialidade foi a menos incorporada (9,0 por cento). Quanto ao uso de métodos dialógicos, 38,0 por cento das práticas promoveram a participação ativa do sujeito, 6,0 por cento proporcionaram a construção do conhecimento e 40,0 por cento utilizaram diferentes estratégias de ensino. A maioria das práticas educativas não estava orientada ativamente em direção à promoção da saúde no sentido de fortalecimento da autonomia na gestão dos processos de saúde, da participação social e do emprego de abordagens dialógicas de ensino. Entretanto, observam-se movimentos de ruptura em relação aos modelos de educação hegemônicos na atenção primária. | Este estudo descritivo analisou 33 práticas educativas de promoção da saúde para verificar se eram pautadas por cinco princípios, utilizados como categoria de análise: multicausalidade do processo saúde-doença, intersectorialidade, participação social, sustentabilidade e utilização de métodos dialógicos (participação ativa do sujeito na prática educativa, condução da prática de forma a proporcionar a construção do conhecimento e utilização de diferentes estratégias de ensino). A técnica utilizada foi a observação estruturada. Determinou-se a frequência de cada uma dessas categorias nas práticas avaliadas. |
| A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de | 2009 | Ciência & Saúde Coletiva | Florianópolis | Transcriar: Núcleo de Estudos Participantes | Os resultados mostram compreensões diferentes de | Pesquisa de abordagem qualitativa através de |

| | | | | | | |
|------------------------------|--|--|--|--|--|---|
| saúde: um estudo qualitativo | | | | do Processo de Viver e Ser Saudável desenvolvido no cotidiano da comunidade continental de Florianópolis | saúde entre os sujeitos, bem como a distância que existe entre as práticas e o referencial preconizado nas Estratégias de Saúde da Família. Em relação ao conselho, evidenciou-se deficiências na sua organização, composição e representatividade, nos encaminhamentos das deliberações, no papel do conselheiro e na sua relação com a entidade que ele representa. A participação popular e o controle social, como condições essenciais para a efetivação das propostas do SUS, ainda permanecem como expectativa e um grande desafio. | especificamente um estudo de caso. O processo de pesquisar teve abordagem interdisciplinar com aproximação da triangulação de dados. As técnicas mais utilizadas para colher dados foram análise documental, observação participante com entrevista e entrevista semiestruturada em profundidade. |
|------------------------------|--|--|--|--|--|---|

APÊNDICE B –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - GESTOR

TÍTULO DA PESQUISA: *“Análise da responsabilidade na assistência em saúde: percepção dos usuários do Centro de Saúde Cafezal”*

Prezado,

Por meio deste instrumento, venho torná-lo(a) ciente da pesquisa cujo título está referido acima, e convidá-lo(a) a participar voluntariamente da mesma. O objetivo desse estudo é analisar a responsabilidade na assistência em saúde na percepção dos usuários do Centro de Saúde Cafezal. A pesquisa é desenvolvida pelo enfermeiro Mateus Figueiredo Costa como parte da sua Dissertação no Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da violência, da Faculdade de Medicina da UFMG, orientado pela Professora Kênia Lara da Silva. A coleta de dados será desenvolvida em 2 fases: na primeira fase será feita uma observação do cenário da pesquisa de maneira não participante no intuito de entender a dinâmica da unidade de saúde bem como o contexto que envolve os usuários, trabalhadores e gestor local. Posteriormente serão realizadas três entrevistas coletivas, denominadas grupos focais.

Você está sendo convidado para participar da Fase 2, mais especificamente do grupo focal composto pelos trabalhadores e gestor do centro de saúde. Serão realizados 03 encontros num período de dois meses por meio da metodologia do grupo focal. As datas dos grupos serão combinadas com os participantes. Nestes encontros serão discutidas questões relacionadas a responsabilidade dos usuários no cuidado em saúde. Com isso esperamos contribuir na fomentação de políticas de saúde mais próximas a realidade e desejo dos usuários do SUS. Os encontros serão gravados em áudio para posterior transcrição. As gravações, bem como os arquivos decorrentes da transcrição, estarão seguros e ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável, na sala 508 da Escola de Enfermagem da UFMG, por um período de 5 anos. Findo este prazo o material será inutilizado.

Para isto, é necessário esclarecê-lo (a) que serão garantidos aos participantes anonimato, privacidade e sigilo absoluto em relação às informações e declarações prestadas verbalmente e/ou por escrito antes, durante e depois da realização da pesquisa; as informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo das pessoas, inclusive em termo de autoestima, prestígio e/ou econômico-financeiros. Há riscos mínimos de constrangimentos gerados na execução do trabalho de campo. Como em qualquer entrevista, há um risco de você se sentir desconfortável ou constrangido com alguma pergunta. Neste caso, você tem direito de não respondê-la e de informar ao pesquisador. Também será garantida a liberdade de interromper a pesquisa a qualquer momento sem prejuízos para o participante. É importante afirmar que não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Se existir qualquer despesa adicional, não prevista, e que decorra da sua participação, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Importante ainda mencionar que você tem a garantia de reparação de danos e reembolso de gastos em decorrência de sua participação na pesquisa. Concluída a pesquisa, seus resultados serão divulgados em trabalhos científicos e você poderá ter acesso, caso queira.

Será garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, ao responsável pela pesquisa, Kênia Lara da Silva, que pode ser encontrada no endereço: Escola de Enfermagem UFMG, localizado na Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG, 30130-100.

É importante esclarecer que o projeto foi submetido e aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha, Unidade Administrativa II, 2º andar. CEP: 31270-901. Tel: (0xx31) 3409-4592. Email: coep@prpq.ufmg.br e Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (CEP/SMSA/PBH) - Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000 Telefone: 3277-5309. As cartas de aprovação nos Comitês de Ética encontram-se em anexo.

Caso participe, em qualquer momento poderá pedir informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, bem como sair da mesma e não permitir a utilização de seus dados, sem prejuízo algum.

Consentimento: Eu _____ fui informado(a) dos objetivos do presente estudo. Ficaram claros para mim os propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados, o compromisso ético dos pesquisadores em garantir a confidencialidade dos dados e a fornecerem informações sobre o andamento da pesquisa, caso eu solicite. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento em participar a qualquer momento, sem prejuízo algum.

Belo Horizonte ____ de _____ de _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Contatos:

Kênia Lara da Silva

Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia

Belo Horizonte/MG – CEP: 30130-100

Tel.: (31) 3409181

Mateus Figueiredo Martins Costa

End.: Rua Santa Marta nº 512, ap:310. Bairro: Sagrada Família, CEP: 31030090

Belo Horizonte/MG

Tel: (31) 993567569

Para esclarecimentos sobre a ética da pesquisa entre em contato com:

- Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG: Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha, Unid. Adm. II, Belo Horizonte. Tel.: (031) 3409-4592, e-mail: coep@prpq.ufmg.br
- Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (CEP/SMSA/PBH) - Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000 Telefone: 3277-5309.

Assinatura do participante

Data ____/____/____

Kênia Lara da Silva
Pesquisador Responsável

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TRABALHADORES

TÍTULO DA PESQUISA: *“Análise da responsabilidade na assistência em saúde: percepção dos usuários do Centro de Saúde Cafezal”*

Prezado,

Por meio deste instrumento, venho torná-lo(a) ciente da pesquisa cujo título está referido acima, e convidá-lo(a) a participar voluntariamente da mesma. O objetivo desse estudo é analisar a responsabilidade na assistência em saúde na percepção dos usuários do Centro de Saúde Cafezal. A pesquisa é desenvolvida pelo enfermeiro Mateus Figueiredo Costa como parte da sua Dissertação no Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da violência, da Faculdade de Medicina da UFMG, orientado pela Professora Kênia Lara da Silva. A coleta de dados será desenvolvida em 2 fases: na primeira fase será feita uma observação do cenário da pesquisa de maneira não participante no intuito de entender a dinâmica da unidade de saúde bem como o contexto que envolve os usuários, trabalhadores e gestor local. Posteriormente serão realizadas três entrevistas coletivas, denominadas grupos focais.

Você está sendo convidado para participar da Fase 2, mais especificamente do grupo focal composto pelos trabalhadores e gestor do centro de saúde. Serão realizados 03 encontros num período de dois meses por meio da metodologia do grupo focal. As datas dos grupos serão combinadas com os participantes. Nestes encontros serão discutidas questões relacionadas a responsabilidade dos usuários no cuidado em saúde. Com isso esperamos contribuir na fomentação de políticas de saúde mais próximas a realidade e desejo dos usuários do SUS. Os encontros serão gravados em áudio para posterior transcrição. As gravações, bem como os arquivos decorrentes da transcrição, estarão seguros e ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável, na sala 508 da Escola de Enfermagem da UFMG, por um período de 5 anos. Findo este prazo o material será inutilizado.

Para isto, é necessário esclarecê-lo (a) que serão garantidos aos participantes anonimato, privacidade e sigilo absoluto em relação às informações e declarações prestadas verbalmente e/ou por escrito antes, durante e depois da realização da pesquisa; as informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo das pessoas, inclusive em termo de autoestima, prestígio e/ou econômico-financeiros. Há riscos mínimos de constrangimentos gerados na execução do trabalho de campo. Como em qualquer entrevista, há um risco de você se sentir desconfortável ou constrangido com alguma pergunta. Neste caso, você tem direito de não respondê-la e de informar ao pesquisador. Também será garantida a liberdade de interromper a pesquisa a qualquer momento sem prejuízos para o participante. É importante afirmar que não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Se existir qualquer despesa adicional, não prevista, e que decorra da sua participação, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Importante ainda mencionar que você tem a garantia de reparação de danos e reembolso de gastos em decorrência de sua participação na pesquisa. Concluída a pesquisa, seus resultados serão divulgados em trabalhos científicos e você poderá ter acesso, caso queira.

Será garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, ao responsável pela pesquisa, Kênia Lara da Silva, que pode ser encontrada no endereço: Escola de Enfermagem UFMG, localizado na Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG, 30130-100.

É importante esclarecer que o projeto foi submetido e aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha, Unidade Administrativa II, 2º andar. CEP: 31270-901. Tel: (0xx31) 3409-4592. Email: coep@prpq.ufmg.br e Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (CEP/SMSA/PBH) - Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000 Telefone: 3277-5309. As cartas de aprovação nos Comitês de Ética encontram-se em anexo.

Caso participe, em qualquer momento poderá pedir informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, bem como sair da mesma e não permitir a utilização de seus dados, sem prejuízo algum.

Consentimento: Eu _____ fui informado(a) dos objetivos do presente estudo. Ficaram claros para mim os propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados, o compromisso ético dos pesquisadores em garantir a confidencialidade dos dados e a fornecerem informações sobre o andamento da pesquisa, caso eu solicite. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento em participar a qualquer momento, sem prejuízo algum.

Belo Horizonte ____ de _____ de _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Contatos:

Kênia Lara da Silva

Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia

Belo Horizonte/MG – CEP: 30130-100

Tel.: (31) 3409181

Mateus Figueiredo Martins Costa

End.: Rua Santa Marta nº 512, ap:310. Bairro: Sagrada Família, CEP: 31030090

Belo Horizonte/MG

Tel: (31) 993567569

Para esclarecimentos sobre a ética da pesquisa entre em contato com:

- Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG: Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha, Unid. Adm. II, Belo Horizonte. Tel.: (031) 3409-4592, e-mail: coep@prpq.ufmg.br
- Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (CEP/SMSA/PBH) - Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000 Telefone: 3277-5309.

Assinatura do participante

Data ____/____/____

Kênia Lara da Silva
Pesquisador Responsável

APÊNDICE D –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - USUÁRIOS

TÍTULO DA PESQUISA: *“Análise da responsabilidade na assistência em saúde: percepção dos usuários do Centro de Saúde Cafezal”*

Prezado,

Por meio deste instrumento, venho torná-lo(a) ciente da pesquisa cujo título está referido acima, e convidá-lo(a) a participar voluntariamente da mesma. O objetivo desse estudo é analisar a responsabilidade na assistência em saúde na percepção dos usuários do Centro de Saúde Cafezal. A pesquisa é desenvolvida pelo enfermeiro Mateus Figueiredo Costa como parte da sua Dissertação no Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da violência, da Faculdade de Medicina da UFMG, orientado pela Professora Kênia Lara da Silva. A coleta de dados será desenvolvida em 2 fases: na primeira fase será feita uma observação do cenário da pesquisa de maneira não participante no intuito de entender a dinâmica da unidade de saúde bem como o contexto que envolve os usuários, trabalhadores e gestor local. Posteriormente serão realizadas três entrevistas coletivas, denominadas grupos focais.

Você está sendo convidado para participar da Fase 2, mais especificamente do grupo focal composto pelos usuários do centro de saúde. Serão realizados 03 encontros num período de dois meses por meio da metodologia do grupo focal. As datas dos grupos serão combinadas com os participantes. Nestes encontros serão discutidas questões relacionadas a responsabilidade dos usuários no cuidado em saúde. Com isso esperamos contribuir na fomentação de políticas de saúde mais próximas a realidade e desejo dos usuários do SUS. Os encontros serão gravados em áudio para posterior transcrição. As gravações, bem como os arquivos decorrentes da transcrição, estarão seguros e ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável, na sala 508 da Escola de Enfermagem da UFMG, por um período de 5 anos. Findo este prazo o material será inutilizado.

Para isto, é necessário esclarecê-lo (a) que serão garantidos aos participantes anonimato, privacidade e sigilo absoluto em relação às informações e declarações prestadas verbalmente e/ou por escrito antes, durante e depois da realização da pesquisa; as informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo das pessoas, inclusive em termo de autoestima, prestígio e/ou econômico-financeiros. Há riscos mínimos de constrangimentos gerados na execução do trabalho de campo. Como em qualquer entrevista, há um risco de você se sentir desconfortável ou constrangido com alguma pergunta. Neste caso, você tem direito de não respondê-la e de informar ao pesquisador. Também será garantida a liberdade de interromper a pesquisa a qualquer momento sem prejuízos para o participante. É importante afirmar que não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Se existir qualquer despesa adicional, não prevista, e que decorra da sua participação, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Importante ainda mencionar que você tem a garantia de reparação de danos e reembolso de gastos em decorrência de sua participação na pesquisa. Concluída a pesquisa, seus resultados serão divulgados em trabalhos científicos e você poderá ter acesso, caso queira.

Será garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, ao responsável pela pesquisa, Kênia Lara da Silva, que pode ser encontrada no endereço: Escola de Enfermagem UFMG, localizado na Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG, 30130-100.

É importante esclarecer que o projeto foi submetido e aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha, Unidade Administrativa II, 2º andar. CEP: 31270-901. Tel: (0xx31) 3409-4592. E-mail: coep@prpq.ufmg.br e Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (CEP/SMSA/PBH) - Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000 Telefone: 3277-5309. As cartas de aprovação nos Comitês de Ética encontram-se em anexo.

Caso participe, em qualquer momento poderá pedir informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, bem como sair da mesma e não permitir a utilização de seus dados, sem prejuízo algum.

Consentimento: Eu _____ fui informado(a) dos objetivos do presente estudo. Ficaram claros para mim os propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados, o compromisso ético dos pesquisadores em garantir a confidencialidade dos dados e a fornecerem informações sobre o andamento da pesquisa, caso eu solicite. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento em participar a qualquer momento, sem prejuízo algum.

Belo Horizonte _____ de _____ de _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Contatos:

Kênia Lara da Silva

Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia

Belo Horizonte/MG – CEP: 30130-100

Tel.: (31) 3409181

Mateus Figueiredo Martins Costa

End.: Rua Santa Marta nº 512, ap:310. Bairro: Sagrada Família, CEP: 31030090

Belo Horizonte/MG

Tel: (31) 993567569

Para esclarecimentos sobre a ética da pesquisa entre em contato com:

- Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG: Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha, Unid. Adm. II, Belo Horizonte. Tel.: (031) 3409-4592, e-mail: coep@prpq.ufmg.br
- Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (CEP/SMSA/PBH) - Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000 Telefone: 3277-5309.

Assinatura do participante

Data ____/____/____

Kênia Lara da Silva
Pesquisador Responsável