

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
DESENVOLVIMENTO, TECNOLOGIAS E SOCIEDADE

COTIDIANO E SAÚDE(S): ESTUDO ETNOGRÁFICO DOS USUÁRIOS DO SUS EM
UM MUNICÍPIO DO SUL DE MINAS

Renato Augusto Passos

Itajubá, Maio de 2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
DESENVOLVIMENTO, TECNOLOGIAS E SOCIEDADE

Renato Augusto Passos

COTIDIANO E SAÚDE(S): ESTUDO ETNOGRÁFICO DOS USUÁRIOS DO SUS EM
UM MUNICÍPIO DO SUL DE MINAS

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação (PPG) em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade.

Área de concentração: Desenvolvimento, tecnologias e sociedade

Orientadora: Dr.^a Sylvia da Silveira Nunes

Coorientador: Dr. Luiz Felipe Silva

Maio de 2015

Itajubá - MG

FICHA CATALOGRÁFICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
DESENVOLVIMENTO, TECNOLOGIAS E SOCIEDADE

Renato Augusto Passos

COTIDIANO E SAÚDE(S): ESTUDO ETNOGRÁFICO DOS USUÁRIOS DO SUS EM
UM MUNICÍPIO DO SUL DE MINAS

Dissertação aprovada por banca examinadora em oito de maio de 2015, conferindo ao autor o título de **Mestre em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade**.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Luiz Felipe Silva (Coorientador)

Prof. Dr. Verlan Valle Gaspar Neto

Prof.^a Dr.^a Viviane Guimarães Pereira

Prof.^a Dr.^a Silvia Lanzotti Azevedo da Silva

Itajubá, 2015

DEDICATÓRIA

A Deus,
Aos meus pais, irmãos e sobrinhos,
A minha namorada,
Aos professores e amigos do mestrado,
A todos os usuários do SUS participantes desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Talvez esta seja a melhor parte quando se busca concretizar um sonho: olhar pra trás e agradecer a todos que contribuíram para torná-lo real.

Primeiramente, preciso agradecer a Deus, que esteve durante todo o tempo me iluminando e dando forças para que esta e tantas outras conquistas fossem possíveis. Que no silêncio de minhas orações soube ouvir e mostrar os melhores caminhos a serem seguidos.

Agradeço de forma especial aos meus pais, Vera e Afonso. Junto de vocês tenho os melhores momentos da minha vida e recebo toda a energia e incentivo necessários para buscar meus projetos. Agradeço pela formação pessoal que me deram, pela honra de tê-los como pais e desejo imensamente que a cada dia eu possa ser um filho e um homem melhor.

Registro ainda meu reconhecimento pelo apoio de todos os meus irmãos, sobrinhos e familiares: Afonsinho, Cris, Dani, Iago, Bruninha, Vanise, Isabela, Edna, Felipe, Fabinho, Carlos, Lara, Dan e Vó Nega. Obrigado por estarem comigo a cada dia!

Meus amigos não poderiam ser esquecidos, tanto os que moram na minha querida terra, quanto aos novos que tive o prazer de conhecer durante o mestrado. Sem vocês certamente tudo seria muito mais difícil. Má, Denis, Lê, Juliano, Karla, Fabiana, Lívia, Dandan, Vi, Mi e Lilinha, obrigado por meu ouvirem, me aconselharem e estarem comigo durante todos os momentos bons e ruins. Agradeço a cada dia os amigos fantásticos e chatos que tenho! Aos meus novos amigos, junto dos quais dividi grandes angústias, estudos, cafés e risadas, desejo muito sucesso a cada um e espero tê-los comigo para sempre. A vocês, Poly, Samanta, Mara, Ju, Rodrigo, Giovane, João e Gisele, registro meu orgulho em encontrá-los. À minha amiga e namorada Rosana, deixo um obrigado em especial, pois através deste tempo do mestrado tive a oportunidade incrível de conhecê-la e receber todo o seu carinho e apoio fundamentais.

Aos colegas e professores de curso, toda a minha admiração e respeito pelos ensinamentos. Em especial ao professor e amigo Pimenta, que tanto tem feito para que este mestrado seja cada vez melhor.

Sem dúvidas eu queria realmente chegar aos agradecimentos de dois professores que encontrei nesta etapa da minha vida: Sylvia e Luiz Felipe. Além de orientadores e amigos, vocês me inspiram a cada dia buscar conhecimentos que me ajudem a ser um profissional melhor, um ser humano melhor. Sempre estiveram disponíveis a me ouvir, me ajudar, me indicar caminhos que certamente fizeram toda a diferença na execução deste trabalho. Sonho um dia tornar-me pessoa tão sábia e humilde como vocês.

Aos usuários do SUS, agradeço por compartilharem comigo tantas histórias de vida e ensinamentos, fossem nos silêncios, nas palavras, no choro, nas ações. Certamente aprendi com cada um de vocês um novo olhar sobre as tantas “saúde(s)” existentes.

Enfim, agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), agência do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCT) pelo incentivo à realização desta pesquisa.

EPÍGRAFE

“Ao cuidar de uma doença, você pode ganhar ou perder. Ao cuidar de uma pessoa, você sempre ganha.”

Hunter Doherty, médico, fundador do Instituto Gesundheit.

RESUMO

A Constituição Federal de 1988 garante a todo cidadão brasileiro o direito à saúde. Desta forma, através do Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentado pelas Leis nº 8080/90 e nº 8142/92, o atendimento público obrigatório a todos os cidadãos passou a oferecer entre outros, a realização integrada das ações assistenciais e atividades preventivas em saúde. Todos usam o SUS através dos serviços desenvolvidos em suas diversas áreas como vigilância sanitária, campanhas de vacinação, vigilância epidemiológica, etc. O cenário encontrado atualmente na saúde pública brasileira é bastante dinâmico e complexo, exigindo por isso que a situação de saúde da população seja analisada continuamente. A padronização de metas nacionais em saúde pública pode facilitar a organização do serviço, com planilhas e relatórios padrões. Porém, a realidade local nem sempre favorece o cumprimento de tais objetivos. O cotidiano dos usuários do SUS municipal, demonstrado através de suas falas e atitudes, tende a favorecer a adequação dos métodos e facilitar a proposição de ações que melhor atendam a realidades tão específicas. Desta forma, este trabalho relata a pesquisa realizada sobre o cotidiano assistencial dos usuários do serviço público de saúde em um município de pequeno porte situado no Sul de Minas, com o objetivo de compreender as concepções de saúde destes usuários e profissionais da área. Por tratar-se de um trabalho marcadamente qualitativo, optou-se por um relato etnográfico dos discursos e experiências desses atores (usuários e profissionais da rede de assistência), cujos dados foram recolhidos por meio da observação participante nas unidades de saúde e em outros locais, e também através de entrevistas abertas e gravadas. De modo paralelo às investidas no campo foram analisadas também diversas fontes documentais. A amostra foi determinada por saturação.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Pública. Saúde coletiva. Pesquisa qualitativa. Etnografia. Concepções de saúde.

ABSTRACT

The Federal Constitution of 1988 guarantees every Brazilian citizen the right to health. Thus, through the Unified Health System (SUS) regulated by Federal Law No. 8080/90 and No 8142/92, the compulsory public service for all citizens began offering, among others, the achievement of both care activities and preventive health activities. All citizens use SUS through the services developed in diverse areas, such as disease surveillance, vaccination campaigns, epidemiological surveillance, etc. The setting currently found in the Brazilian public health is very dynamic and complex, therefore demanding the health status of the population to be analyzed continuously. The standardization of national public health goals can facilitate the organization of the service, with spreadsheets and standard reportings. However, local reality does not always favor the fulfillment of these objectives. The daily life of users of municipal SUS, demonstrated through their speeches and attitudes, tends to foster the development of methods and facilitate proposing actions that best match such specific realities. Thus, this paper describes a research carried out on their everyday life of users of public health service in a small city located in southern Minas Gerais, in order to understand the concepts of health of these users and professionals. As this is a markedly qualitative work, we chose an ethnographic account of the discourses and experiences of these actors (users and service network professionals), whose data were collected through participant observation in health facilities and elsewhere and also through open and taped interviews. Parallel to the advances in the field were also analyzed various documentary sources. The sample was determined by saturation.

KEY WORDS: Public health. Collective health. Qualitative research. Ethnography. Conceptions of health.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CF	Constituição Federal
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EPI	Equipamento de Proteção Individual
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MAC	Medicina Alternativa e Complementar
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SubVPS	Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. Carta ao leitor	13
2. Apresentação	14
3. Introdução.....	16
3.1. Saúde: da singularidade à pluralidade	22
3.2. O Sistema público de saúde no Brasil e suas ações práticas	25
3.3. Muitos conceitos, um objetivo	28
3.4. De Foucault a Dona Violeta: um novo modo de olhar, ouvir e estar com o outro	34
4. A entrada no campo.....	42
5. O cotidiano assistencial no município.....	44
5.1. O poder de voz do grupo: Conferência Municipal de Saúde.....	65
5.1.1. Pré-conferência - Centro – Zona urbana	66
5.1.2. Pré-conferência - Bairro Pedreira – Zona rural.....	68
5.1.3. Pré-conferência - Bairro Andorinhas – Zona rural	68
5.1.4. Pré-conferência - Bairro Capelinha – Zona rural.....	69
5.1.5. IV Conferência Municipal de Saúde.....	70
6. Quando o indivíduo fala: ações e percepções em saúde	74
6.1. Saúde e cuidado: o outro precisa de mim	74
6.2. Trabalho e saúde: uma prática necessária.....	81
6.3. Homem não adoece: médico é coisa para mulher	87
6.4. Medicamentos e saúde: pílulas que curam	93
6.5. Corpo e saúde: a mudança começa comigo.....	99
6.6. Saneamento básico: isso também é saúde?	103
6.7. Usuário estigmatizado: eu não sou do SUS.....	109
6.8. Entre classes: limites e desafios da comunicação do corpo e da fala	118
7. Tentando concluir: a saída e a experiência do campo	127
Referências	131
Apêndice	139

1. Carta ao leitor

Ao iniciar este trabalho, acredito que seja importante transmitir ao leitor os motivos que me levam a estudar o tema saúde, em especial na esfera pública.

É notável em nosso país o drama vivido por inúmeras famílias na busca por vagas em hospitais, marcação de consultas e exames, cirurgias, atendimentos especializados, entre muitos outros procedimentos médico-hospitalares. Isso sem contar a necessidade de melhor infraestrutura, e até mesmo a falta de profissionais para a realização de tais atividades em muitas cidades brasileiras. Profissionais que mais do que conhecimento técnico estejam humanamente capacitados a ouvir e compreender as pessoas como um todo, e não simplesmente diagnosticar problemas anatômicos ou fisiológicos. Infelizmente, o cenário atual encontra-se em situação preocupante, seja nas pequenas cidades do interior ou nos grandes centros urbanos.

Ainda na graduação, descobri na disciplina de Saúde Coletiva o quanto esta área apresentava-se carente de profissionais empenhados em desenvolver projetos e estudos que contribuíssem para a saúde pública nacional. Dediquei-me a orientar pais e alunos de escolas públicas sobre doenças negligenciadas e que matam milhares de pessoas anualmente, as parasitoses. Percorri escolas e realizei algumas orientações sobre medidas preventivas. Era pouco, mas era tudo que estava ao meu alcance naquele momento.

Iniciei minha vida profissional na área administrativa em saúde, no sistema público, em uma cidade do interior mineiro. Vivi de perto dramas familiares de pacientes em tratamento de câncer que demoravam a conseguir uma consulta em um hospital de referência e de pais desesperados com o filho na UTI de alguma cidade vizinha, que recorriam ao órgão de saúde atrás de notícias. Histórias que me fizeram aprender e crescer como profissional e ser humano.

Hoje, depois de tantos fatos marcantes que jamais sairão da minha memória, e apesar de ter convivido por alguns anos no ambiente “de doença”, percebo que os usuários do sistema público de saúde, dificilmente, são ouvidos. Suas histórias de vida e dificuldades enfrentadas no dia-a-dia pouco interessam a quem precisa cumprir metas, fechar diagnósticos clínicos ou resolver problemas burocráticos. Os sinais e sintomas trazidos aos profissionais são rapidamente solucionados com algum medicamento, com uma solicitação de exames ou mesmo com um atestado (alguns dias em casa, e logo a saúde estará de volta!). Tudo isso, é claro, depois de esperar por algumas horas na fila.

De que “saúde” essas pessoas precisam? A singularidade do conceito parece cada vez mais incluída na mecanização da “cura”.

Ao longo deste trabalho, discorreremos¹ mais sobre o direito à saúde no Brasil e as dificuldades enfrentadas no dia-a-dia pelos usuários do SUS, mas principalmente na compreensão do conceito de saúde vinculado à realidade local e individual. Buscaremos, de maneira geral, ouvir e conviver mais de perto com estes usuários, permitindo a eles a livre expressão (por atos ou palavras) das diversas formas de entender um conceito tão plural.

2. Apresentação

Esta dissertação se integra à linha de pesquisa “Desenvolvimento e Sociedade”, do programa de pós-graduação em “Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade” da Universidade Federal de Itajubá (UNIFEI). Por tratar-se de um programa interdisciplinar, o tema proposto ao estudo foi analisado com a contribuição de autores das mais diversas áreas do conhecimento como a psicologia, a antropologia, as ciências médicas, a história, a sociologia, entre outras.

Apesar de diversos estudos abordarem temas relacionados aos problemas de saúde pública no cenário nacional, poucos são os que permitiram “o direito à voz” daqueles que diariamente necessitam de consultas especializadas, de tratamentos curativos ou preventivos, de orientação, de cuidado ou simplesmente atenção por meio das diversas atividades disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS).

Por meio deste tipo de discussão, a qual envolve diretamente os cidadãos, a universidade pode contribuir significativamente contra os problemas que a sociedade enfrenta, auxiliando na busca de soluções que contribuam para um desenvolvimento em seu sentido real, amplo, mais igualitário e justo, ainda que não seja uma tarefa simples. Por este motivo, discutir saúde pública é discutir políticas públicas e, discutir políticas públicas é também discutir desenvolvimento.

Desde a década de 1990, surge uma nova concepção de desenvolvimento, mais participativa e deliberativa da democracia, como consequência das mobilizações sociais que buscavam (e ainda buscam) uma maior participação popular. Por este motivo vale pensar:

¹ A primeira pessoa do plural utilizada neste ponto do texto aparece como forma de reconhecimento às diversas pessoas que contribuíram durante os inúmeros processos de reflexão que facilitaram a escrita: professores, colegas, grupo de pesquisas e em especial minha orientadora Prof.^a Dr.^a Sylvia da Silveira Nunes e meu coorientador Prof. Dr. Luiz Felipe Silva.

como essa nova forma de pensar políticas públicas vem acontecendo na prática? Quais as tecnologias mais importantes e necessárias à garantia da saúde humana?

Como afirmam Enriquez e Carreteiro (2013) a tecnologia e a ciência a partir do século XVIII, obtiveram significativos progressos nas mais diversas áreas como na física, na química e, de forma especial, na medicina. Entre suas grandes conquistas, as vacinas contribuíram na diminuição de diversas doenças que matavam milhares de pessoas no mundo todo. No entanto, o século XXI já não tem mais relação com o século XVIII, com consideráveis prejuízos já constatados pelo “avanço” da ciência e das tecnologias. Há décadas, os indivíduos já percebem a necessidade da preservação da natureza e o poder fatal de alguns medicamentos, por exemplo, colocando em xeque “todo o poder” da ciência. Por este motivo, tais autores afirmam: “a ciência é a melhor e a pior das coisas” (ENRIQUEZ; CARRETEIRO, 2013, p. 79). Para os autores, as ciências da natureza tiveram impacto maior sobre o homem em relação às ciências humanas, sendo que quando esta última é empregada, é utilizada para que o homem na maior parte das vezes afirme seu domínio, e não para interrogar a si mesmo.

Os laços humanos de fraternidade encontram-se cada vez menos presentes na vida cotidiana. Azevedo (2013) afirma que na visão de diversos autores, a sociedade ocidental contemporânea é caracterizada por um déficit de referências e ideais, pela falta de regulamentação, pela renúncia ao discurso de emancipação, pelo aumento do domínio privado em relação ao público, pelo laço social cada vez mais enfraquecido, pelo individualismo, pelo culto à urgência, pelo conformismo, entre outras características que demonstram o quanto a sociedade pós-moderna encontra-se em um contexto desfavorável à gestão das organizações públicas de saúde e limitam as possibilidades da construção de projetos partilhados e coletivos...

O contexto de individualismo, narcisismo e baixa responsabilidade com o outro representa obstáculo à construção de projetos coletivos que se voltem para a valorização da vida e representam a possibilidade de aumentar o nível de responsabilidade das organizações com sua missão pública e social (AZEVEDO, 2013, p. 58).

Para esta mesma autora, os valores e diretrizes empregados como base no movimento de Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde (SUS) como a equidade e a solidariedade, contrapõem-se às práticas sociais e valores que atualmente dominam a sociedade. Estes movimentos buscam, como um grande desafio, o fortalecimento da dimensão pública e social dos serviços através da abertura de espaços para o sentido de cooperativismo, solidariedade e construção de novos processos de mudanças.

Os sujeitos, como afirma Enriquez (2006), cada vez mais se dão conta da identidade dos problemas enfrentados e são capazes de já começar a se interrogar. Por este motivo, o autor aponta a necessidade da existência de pessoas que os ajudem a analisar o que estão fazendo, com a finalidade de pensar novos projetos, guardar as regras que valem algo e abandonar aquelas que já não são úteis, buscar a construção de novas instituições, reaver aquilo que já havia se esquecido e fazer a experimentação social. Tudo isso com o objetivo de um dia formar um novo paradigma social e humano, o qual implica uma maior consideração pelos outros.

3. Introdução

A Constituição Federal de 1988 garante a todo cidadão brasileiro o direito à saúde. Desta forma, através do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas Leis nº 8080/90 e nº 8142/ 92, o atendimento público obrigatório a todos os cidadãos passou a oferecer a realização integrada das ações assistenciais e atividades preventivas em saúde.

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o SUS pode ser definido da seguinte forma:

Sistema público de saúde, nacional e de caráter universal, com base na concepção de saúde como direito de cidadania e que tem as diretrizes organizativas de: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; integralidade do atendimento; e participação da comunidade (BRASIL, 2009a, p. 32).

Estima-se que todos os brasileiros usam o SUS de alguma forma. As inúmeras redes e serviços desenvolvidos na área epidemiológica, sanitária, saúde do trabalhador, vigilância ambiental, promoção de saúde, situação de saúde, entre outras, atingem a vida cotidiana de todos nós, ainda que a noção predominante seja a de um sistema puramente assistencialista e voltado às classes econômicas menos favorecidas. Atividades como a fiscalização sanitária em estabelecimentos alimentícios, ou vistorias urbanas contra o mosquito da dengue, são algumas das atividades prestadas, mas que, na maioria das vezes, não são notadas pela população em geral. As diferentes áreas de atuação da saúde pública buscam, por intermédio de normas e metas pré-estabelecidas, ofertar um trabalho que garanta os princípios que dão base ao sistema: a universalidade, a equidade e a integralidade.

O conceito de saúde, porém, vem ao longo do tempo recebendo diversas denominações. A Organização Mundial de Saúde (OMS), desde sua criação no pós-guerra em

1946, concebe saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (OMS, 1946). Ou seja, não se trata apenas da ausência de doença ou enfermidade.

No entanto, essa definição vem sendo questionada por diversas áreas das ciências da saúde. Dejours *et al.* (1993), por exemplo, demonstram que este “estado” é na verdade um objetivo a ser alcançado, e que este “completo bem estar” é apenas uma ilusão. Do ponto de vista fisiológico, sabemos que os organismos estão em constantes mudanças, com alterações em seus diversos ciclos naturais ao longo da vida, ou seja, equilíbrios e desequilíbrios. Não há uma situação de estabilidade total num organismo vivo. Da mesma forma, na área psíquica, por exemplo, uma angústia pode afetar o homem em suas atividades rotineiras, sem que signifique, necessariamente, uma ameaça à sua saúde mental. Tais questões demonstram complexas vertentes no modo de entender o que se denomina “saúde”.

Muitos outros fatores devem ser considerados quando se trata desse tema, como as condições históricas, econômicas, ambientais e, certamente, aquelas realizadas individualmente ou em família. Nesse sentido, a Lei Orgânica de Saúde de 1990 afirma que:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 2011a, p. 42).

Nota-se, desta forma, que a saúde, a doença e o cuidado são fenômenos sociais, sendo influenciados pelo tempo, locais e culturas, permitindo afirmar que a organização e as ações de saúde, juntamente com as redes de apoio social, precisam de planejamento e gestão voltados à necessidade de cada comunidade em particular (CRUZ, 2011).

Reconhecer tais necessidades na área de saúde não é tarefa fácil, uma vez que o indivíduo possa, numa visão hospitalocêntrica, considerar a falta de hospitais e tecnologias em saúde mais importantes que os elementos pertencentes à promoção da saúde, tais como a necessidade de programas de prevenção a doenças, saneamento básico, entre outros (BALESTRIN; BARROS, 2009).

Muitas mudanças aconteceram na última década no perfil demográfico e epidemiológico do Brasil. O cenário encontrado atualmente na saúde pública brasileira é bastante dinâmico e complexo, exigindo, por isso, que a situação de saúde da população seja analisada continuamente. Tal análise permite fornecer orientações importantes para a tomada de decisões das diferentes esferas que realizam a gestão do SUS, contribuindo na redefinição de prioridades, exploração e previsão de novos cenários e avaliação das propostas de

intervenção já utilizadas (BRASIL, 2011b). A padronização de metas nacionais em saúde pública pode facilitar a organização do serviço, com planilhas e relatórios padrões. Porém, a realidade local pode não favorecer o cumprimento de tais objetivos.

Não existe atualmente um conceito de saúde cientificamente fundamentado, isto é, não há uma forma conceitual definitiva que possa ser generalizada e aplicada segundo um modelo padrão. Diferentes tipos de pessoas, com seus valores e modos de se relacionar com a vida, podem apresentar visões opostas sobre o mesmo tema. Isso porque saúde e doença ocupam lugares distintos na vida de cada indivíduo segundo as suas experiências pessoais, as quais dificilmente serão completamente expressas através da linguagem, com definições precisas (CZERESNIA *et al.*, 2013).

O profissional atuante em saúde pública fica muitas vezes preso a padrões e estratégias definidas pelo sistema, deixando as necessidades individuais/familiares dos usuários sem respostas. Tal fato pode ter relação com o distanciamento entre as metas propostas pelo modelo de assistência à saúde e as reais necessidades da população.

Dado o panorama exposto até aqui, complexo e multifacetado, cumpre assinalar a necessidade de continuados estudos acerca de suas diferentes dimensões, seja num plano macro, seja num plano micro, como o que por hora é apresentado.

Esta pesquisa teve como objetivo geral analisar as concepções de saúde e o cotidiano assistencial dos usuários do serviço público de saúde em um município de pequeno porte no sul de Minas. Os objetivos específicos foram: conhecer as práticas de assistência à saúde prestadas aos moradores do município em estudo; identificar as concepções de saúde dos usuários e profissionais do sistema municipal de saúde, e apontar as prioridades dos usuários a serem trabalhadas pelo serviço de saúde pública.

As hipóteses levantadas foram as de que as diferentes concepções de saúde não são levadas em consideração pelas ações e serviços prestados no âmbito da saúde pública municipal; o modelo assistencial curativo é tido como primordial ao sistema, desconsiderando práticas de humanização e cuidado nos serviços prestados aos usuários e de que ainda que existam programas de incentivo à promoção e prevenção em saúde, as estratégias propostas atualmente pelo serviço público favorecem o modelo “hospitalocêntrico”, desconsiderando as reais necessidades dos indivíduos/família.

O município de estudo está situado no Sul de Minas Gerais, com equipe de saúde pública atuante e cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Possui atualmente uma população inferior a três mil habitantes, sendo 62,61% moradores da zona urbana. Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é classificado como médio,

sendo a renda per capita média do município de R\$ 442,98 (ADHB, 2013). Dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) demonstram que, neste município, as principais causas de internação no ano de 2009 foram: 7,1% por transtornos mentais e comportamentais, 8,7% por neoplasias, 12,7% por doenças do aparelho digestivo, 14,3% por doenças do aparelho respiratório e 19,8% por gravidez, parto e puerpério.

O levantamento de dados foi realizado por meio de pesquisa etnográfica, a qual envolveu entrevistas abertas e gravadas em local privativo, definido pelo entrevistado, observação participante, e análise documental. O diário de campo foi utilizado como forma de registro dos fatos².

A observação direta aconteceu nas duas únicas unidades básicas de saúde presentes no município de estudo, em dias e horários diversos, em eventos de promoção da saúde e em visitas domiciliares realizadas pelos profissionais, sempre que permitido ou convidado pelos moradores. A diversidade de ambientes permitiu perceber as diferentes relações dos usuários com o atual modelo de saúde.

Os indivíduos entrevistados foram escolhidos aleatoriamente, de maneira a garantir a diversidade de usuários do sistema público de saúde municipal, incluindo diferentes faixas etárias, locais de moradia, níveis de instrução, sexo, entre outros. Foram incluídos na pesquisa usuários do sistema único de saúde que utilizam os serviços do município em estudo e/ou usuários que residem no local de estudo, mas que utilizam serviços disponíveis apenas em centros maiores de saúde, os quais não são disponíveis no município. Não fizeram parte do estudo usuários menores de idade sem responsável familiar, usuários que não dependem do SUS para assistência médica, e moradores locais com tempo inferior a um ano de residência no município. As perguntas realizadas incluíram temas gerais como: 1- Qual o significado da palavra “saúde” para você?; 2- Como você utiliza os serviços públicos de saúde em seu município?; 3- Como você cuida da sua saúde e de sua família?; 4- Como você avalia os profissionais de saúde da sua cidade?; 5- Quais os principais eventos promovidos pelo setor de saúde na sua cidade?; 6- Quais são as suas maiores dificuldades enfrentadas nos serviços de saúde?; 7- Quais as suas sugestões de melhoria para os serviços de saúde da sua cidade? Após esta etapa, a qual aconteceu durante a permanência em campo, as entrevistas foram transcritas e analisadas.

² Após aprovação deste projeto pelo secretário de saúde do município em estudo e pelo comitê da ética em pesquisas da Faculdade de Medicina de Itajubá, sob o parecer de número 618.702, a pesquisa pôde ser iniciada.

Os profissionais atuantes no sistema público de saúde municipal foram entrevistados de acordo com a disponibilidade durante a rotina dos serviços prestados à população, de acordo com as situações vivenciadas pelo pesquisador em campo. Abordagens individuais e coletivas foram realizadas, objetivando, de maneira geral, saber: Como funcionam as unidades de saúde municipais? Quais e quantos profissionais prestam atendimento? Como acontecem as rotinas de prestação de serviços? Qual a sua percepção profissional sobre o sistema de saúde municipal? Em qual área você atua? Como é a realização do seu serviço?

Por tratar-se de pesquisa qualitativa etnográfica, as amostras foram determinadas por saturação. Dentre todas as entrevistas e experiências cotidianas vividas, foram abordadas no trabalho aquelas que demonstraram maior relevância em relação aos objetivos propostos neste estudo.

Optou-se por este método de pesquisa após aplicação de questionário semiestruturado utilizado como teste inicial. Uma moradora local foi informada verbalmente sobre a pesquisa e aceitou realizar uma entrevista semiaberta e gravada. O roteiro da entrevista abordou questões sobre o conceito de saúde sob o ponto de vista individual da entrevistada, suas maneiras de garantir a saúde, sua avaliação dos serviços públicos de saúde prestados no município, entre outros pontos. Após análise dessa entrevista, concluiu-se a necessidade de melhor adequação do modelo de estudo. Os dados obtidos nesta fase foram bastante superficiais, o que pode estar relacionado à grande diversidade de modos de interação dos usuários com o sistema público de saúde.

Os cuidados éticos tomados incluíram emprego do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice), o qual foi assinado pelos usuários participantes da pesquisa. Todos os dados tiveram caráter confidencial, e seu uso foi restrito ao desenvolvimento do trabalho. Ainda no que se refere à dimensão ética, os nomes de profissionais, dos usuários do sistema, bem como do próprio município, aqui dispostos, são fictícios.

A etnografia envolve uma série de dados a serem analisados continuamente, uma vez que vários instrumentos podem ser utilizados para validar as observações realizadas em campo e anotadas no diário de pesquisa, como entrevistas, conversas informais, práticas assistenciais, além da análise de documentos. Por isso, durante todo o percurso da pesquisa, aconteceu a interpretação do significado e da função das ações desenvolvidas pelo grupo em estudo, de forma descritiva interpretativa.

Em se tratando da etnografia em si, este tipo de estudo visa à descrição de um grupo social, com foco no sentido coletivo (ANGROSINO, 2009). Como afirma Magnani (2002), a etnografia não se caracteriza pela busca incessante por detalhes, mas pela atenção que lhes é

dada, em certo momento, quando uma nova configuração dos fragmentos em um todo aponta a pista para uma nova forma de entendimento. Para os pesquisadores da área, a análise de dados deve ser realizada de forma simultânea e progressiva, o que faz com que o pesquisador atente-se, durante os diversos estágios a novos questionamentos apontados pelos diversos dados coletados (SPRADLEY, 1979 apud GUALDA, 1997).

O pensar e o repensar sobre as palavras das pessoas, suas ações e interações com o sistema de saúde, certamente ajudou na compreensão do processo saúde-doença. Além disso, a articulação entre o atual trabalho e outros estudos de pesquisadores renomados na área foram fundamentais nesta etapa. Autores como Angrosino (2009), Beaud e Weber (2007) e Martucci (2001) ajudaram neste processo.

Neste trabalho, após o referencial teórico, as análises dos dados foram separadas e discutidas em três partes principais. Intitulada “O cotidiano assistencial no município”, a primeira parte apresenta discussões sobre o cotidiano dos moradores locais que buscam apoio nas unidades básicas de saúde, descrevendo características específicas do sistema municipal de saúde e apresentando relatos dos profissionais que atuam neste setor. Na segunda parte, chamada de “O poder de voz do grupo”, são apresentados os relatos das pré-conferências municipais de saúde e da Conferência Municipal de Saúde, as quais buscam ouvir a população sobre suas necessidades em saúde, permitindo abordar o conceito de saúde sob a perspectiva de grupo. Na terceira e última parte, “Quando o indivíduo fala: ações e percepções em saúde”, o conceito de saúde é apresentado sob a forma de relatos individuais dos moradores, os quais demonstram a pluralidade de maneiras de lidar com o tema. Por este motivo, diversos itens subdividem esta parte do trabalho.

Desta forma, o cotidiano dos usuários do SUS municipal demonstrado por suas falas e atitudes, pode favorecer a adequação dos métodos e facilitar a proposição de ações que melhor atendam a realidades tão específicas. Além disso, conhecer as percepções individuais/familiares torna-se fundamental no fortalecimento das relações entre o serviço de saúde e seus usuários, permitindo a melhoria das estratégias utilizadas na promoção e recuperação da saúde. A interação entre os profissionais da área e os usuários do SUS, levando em consideração suas concepções acerca da temática saúde, torna-se necessária para que possa ocorrer o planejamento e a execução de ações que garantam a qualidade de vida da comunidade.

3.1. Saúde: da singularidade à pluralidade

Cada profissional da área acadêmica seja ele da área biomédica ou não, ou mesmo um indivíduo comum, seria capaz de definir saúde de forma diferente. Experiências de vida, condição social, formação acadêmica, crença, diversos fatores podem ser levados em consideração por cada homem na formulação de sua teoria...

“Deixa eu descansar um pouco pra poder medir a pressão. Já suei uma camisa hoje! Ah, pra mim a saúde é isso! A gente não pode para de trabalhar não, né fio?” – Sr. Vilmar, 86 anos, trabalhador rural.³

Assim, desde a antiguidade busca-se respostas a tal questão. A ausência de saúde era explicada pela ação de espíritos maus que agiam devido ao pecado pessoal ou maldição divina. Cada povo, com suas crenças e tradições, buscava explicações aos fenômenos que afetavam o corpo e a alma. Comumente, essa busca passava por ritos religiosos (SCLIAR, 2007).

Hipócrates (460-377 a.C), considerado o pai da medicina, propôs uma visão diferente daquela trazida pelo modelo mágico-religioso. Considerando a presença de quatro fluidos corporais, relacionava a saúde ao equilíbrio destes elementos no corpo. A observação empírica era valorizada na explicação dos processos de doença, sendo os fatores ambientais já destacados em seus textos como agravantes neste processo (SCLIAR, 2007; ALMEIDA FILHO, 2011).

Diversos outros estudiosos apresentaram ao longo do tempo suas proposições explicativas aos processos saúde-doença. Galeno (129-199), numa visão complementar a de Hipócrates, considerou o temperamento humano como elemento essencial à saúde, relacionando o desequilíbrio aos hábitos de vida e constituição física. A visão oriental, por sua vez, apontava que as forças vitais existentes no corpo deveriam atuar de forma harmoniosa para que a doença não ocorresse. Para Paracelsus (1493-1541), os agentes externos eram responsáveis por afetar o organismo, considerando a necessidade de remédios químicos na cura dos pacientes (SCLIAR, 2007).

Com o contínuo avanço da ciência, no final do século XIX, Louis Pasteur (1822-1895) revolucionou os estudos em medicina. Contrariando a Teoria da Abiogênese (a qual propunha

³ Os fragmentos de relatos apresentados no decorrer do texto serão discutidos posteriormente, nas análises de dados.

que os seres vivos brotavam da matéria em decomposição), afirmou a existência de micro-organismos nos mais diversos ambientes. Relacionou assim a existência destes seres microscópicos à causa de diversas doenças, possibilitando estudos posteriores e o desenvolvimento de soros e vacinas.

Neste mesmo período, a epidemiologia surgia como importante área do conhecimento. Com a Revolução Industrial e o crescente aumento das cidades, o agravamento das dificuldades enfrentadas pela população ficava cada vez mais evidente. Ambientes insalubres com acúmulo de dejetos eram tidos como causas de doenças que afetavam muitas pessoas, a chamada teoria miasmática. John Snow (1813-1858), importante médico inglês, contribuiu significativamente com seus estudos do cólera em Londres, relacionando a doença com a ingestão de água contaminada com fezes (BARRETO, 1990).

No entanto, no final deste mesmo século, um período crítico dificulta a consolidação da área epidemiológica. A investigação experimental centrada nas propostas da área biológica trazida por Claude Bernard ignora a importância do modelo observacional proposto anteriormente. O conceito de unicausalidade, ou seja, um agente específico para cada doença, é aceito mesmo que temporariamente. Apenas com o surgimento da ecologia como disciplina, tal modelo demonstra-se insuficiente, com a fundamentação da teoria ecológica das doenças infecciosas. Esta teoria propunha que a interação do agente com o hospedeiro ocorre em ambientes marcados por elementos de ordens distintas, como os físicos, químicos e biológicos (BARRETO, 1990).

Mesmo no decorrer de tantos outros modelos explicativos e complementares na área, em nenhum momento foi possível definir certamente o termo saúde. Desta forma, um consenso entre Nações fazia-se necessário e, por isso, no ano de 1946 a Constituição da Organização Mundial de Saúde afirmava sua definição ao termo. Motivo de críticas por diversos autores, ainda hoje este tema evoca discussões e exige maiores reflexões.

No Brasil, de acordo com o relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986, p. 382), houve a aprovação do conceito de saúde como um direito. Aqui saúde significa:

(...) a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida, e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

Vale destacar, no entanto, que se trata de oferecer tais condições de vida, respeitando a individualidade de seus cidadãos, ao quinto país mais populoso do planeta, com amplas desigualdades geográficas e sociais nas taxas de mortalidade e morbidade.

Um conceito de saúde firmado sob a forma de lei ou alicerçado em estudos científicos de renomados pesquisadores seria capaz de englobar tantas diferenças (étnicas, culturais, territoriais etc.) e ainda assim garantir a “mesma saúde” a todos os seus beneficiários?

Segundo Almeida Filho (2011, p. 25):

Saúde designa um conceito de grande interesse científico e filosófico, tanto quanto noções do discurso comum, centrais para o imaginário social contemporâneo. A saúde constitui um objeto complexo, referenciado por meio de conceitos (pela linguagem comum e pela filosofia do conhecimento), apreensível empiricamente (pelas ciências biológicas e, em particular, pelas ciências clínicas), analisável (no plano lógico, matemático e probabilístico, pela epidemiologia) e perceptível por seus efeitos sobre as condições de vida dos sujeitos (pelas ciências sociais e humanas).

Para este autor, diversas visões podem compreender aspectos diferentes nesta conceituação, levando em consideração outras teorias já propostas à explicação do tema. No entanto, os pesquisadores atuais não têm conseguido produzir referenciais teóricos e metodológicos referentes ao assunto, com forte agravo pelo desinteresse das disciplinas que compõem este campo em buscar novas formas de compreender tal objeto. Por isso, afirma a impossibilidade de referência ao tema de modo singular, uma vez que existem várias “saúdes”, considerando sua diversidade conceitual e metodológica.

Czeresnia (1999, p. 703) afirma que “(...) *scientific medical discourse does not contemplate the broader signification of health and falling ill. Health is not an object that can be constrained within the field of objective knowledge. It does not translate into scientific concept*”⁴. Para ela, a doença e a saúde são formas de manifestação da vida, vivenciadas por experiências únicas e subjetivas. O reconhecimento de tais fenômenos não pode, por isso, ganhar significado completo baseado somente em palavras. A tensão surge justamente no confronto entre a subjetividade da doença versus a objetividade dos conceitos, os quais tendem a buscar significados e novas maneiras de lidar com tal experiência.

⁴ O discurso médico científico não contempla significações mais amplas de saúde e adoecimento. Saúde não é um objeto que pode ser restrito apenas ao campo do conhecimento objetivo. Ele não se traduz em conceito científico. (Livre tradução)

3.2. O Sistema público de saúde no Brasil e suas ações práticas

A preocupação em ajudar outra pessoa marcou o início das ações de saúde em território brasileiro. Instituições e profissionais de medicina dedicavam-se ao atendimento clínico e humanitário, sem remuneração, na tentativa de assegurar aquilo que é tido como bem maior de um ser humano. O Estado fazia-se presente apenas em situações epidêmicas, com disponibilização de vacinas e saneamento básico, ou em cuidar de pacientes com determinadas doenças negligenciadas, como hanseníase e tuberculose, por exemplo. Situações de emergência e internações foram possíveis somente algum tempo depois (CARVALHO, 2013).

Este sistema chamado de Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal (CF) de 1988 é resultado de muitas lutas do Movimento de Reforma Sanitária, representado por diversos segmentos da sociedade. Com a finalidade de reduzir a desigualdade na assistência à saúde populacional, o SUS passou a garantir a todo cidadão um serviço gratuito, financiado através dos impostos pagos ao governo.

“Graças a Deus o Rafael é uma criança normal. A saúde dele é ótima! Tem esse chiado no peito, mas é pela dificuldade da deglutição. Mas nisso a fisio ajuda muito! Aliás, todos os profissionais que cuidam dele são ótimos! Os motoristas também. Pagar tudo isso só se eu fosse muito rica! (risos)” – Luciana, mãe de paciente de quatro anos com paralisia cerebral que utiliza várias áreas do sistema público de saúde.

Para que o atual sistema de saúde público utilizado por inúmeros brasileiros hoje fosse possível, grandes mudanças tiveram que ocorrer. Apesar de ser um sistema de máxima importância ao país, com resultados que beneficiam milhares de pessoas, antigos problemas como a burocratização, a falta de unidades com estrutura física adequada, a falta de profissionais de saúde, entre outros, ainda persistem na tentativa de garantir a universalidade do sistema (BRASIL, 2009b).

A busca de outros princípios doutrinários, como a integralidade, também traz seus desafios na tentativa de atender às necessidades específicas de indivíduos ou grupos, mesmo que estes se apresentem como minoria. Para isso, Ayres (2013, p. 29) propõe tal conceito sob um novo ponto de vista:

A integralidade é a busca de incorporar de fato a perspectiva do Cuidado nas práticas, é o assumir radicalmente a diversidade de sentidos e abertura de possibilidades nas situações particulares em que os corpos e histórias, de

indivíduos e populações, reclamam a técnica para a construção de seus projetos de felicidade.

Diferente da visão fragmentada de um estudo de doença baseado em anatomopatologia, sem incluir o homem em sua integridade, como criticamente apresenta Foucault em “O Nascimento da Clínica”, Ayres (2013, p.28) aponta que a integralidade na atenção à saúde exige o conhecimento de “pessoas inteiras, com corpos que têm histórias e histórias que se constroem com seus corpos”. Por isso, traz a impossibilidade da criação de “cardápios” que tragam às necessidades de saúde, exclusivos, sejam eles direcionados a minorias ou não.

Outros temas não menos complexos dificultam a assistência do serviço público de saúde, como os recursos financeiros insuficientes, a fragmentação do sistema, entre outros. A cultura sanitária da população em geral e dos servidores da área em relacionar a produção de saúde à necessidade de acesso e consumo de medicamentos, exames e serviços médico-hospitalares em geral, aumentam ainda mais os desafios de uma assistência de qualidade aos cidadãos, como apresentado por Pasche (2013).

“Essa semana eu vim da farmácia com uma sacola cheia de remédios. E pensar que eu tenho que engolir tudo dentro de um mês né? (risos) Devia existir um que fizesse efeito pra tudo! Ai a saúde ficava boa né gente?” – Carmen, paciente em tratamento na área de cardiologia.

No entanto, mesmo com tantos obstáculos impostos ao SUS, uma grande oferta de serviços nos mais diferentes segmentos da área em saúde é realizada diariamente ao longo de seus vinte e cinco anos de existência. E ainda assim, a cada dia o serviço público parece menos acessível, com mais gente “na fila”, com soluções parciais.

Não estariam as práticas assistenciais ofertadas pelo sistema reforçando a atual cultura sanitária? Pinheiro *et al.* (2013, p. 36) trazem uma abordagem importante sobre as demandas em saúde:

É interessante observar que os modelos explicativos predominantes para definir demandas (sejam pautados na racionalidade econômica, sejam pautados na racionalidade biomédica) apresentam um traço em comum: a redução do sujeito pela objetivação da doença, desconsiderando os contextos em que se inserem, cujas respostas só podem ser elaboradas a partir dos conhecimentos especializados advindos das duas racionalidades. Parece-nos que os “problemas de saúde”, ao serem definidos a partir de critérios objetivos e quantificáveis, têm nas doenças a face concreta como “reais

necessidades de saúde” da população – portanto, os “reais” motivos dos usuários procurarem os serviços de saúde.

Como exemplo desta demanda favorecida pelo sistema, podem ser citadas as metas propostas pelo sistema público de saúde, em especial aquelas propostas pela área de vigilância em saúde, as quais garantem que o serviço não deixe de ser realizado pelos municípios, a quem cabe a responsabilidade local dos serviços prestados.

No ano de 2006, os gestores assumiram o compromisso público firmado através do chamado “Pacto pela Saúde”, uma série de responsabilidades baseadas nos princípios que norteiam o SUS, ao analisar a situação de saúde do país e de acordo com as prioridades de cada esfera governamental (BRASIL, 2009b).

Inserida neste pacto, a vigilância em saúde é uma área específica do sistema, que abrange diferentes áreas, como a vigilância epidemiológica, a ambiental, a saúde do trabalhador, a sanitária, a promoção e a situação de saúde. Seu principal objetivo é:

A observação e análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde (BRASIL, 2009b, p. 15).

Pensando em nortear as ações a serem cumpridas pelos profissionais integrantes desta área, a Secretaria de Estado de Saúde (SES) de Minas Gerais lançou em 2012, o “Instrutivo para a Execução e Avaliação das Ações de Vigilância em Saúde”. Esta publicação traz as metas a serem cumpridas quadrimestralmente pelos municípios, as quais foram propostas pelas equipes técnicas de todas as áreas da Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde (SubVPS) da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, e que são avaliadas pela Superintendência Regional de Saúde de cada região.

No entanto, algumas metas propostas merecem melhor atenção e discussão de suas finalidades. Por exemplo, na área temática de “promoção de saúde”, o município deve realizar, minimamente, uma notificação mensal de violência doméstica, sexual e/ou outras violências atendidas nos serviços de saúde por meio da ficha de notificação específica para este agravo (GOMES *et al.*, 2012). Desta forma, um questionamento inicial é destacado: a notificação de casos de violência constitui uma atividade de promoção à saúde da população?

Em segunda edição deste instrutivo publicada no ano de 2013, algumas metas estipuladas foram revistas e alteradas. No entanto, aquelas de maior importância nesta mesma

área de “promoção de saúde” deixaram de ser consideradas como metas. Para exemplificar, anteriormente, o município deveria realizar ações de promoção da saúde da criança e do adolescente nas escolas do território de Atenção Primária à Saúde enfocando alimentação saudável, práticas corporais e saúde reprodutiva (GOMES *et al.*, 2012). Hoje, tal meta já não faz parte das atividades a serem cumpridas pela equipe atuante na vigilância em saúde municipal.

Como afirma Czeresnia (1999, p. 702):

One issue is that public health defines itself as responsible for promoting health, while its practices are organized around disease concepts. Another is that its practices tend not to consider the distance between the concept of disease (a mental construct) and falling ill (a lived experience), thus substituting one for the other. Concepts of disease shape specific forms of intervention. The concept of disease is used not only as if it could speak for the concrete fact of falling ill. Most importantly, it produces concrete practices that are represented as able to respond to the latter in its entirety.⁵

Observa-se nos exemplos citados e em outros que também compõem a área de vigilância em saúde, a necessidade de rever e propor medidas que auxiliem na redefinição de metas, com o objetivo de manter um serviço público que cuide e preocupe-se efetivamente com a saúde da população. Como afirmam Santos e Rigotto (2010, p. 404): “os projetos de saúde nascem das necessidades de saúde da comunidade, e não de programas verticais que vêm do ‘nível central’ para a ‘ponta’”.

3.3. Muitos conceitos, um objetivo

Com grande frequência observa-se a utilização de termos específicos nos trabalhos da área da saúde como, por exemplo: promoção em saúde, prevenção, saúde pública, saúde coletiva. Tais termos tendem a gerar conflitos de compreensão no público em geral, uma vez que são utilizados em contextos amplos e que nem sempre deixam claro sua definição e aplicabilidade. Desta forma, este item tem o objetivo de discutir a origem de tais termos, bem como seus pontos de conexão no amplo cenário do sistema de saúde.

⁵ Um problema é que a saúde pública se define como responsável por promover saúde, enquanto suas práticas são organizadas ao redor de conceitos de doenças. Outra questão é que suas práticas tendem a não considerar a distância entre o conceito de doença (uma construção mental) e de adoecimento (uma experiência vivida), assim substituindo-os um pelo outro. Conceitos de doença definem formas específicas de intervenção. O conceito de doença é usado não somente como se pudesse falar pelo fato concreto de adoecer. Mais importante, ele produz práticas concretas que são representadas como capazes de responder a este último em sua totalidade. (Livre tradução)

“Eles vêm para cá quando eles estão doentes para ter assistência médica, essa é a visão deles! Eles não têm aquela coisa: ah, eu tenho que cuidar antes da doença chegar! Eu tenho que procurar o posto pra ter uma rotina de prevenção para que eu não fique doente (...)” – Enfermeira do PSF municipal.

“(...) Acho que aqui no município as pessoas têm tudo muito fácil e então eles não se preocupam tanto em prevenção. Tipo assim: ah, eu sou diabético, então eu vou fazer uma atividade física, vou procurar um nutricionista... não, eu quero é remédio, é passar no endócrino!” – Agente comunitário de saúde.

Segundo Arouca (1975), o período que compreende entre 1920 e 1950 foi marcado pelo surgimento de uma medicina chamada preventiva, no Canadá, EUA e Inglaterra. Tal fato deve-se a uma visão crítica em relação à medicina curativa até então empregada, e reforçada principalmente nas escolas formadoras de novos profissionais médicos. Estes profissionais deveriam ter consciência da necessidade de uma humanização nas atividades exercidas, as quais buscassem meios de promover saúde e prevenir doenças. O discurso de higiene ganhou notoriedade neste desenvolvimento de uma nova forma de entendimento da prática médica.

O termo “**prevenção**” surge com os sanitaristas Leavell e Clark (1965), quando desenvolveram o modelo da “história natural do processo saúde e doença” a partir das relações entre hospedeiro, agente e meio ambiente, a chamada “tríade ecológica”. A prevenção deveria firmar-se em maneiras práticas de intervir e evitar a progressão de cada doença em particular, de acordo com um dos três níveis de aplicações preventivas passíveis de serem adotadas: primário (aplicado na pré-patogênese), secundário (objetiva o diagnóstico, o tratamento precoce e a limitação da invalidez) ou terciário (ações de reabilitação). A promoção de saúde aparece inserida no nível de prevenção primário, com medidas educativas que objetivam o bem-estar e a resistência a nível individual e a necessidade de manutenção dos ambientes limpos a fim de evitar o aparecimento de possíveis causadores de doenças (agentes etiológicos) (WESTPHAL, 2012).

Tais práticas de prevenção ainda são comuns na rotina dos serviços de saúde pública atuais. As campanhas anuais de vacinação são exemplos de atividades em atenção primária, na qual o objetivo é impedir o adoecimento do indivíduo por meio de uma ação específica. Campanhas em massa são veiculadas na mídia, demonstrando o interesse do Estado em manter “saudável” a população. Exames preventivos para detecção de câncer de útero, os

chamados popularmente de “preventivos” encaixam-se nas atividades do nível secundário, com o objetivo de evitar o agravamento dos casos já confirmados e conseguir propor meios de intervenção às portadoras da doença em questão. A nível terciário, a reintegração de um trabalhador acidentado em uma empresa a suas atividades representa a conquista dos serviços prestados a um indivíduo que ainda pode voltar a exercer suas funções.

A afirmação da capacidade do conhecimento do médico como superior às demais aparece inserida na maneira de “ensinar” a população como obter uma boa saúde, segundo tal modelo proposto por Leavell e Clark (1965). Além disso, a afirmação do positivismo na maneira de compreender as doenças pelo determinismo causal é outra consequência observada ainda nos dias atuais (CZERESNIA *et al.*, 2013).

“**Promoção de saúde**” foi a expressão utilizada primeiramente por Henry Sigerist no início do século XX, definindo quatro funções da prática médica: promoção da saúde, prevenção de doenças, restabelecimento do doente e reabilitação (DEMARZO, 2011). O marco conceitual deste termo aconteceu em 1986, na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com a aprovação da Carta de Ottawa. Tal carta traz a seguinte definição ao termo:

(...) 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. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, 2002, p. 19-20).

O embasamento do texto em um conceito amplo de saúde considera como pré-requisitos para a conquista desse bem, a paz, a habitação, a educação, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e a equidade, ou seja, demonstra a necessidade de uma intersectorialidade ao tratar deste assunto.

Além deste encontro ocorrido em Ottawa, alguns outros também aconteceram com o objetivo de discutir a promoção de saúde, contribuindo significativamente na ampliação dos campos de atuação e proposição de novos objetivos (BRASIL, 2002). Porém, ainda que avanços tenham sido notados após estes encontros, a noção de uma busca pelo “bem-estar perfeito” ainda aparece como ideia dominante e romantizada. Ao pensar a questão da saúde

humana ligada a pré-requisitos, as desigualdades sociais vinculadas a cada um deles demonstram o quanto seria impossível propor um “modelo saudável” à população.

Westphal (2012) afirma que, no Brasil, alguns críticos da promoção de saúde afirmam que além de uma prática importada (tem suas origens no sistema de saúde canadense em 1970) e prescritiva, seus conhecimentos e práticas são organizados em torno de perspectivas neoliberais e conservadoras. Trazem consigo a falsa impressão de escolhas “livres”, que na verdade são baseadas numa lógica de mercado. A responsabilidade por parte do Estado é cada vez menor, enquanto a dos indivíduos aumenta, sendo considerada, por este motivo, como “imperialista em saúde” ao definir estilos de vida baseados em padrões saudáveis. Em contrapartida, diversos profissionais ainda defendem tal modelo como uma estratégia de prevenção primária, tendo nos trabalhos da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde da OMS sua importância relacionada à busca do enfrentamento das iniquidades sociais no amplo campo da saúde.

Nota-se nesta indefinição de termos, que muitos esforços têm sido necessários ao repensar as práticas de saúde tradicionais. Levar a população a “buscar” saúde depende de esforços conjuntos entre indivíduos-profissionais-governo. Isso porque, de maneira isolada, cada um dos lados deste tripé tende a considerar aquilo que demande menos esforço e mais resultados. A junção de conhecimentos, os quais levem em consideração a voz daqueles que dependem unicamente do sistema público de saúde, é ainda mais importante. De que adianta promover práticas de alimentação saudável sem considerar as possibilidades de alimentação da população?

“Mas tem muita gente, como na minha área, é diabético. Deve comer verdura, fruta, isso... mas não tem! Não tem condição, então ela come o que ela tem. E isso vai influenciar na saúde dela. Nem sempre o que ela tem é o que ela precisava. Eu acho que isso acontece muito, principalmente na minha área. Porque é uma área que tem muito diabético, hipertenso e tá concentrado em poucas famílias e às vezes por falta de recursos...” – Agente comunitário de saúde.

Desta forma, para Czeresnia *et al.* (2013, p. 71):

Apesar de constituírem conceitos bem distintos, na prática se torna difícil diferenciar ações de prevenção e de promoção, pois o conhecimento especializado na área da saúde se vale das técnicas e conceitos preventivos e de controle de doenças, tais como transmissão e risco. A diferença entre uma

postura preventiva ou de promoção da saúde se afirma nos modos de articulação com outros setores, conhecimentos e saberes.

Vale pensar, por isso, qual seria o papel da saúde coletiva neste cenário marcado por práticas conhecidas como de promoção/prevenção em saúde? No que esta se difere da saúde pública?

Nunes (2012) aponta que com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde, em meados dos anos 50 do século XX, as origens da saúde coletiva foram discutidas com base no projeto preventivista. Após tantas críticas ao modelo biomédico tradicional, surgem departamentos de medicina preventiva e social nas escolas médicas, com disciplinas amplas como a epidemiologia, a bioestatística etc. Em tais disciplinas, os fatores biopsicossociais dos indivíduos passam a ser levados em consideração e a atuação de ensino fora do hospital é finalmente instalada. No Brasil, os anos de 1970 representam a instalação formal deste tipo de saúde, com a formação de novos recursos humanos, avanço das áreas sociais em saúde e no financiamento de projetos.

O trabalho de Arouca (1975) serviu de base importante neste processo de surgimento da medicina social: “Não se trata mais do encontro do médico com o paciente em sua dimensão punctual de caso clínico. O discurso preventivista proclama o encontro do médico com o homem, no pleno espaço e tempo de sua vida” (AROUCA, 1975, p. 18). Para este autor, a necessidade da universalidade do cuidado à saúde a nível individual no cotidiano é, no discurso preventivista, uma atitude, um ponto que liga à totalidade no interior do campo médico. A medicina precisava firmar-se sobre um novo discurso de “atitude ausente”, sendo necessária a reformulação do ensino médico. Desta forma, mais do que a ideologia trazida pela medicina preventiva, a medicina social deveria trazer transformação prática, com olhar sobre as contradições entre classes sociais.

A declaração de Alta-Ata⁶, no final dos anos 1970, também teve papel de destaque neste caminho percorrido pela saúde coletiva, trazendo questões sobre o direito à saúde a todas as pessoas, as responsabilidades cabíveis ao Estado e instituindo a atenção primária⁷ como porta de entrada no sistema público. No entanto, os planos propostos ainda parecem longe de serem atingidos frente a realidade encontrada na atualidade. De acordo com o item V desta carta:

⁶ Declaração resultante da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, ocorrida em 12 de Setembro de 1978, em Alma-Ata, República do Cazaquistão. Reafirmou a saúde como meta social a nível mundial.

Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social (BRASIL, 2011a, p. 35).

O esperado nível de saúde proposto, no qual todos os indivíduos pudessem viver uma vida social e economicamente produtiva é um mito. A crescente desigualdade prevalece e a precariedade nos serviços de saúde ainda revolta a população frente aos governos. Apesar de formalizada em um documento com importantes contribuições ao repensar o papel do poder público, a saúde ainda exige mais do que resultados formais propostos no papel, ações práticas efetivas.

A criação de cursos de saúde pública e medicina social a nível *stricto sensu* numa lógica de pensamento reestruturador, neste mesmo período da declaração de Alma-Ata, propôs novas maneiras de pensar o agir em saúde, que ao nível de ciências da saúde denominou uma nova área: a Saúde Coletiva (NUNES, 2012).

No ano de 1979 surge a ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), mobilizando estudantes, profissionais, professores etc. que em comum, tinham o interesse em apoiar os centros de treinamento, ensino e pesquisa nesta área do conhecimento, favorecendo o diálogo da comunidade científica com os serviços de saúde, com as organizações (governamentais ou não) e a sociedade civil (ABRASCO, 2014). Desde o ano de 2011, tal entidade passou a ser chamada de Associação Brasileira de Saúde Coletiva, desenvolvendo eventos importantes no País e divulgando conhecimentos na área.

Nunes (2012) aponta que mesmo com uma ordem cronológica dos fatos históricos que marcam o caminho percorrido por esta área do conhecimento, ainda hoje a saúde coletiva não pode ser definida por um conceito único, pois se trata de um campo que se estrutura sobre práticas e conhecimentos teóricos e políticos. Poderia por isso ser vista como um mosaico, ou seja, um espaço que exige um arranjo interdisciplinar e um conjunto de práticas, saberes e conhecimentos que juntos tendem a conhecer e interpretar a realidade de saúde que se deseja conhecer, estudar e, se possível, transformar. O *corpus* teórico trazido pelo núcleo duro das ciências traz a luz necessária ao entendimento dos sujeitos e objetos de estudo do pesquisador,

⁷ Atenção primária refere-se ao primeiro contato da família, usuário ou comunidade com o sistema de saúde. O Programa de Saúde da Família tem grande importância neste cenário.

substituindo o mosaico por um vitral, no qual os problemas passam pelo “filtro” construído pela teoria. Para este autor:

As ideias desenvolvidas até este momento pautam o campo da Saúde Coletiva como extenso e diversificado, refletindo a própria concepção ampliada de saúde em suas inúmeras interfaces (NUNES, 2012, p. 27).

Diferente desta visão trazida pela saúde coletiva, Birman (2005) aponta que a saúde pública tem no final do século XVIII sua constituição como medicina moderna, instituindo seu papel de polícia médica e social, com marcas sobre o investimento político e das enfermidades em dimensão social. As práticas preventivas tiveram origem por meio desta forma de “produção” de saúde, fundamentadas no naturalismo médico que, com respaldo científico, instituiu a medicalização sobre os espaços sociais. Entre outras ações, coube desempenhar seu papel no combate às endemias e epidemias, desempenhando no contexto urbano sua força sanitária. A biologia foi por isso considerada sua base fundadora, impedindo a consideração da especificidade social sobre as comunidades de sua abrangência.

Entre tantos conceitos, percebe-se a complexidade do amplo campo que envolve a saúde humana em todas as suas dimensões. Os mais diversos caminhos e possibilidades levam o homem moderno a reflexões e ações que incidem diretamente sobre suas formas de compreender seu corpo, seu meio, os outros, seus modos de vida. Tudo isso, no entanto, não garante a compreensão daquela que tem sido a “pedra preciosa” da ciência e dos homens, e que apesar de tantas buscas ainda necessita de explicações: a saúde.

3.4. De Foucault a Dona Violeta: um novo modo de olhar, ouvir e estar com o outro

Para o estabelecimento de uma relação entre os diferentes modos de compreensão das maneiras de estudar a saúde humana, primeiramente passamos pela obra de Foucault, “O nascimento da clínica” (1963/2013), como caminho norteador até os modelos clínicos observados na contemporaneidade.

A necessidade em entender os mecanismos biológicos que afetavam partes do corpo, trazendo algum sofrimento aos homens, fez com que a medicina buscasse formas de explicação empírica, por meio do uso de estudos anatômicos, para o esclarecimento do que até então era desconhecido aos olhos. Segundo Foucault (1963/2013, p. XI):

O rejuvenescimento da percepção médica, a iluminação viva das cores e das coisas sob o olhar dos primeiros clínicos não é, entretanto, um mito; no início do século XIX, os médicos descreveram o que, durante séculos, permanecerá abaixo do limiar do visível e do enunciável. Isso não significa que, depois de especular durante muito tempo, eles tenham recomeçado a perceber ou a escutar mais a razão do que a imaginação; mas que a relação entre o visível e o invisível, necessária a todo saber concreto, mudou de estrutura e fez aparecer sob o olhar e na linguagem o que se encontrava aquém e além de seu domínio.

Referir-se ao domínio científico aprendido com as técnicas parecia ter trazido a nova visão necessária à compreensão dos males do corpo. A “janela” aberta agora facilitava a observação dos estudiosos para o novo mundo que guardava os segredos até então escondidos no “baú orgânico”, permitindo trazer à ciência uma lógica explicativa racional.

No entanto, a reciprocidade dos corpos que se encontravam na clínica, ali inexistia. A situação disparadora de diálogo médico-paciente, responsável pela caracterização do corpo presente à sua frente, não trazia todas as respostas às perguntas que desde o século XVIII iniciavam o diálogo: “O que é que você tem?” ou “Onde lhe dói?”.

Não se nega, aqui, a importância do conhecimento anatômico relacionado aos avanços da área médica em geral. Porém, as concepções em torno do corpo são arbitrarias e bastante limitadas. Técnicas de banho ou outras atividades com valor curativo são pressupostos de saúde transformados em verdade pela ciência antiga, trazendo uma leitura limitada do mundo.

A partir deste tipo de conhecimento, a doença passou assim a ser localizada sobre o mapa corporal, onde alterações de estrutura e textura, entre outras, respondiam aos inquéritos médicos: “para conhecer a verdade do fato patológico, o médico deve abstrair o doente (...). Paradoxalmente, o paciente é apenas um fato exterior em relação àquilo de que sofre; a leitura médica só deve tomá-lo em consideração para colocá-lo entre parênteses.” (FOUCAULT, 1963/2013, p.7).

O imaginário médico responsabiliza-se pela anterior suposição da doença trazida pelo homem que busca o alívio de seus males, buscando indicativos da diferenciação entre as doenças verdadeiras e falsas por meio de seus signos. Para perceber a doença, o qualitativo necessitava estar explícito, ou seja, o médico deveria ser capaz de perceber onde há secura, umidade, febre, no paciente e então distinguir cada doença específica.

Neste cenário marcado pela busca incessante à recuperação da saúde humana, o hospital surge como local que dificulta a identificação das doenças, pois nele o paciente tem contato com outras pessoas, o que altera a natureza das doenças, ou seja, há uma mistura no quadro de espécies já definidas. Os hospitais são locais onde não existe “doença pura”. No

século XVIII, as críticas a estes locais são fortes, por se tratarem de locais que além de multiplicar os montantes de doentes, colocam sobre o Estado a responsabilidade por sua manutenção financeira. A medicina ganhou, a partir deste momento, novo status por parte do Estado, passando a ser protegida legalmente.

No ano de 1776, é criada, em Versalhes, uma comissão responsável pelo estudo dos fenômenos epidêmicos, iniciado no sudoeste da França por uma doença no gado. Os médicos agora são chamados a pensar, não mais somente nas classes de doenças até então estudadas, mas em todas as possíveis variáveis que poderiam oferecer riscos aos habitantes. As incertezas nas escolhas dos tratamentos passam a ser uma preocupação na área. Há necessidade de uma nova forma de vigilância, baseada entre outros modos, nos controles estatísticos e na organização dos fatos observados.

E como se não bastasse a implantação dos médicos, pede-se que a consciência de cada indivíduo esteja medicamente alerta; será preciso que cada cidadão esteja informado do que é necessário e possível saber em medicina. E cada prático deverá acrescentar à sua atividade de vigilante uma atividade de ensino, pois a melhor maneira de evitar que a doença se propague ainda é difundir a medicina.⁸ (FOUCAULT, 1963/2013, p. 33).

Neste ponto, ressalta-se a impregnação deste “antigo” modelo médico no cotidiano atual das famílias brasileiras. A mídia, porta de acesso aos mais variados tipos de público, foi invadida por inúmeras propagandas e programas com temas relacionados à saúde. Os dias da semana são marcados com programas de “entretenimento”, em que diversas especialidades médicas abordam assuntos de temas variados, com soluções prontas aos problemas recorrentes no “normal” fato de adoecer, de medicalizar, de tratar. A necessidade de apropriação do saber médico, mesmo que de uma forma ideológica e muitas vezes contraditória, passa a ser incorporada na prática de vida por inúmeras pessoas que têm neste tipo de programa, a solução aos desvios da “normalidade vital”, afinal, quem diz as “receitas de saúde” são homens que detém o conhecimento.

Para entender melhor essa concepção de saúde atual faz sentido lembrar que, em sequência histórica, as épocas e os lugares começaram então a ser relacionadas com os tipos de doenças que acometiam a população, ou seja, as maneiras de vida e as condições de existência determinavam o tipo de mal que atingia as pessoas. Por isso, os ricos entregues aos exageros e abusos permitidos pelo dinheiro, logo demonstravam abatimento e caíam doentes, enquanto os mais pobres, em suas residências insalubres, tendiam a procriar seres fracos e

⁸ Bacher, *De la médecine considérée politiquement*, Paris, ano XI, p. 38.

infelizes. Neste cenário o principal papel do médico deveria, por isso, ser político. Este profissional deveria lutar contra os maus governos.

De um modo geral, pode-se dizer que até o final do século XVIII a medicina referiu-se muito mais à saúde do que à normalidade (...). A medicina do século XIX regula-se mais, em compensação, pela normalidade do que pela saúde; é em relação a um tipo de funcionamento ou de estrutura orgânica que ela forma seus conceitos e prescreve suas intervenções, e o conhecimento fisiológico, outrora saber marginal para o médico, e puramente teórico, vai se instalar no âmago de toda reflexão médica (FOUCAULT, 1963/2013, p. 38).

Qual a concepção de saúde adotada no século XVIII? Certamente a de uma saúde vinculada aos preceitos de saúde pública, idealizada no positivismo da visão de saúde da época. No transcorrer do século XIX e no século XX, o papel do médico era tido como responsável pela transformação social, ou seja, pelo progresso da sociedade. A medicina tornou-se uma arma poderosa de pensar sobre os rumos da nação. Sobre tal assunto, Patto (1996) lembra a crítica de Machado de Assis em seu livro “O Alienista” (1882), ao retratar questões de normalidade e loucura frente aos conhecimentos de um médico atuante no Brasil. Ao criticar o “cientismo do século” à moda brasileira, o autor traz questões sobre aspectos sociais e políticos enfrentadas naquele período, ainda que de forma indireta.

A Revolta da Vacina demonstra essa autoridade médica exercida na mesma época sobre a população do Rio de Janeiro, a qual reagia com desconfiança. Retirados à força dos ambientes a serem saneados, o poder policial era repressor da comunidade. No início do ano de 1904, o médico Oswaldo Cruz vinha forçando o Congresso Nacional a aprovar a lei da vacinação obrigatória contra a varíola. Tal processo gerou revolta na comunidade local, com apoio de grupos políticos contra a ação do Estado, considerando um “estado de tortura” esta situação. Os confrontos populares contra o sistema político foram então inevitáveis, gerando mortes e prisões dos líderes populares, levando o Estado a revogar tal obrigatoriedade (BERTOLLI FILHO, 2011).

Repensar esta sequência de fatos frente à descrição trazida por Foucault (1963/2013) demonstra como a clínica moderna ainda está fundamentada em seus discursos e saberes sobre modos específicos de espacialização da construção do conhecimento e das práticas de intervenção baseadas no corpo, cujo principal foco é a doença (biologicamente definida) e não o doente (CASTELLANOS, 2014). Para este autor:

Esses fatores seriam responsáveis por reforçar a dominação (bio)médica na definição dos problemas e intervenções terapêuticas em saúde, em detrimento de outras perspectivas e sujeitos. Nesse contexto,

o interesse pelas narrativas pessoais de adoecimento surge como um contraponto à perspectiva biomédica, ao procurar “dar voz” àquele que deveria ser o centro das atenções (doente), mas que permanece subordinado às práticas biomédicas e subjaz “apagado” nas análises funcionalistas dessas práticas (CASTELLANOS, 2014, p.1067).

A importância de estudar a crítica de Foucault relaciona-se à denúncia que este autor faz a uma prática médica autoritária e à ideologia do saber médico como única possibilidade de cura aos corpos “enfermos”. Sua obra demonstra o distanciamento do corpo imposto pela medicina, o que nas últimas décadas, tem trazido discussões importantes às práticas que buscam uma nova forma de se tratar da humanização nos serviços de saúde.

“Você tem que cumprir a meta...”

“Mas você não consegue fazer a parte do acolhimento... atenção, acolhimento, a escuta, mas por parte de papel, papelada, essas coisas... lógico que não todo mundo que você vai conseguir, mas é... fica muito mecânico, muito automático, preenchimento de papel... e eu acho que essa parte... essa outra parte não é feita!” – Agentes comunitários de saúde relatam a necessidade da realização de um serviço menos mecanizado.

Mais do que a necessidade de uma compreensão fragmentada dos corpos sem voz que buscam restabelecer ou manter a saúde, a capacidade de ouvir e estar presente no encontro com o outro aponta novos caminhos para uma nova forma do “fazer” saúde. Moisés Maimônides, importante médico espanhol do século XII já dizia: *“Uma consulta deve durar uma hora. Por cinquenta minutos ausculte a alma do paciente. Nos outros dez, faça de conta que o examina”* (Informação verbal)⁹.

Nesta nova ótica, busca-se uma discussão ampliada sobre o tema. Em um importante trabalho publicado por Ayres (2004), e rediscutido por este mesmo autor já em Ayres (2013), o autor que também atende como médico mostra-nos que existe a real possibilidade do encontro médico-paciente. Encontro este, que no sentido literal do termo, permite a colisão entre culturas distintas, mas com o objetivo único de compreender a saúde da paciente (ou a falta dela), o que ganha novo significado.

D. Violeta é o nome fictício atribuído por este autor a uma paciente atendida no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, da Faculdade de Medicina da USP (Universidade de São Paulo), que traz em sua vinda, queixas rotineiras de seu estado de saúde. Relatado de

maneira objetiva, o caso chama a atenção para a mudança do perfil técnico científico adotado inúmeras vezes pelo profissional, para um aprofundamento humano na relação de cuidado com a até então conhecida/desconhecida senhora, o que será resumido na longa citação a seguir:

Saí do consultório e caminhei pelo corredor lateral até a sala de espera, cartão de identificação à mão, para chamar a próxima paciente. Já era final de uma exaustiva manhã de atendimento no Setor de Atenção à Saúde do Adulto da unidade básica. Ao longo do percurso fiquei imaginando como estaria o humor da paciente naquele dia – o meu, àquela hora, já estava péssimo. Assim que a chamei, D. Violeta veio, uma vez mais, reclamando da longa espera, do desconforto, do atraso de vida que era esperar tanto tempo. Eu, que usualmente nesse momento, sempre repetido, buscava compreender a situação da paciente, acolher sua impaciência e responder com uma planejada serenidade, por alguma razão nesse dia meu sentimento foi outro. Num lapso de segundo tive vontade de revidar, nesse primeiro contato, o tom rude e agressivo de que sempre era alvo. Quase no mesmo lapso, senti-me surpreso e decepcionado com esse impulso, que me pareceu a antítese do que sempre acreditei ser a atitude de um verdadeiro terapeuta, seja lá de que profissão ou especialidade for. Essa vertigem produziu em mim muitos efeitos. Um deles, porém, foi o que marcou a cena. Ao invés da calculada e técnica paciência habitual, fui invadido por uma produtiva inquietude, um inconformismo cheio de uma energia construtora. Após entrar no consultório com D. Violeta, me sentar e esperar que ela também se acomodasse, fechei o prontuário sobre a mesa, que pouco antes estivera consultando, e pensei: ‘Isto não vai ser muito útil. Hoje farei com D. Violeta um contacto inteiramente diferente’. Sim, porque me espantava como podíamos ter repetido tantas vezes aquela mesma cena de encontro (encontro?), com os mesmos desdobramentos, sem nunca conseguir dar um passo além. Inclusive do ponto de vista terapêutico, pois era sempre a mesma hipertensa descompensada, aquela que, não importa quais drogas, dietas ou exercícios prescrevesse, surgia diante de mim a intervalos regulares. Sempre a mesma hipertensão, o mesmo risco cardiovascular, sempre o mesmo mau humor, sempre a mesma queixa sobre a falta de sentido daquela longa espera. A diferença hoje era a súbita perda do meu habitual autocontrole; lamentável por um lado, mas, por outro lado, condição para que uma relação inédita se estabelecesse. Para espanto da minha aborrecida paciente não comecei com o tradicional ‘Como passou desde a última consulta?’. Ao invés disso, prontuário fechado, caneta de volta ao bolso, olhei bem em seus olhos e disse: ‘Hoje eu quero que a senhora fale um pouco de si mesma, da sua vida, das coisas de que gosta, ou de que não gosta... enfim, do que estiver com vontade de falar’. Minha aturdida interlocutora me olhou de um modo como jamais me havia olhado. Foi vencendo aos poucos o espanto, tateando o terreno, talvez para se certificar de que não entendera mal, talvez para, também ela, encontrar outra possibilidade de ser diante de mim. Dentro de pouco tempo, aquela mulher já idosa, de ar cansado— que o característico humor acentuava, iluminou-se e pôs-se a me contar sua saga de imigrante. Falou-me de toda ordem de dificuldades que encontrara na vida no novo continente, ao lado do seu companheiro, também imigrante. Como ligação de cada parte com o todo de sua história, destacava-se uma casa, sua casa - o

⁹ Frase citada no Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde da Faculdade de Medicina de São Paulo e Hospital das Clínicas -FMUSP – no Centro de Convenções Rebouças em março de 2014.

grande sonho, seu e do marido - construída com o labor de ambos: engenheiros e arquitetos autodidatas. Depois de muitos anos, a casa ficou finalmente pronta e, então, quando poderiam usufruir juntos do sonho realizado, seu marido faleceu. A vida de D. Violeta tornara-se subitamente vazia, inútil – a casa, o esforço, a migração. Impressionado com a história e com o modo muito “literário” como a havia narrado para mim, perguntei, em tom de sugestão, se ela nunca havia pensado em escrever sua história, ainda que fosse apenas para si mesma. Ela entendeu perfeitamente a sugestão, à qual aderiu pronta e decididamente. Não me recordo mais se ela ainda voltou a reclamar alguma vez de demoras, atrasos etc. Sei que uma consulta nunca mais foi igual à outra, e eram de fato ‘encontros’, o que acontecia a cada vinda sua ao serviço. Juntos, durante o curto tempo em que, por qualquer razão, continuamos em contato, uma delicada e bem-sucedida relação de cuidado aconteceu. Receitas, dietas e exercícios continuaram presentes; eu e ela é que éramos a novidade ali (AYRES, 2004, p. 17-18).

A percepção do próprio profissional de saúde sobre a necessidade de uma clínica ampliada, alicerçada nos aspectos humanos que reforçam a proximidade e a confiança na relação, demonstram que a prática de saúde não se fundamenta necessariamente nas técnicas de diagnóstico e prescrição de terapias medicamentosas. O encontro “humano” está presente no cuidar, no saber ouvir, nas falas, nos silêncios, nos reencontros que sucederam este que foi considerado o primeiro, pelo novo médico nascido desta relação.

Histórias como esta de desencontros, insatisfação profissional pela ineficácia do tratamento proposto, pelo excesso de atendimentos diários, insatisfação do usuário pela demora no atendimento, pelas inúmeras regras propostas a serem rigorosamente seguidas, entre inúmeros outros problemas, certamente acontecem todos os dias nos serviços de saúde. Porém, será que esta crítica autorreflexiva acontece com outros profissionais? Estão eles dispostos a um novo tipo de contato que busque a integralidade do sujeito? Suas condições de trabalho são favoráveis na busca deste tipo de relação? A superioridade trazida pelo título de “doutor” já não o distancia hierarquicamente da classe de “pacientes”?

Para o autor, neste caso em especial, a resignificação do projeto de vida, antes abandonado por D. Violeta, foi o elemento primordial para que novas formas de olhar sua saúde, seu médico, o serviço prestado, fossem estabelecidas e o sucesso terapêutico pudesse finalmente acontecer. Por isso, Ayres (2004) aponta para a necessidade de uma nova forma de organização dos serviços de saúde, os quais estejam prontos para lidar com os projetos de vida e todos os obstáculos vindos com eles, para que o cuidar dos indivíduos beneficiários dos serviços não passe de uma utopia em seu sentido negativo.

Este Cuidar¹⁰ trazido por Ayres (2004) vai ao encontro com o que Mota e Schraiber (2014) propõem como responsabilidade, ou seja, o ato de realizar a articulação entre sofrimento e o homem, na tentativa de livrar a potencialidade de tal sujeito histórico do sofrer, ainda que seu corpo demonstre sinais de que o fato ocorrido (adoecimento) tenha lhe roubado a esperança de uma estabilidade progressiva e estável em seu modo de vida...

Assim, remeter a prática médica ao cuidado que se produz nas intervenções assistenciais significa um deslocamento do olhar quanto à finalidade da intervenção, antes focalizado na *cura* ou, no máximo, no *controle*, com o advento, já na metade do século XX, do saber preventivista e do crescimento das doenças crônicas. Tal deslocamento traz para o primeiro plano, mais que o produto, o próprio processo dessa intervenção: o encontro clínico (MOTA; SCHRAIBER, 2014, p. 1088).

Repensar práticas de humanização nos serviços de saúde pode favorecer a construção de um novo modo de encontro pessoal entre “classes”. Denominações típicas de “doutor” e “paciente” reforçam o distanciamento das práticas vividas por atores envolvidos em um mesmo processo: evitar a dor, a doença, ou na pior das hipóteses, a morte. Stepke (2006, p. 25) coloca que “(...) se algo deve ser esperado das humanidades médicas, esse algo é a reformulação da medicina como uma narrativa de pessoas, com pessoas e para pessoas”. Para este autor, a partir desta proposta a medicina não seria a mesma. O diálogo serviria de ferramenta ao progresso, resgatando dimensões perdidas da arte e conseqüentemente tornando a prática médica mais humana. A palavra, fundamento da estruturação que forma o humano, facilitaria a construção de uma teoria, desta vez alicerçada no real.

O estranho, no entanto, é pensar: como humanizar seres que nascem “humanos”? É possível ensinar tal prática? Reflexões deste tipo levam a um aprofundamento das maneiras de lidar com a pluralidade do conceito de saúde, reconhecendo em cada indivíduo as características que o tornam único, dono de uma história de vida e com necessidades de se fazer ouvir. Humanizar, neste sentido, deverá ser pensado como uma ação de construção da (re)aproximação entre pessoas com interesses em comum. Tal prática exige, como afirma Fortes (2004), uma reflexão humanística que não enfoque somente o biológico, mas questões éticas, sociais, psíquicas e educacionais que se fazem presentes nos relacionamentos humanos de atenção à saúde. Desta forma, a humanização tende a buscar uma transformação cultural nas instituições de saúde, onde sejam considerados o acolhimento e o respeito ao usuário

¹⁰ Segundo o autor, o termo Cuidado é trazido como substantivo próprio todas as vezes que referir-se a uma atenção à saúde com interesse no sentido existencial do adoecimento (físico ou mental) aliado às práticas de promoção, proteção e recuperação à saúde.

(enquanto cidadão), e não o recebimento de mais um consumidor “desconhecido” de serviços de saúde.

Como afirma Ayres (2004, p.28): “Não se Cuida efetivamente de indivíduos sem Cuidar de populações, e não há verdadeira saúde pública que não passe por um atento Cuidado de cada um de seus sujeitos”.

4. A entrada no campo

Primeiramente, foi necessário deixar claro o motivo da pesquisa aos profissionais da área que atuam nos locais de estudo, apresentar as ideias iniciais, conversar sobre o mestrado e pedir permissão para, daquele momento em diante, acompanhar de perto a rotina de todos, sem expor pacientes, profissionais ou interferir eticamente na profissão de cada um. Informe¹¹ que não entraria em consultas ou em locais de acesso restrito, a menos que profissionais e/ou pacientes me permitissem tal “invasão”.

O possível incômodo em ser observado foi gradativamente diminuído devido à proximidade e respeito com todos. Faxineiras, médicos, auxiliares, enfermeiros, técnicos, dentistas, farmacêuticos, agentes comunitários de saúde, recepcionistas, entre outros, todos me recepcionaram muito bem e muitos demonstraram curiosidade sobre a pesquisa. Alguns, no entanto, não fizeram questão de saber a fundo do que se tratava, demonstrando-se temerosos e fechados às conversas, e respeitei suas opiniões.

Com os usuários do sistema público de saúde, talvez os principais atores envolvidos no estudo, a dinâmica foi mais complexa. Aprendi a interpretar olhares, ouvir, saber quando falar, com quem falar, como falar, quando silenciar. Estas são apenas algumas das regras que pesquisas deste tipo, de contato com o outro, ensinam na prática. Mesmo que os livros deem uma noção de tudo que encontrará, nada é como o campo. Por isso, o bom senso do pesquisador e a percepção da abertura ao interpessoal são essenciais nessa hora.

Conversas informais, temas da área, casos engraçados, fatos tristes, tudo servia de motivo para um bom papo, fosse com os profissionais em algum intervalo nos atendimentos, fosse com os pacientes na fila de espera para uma consulta ou em suas residências durante uma visita da equipe de saúde.

¹¹ Relatos da pesquisa de campo estão escritos em primeira pessoa do singular devido à prática “individual” do pesquisador com os usuários do sistema público de saúde do município de estudo.

Aos poucos, novos olhares e interpretações sobre o cotidiano vivido em unidades de saúde, bairros rurais, residências, começou a ganhar notas. Tudo parecia diferente, às vezes normal demais, outras vezes inusitado.

Em alguns dias voltei para casa sem nada anotado no diário de campo. Em outros, as falas ou cenas vividas me tiravam o sono e me faziam escrever durante a madrugada. As leituras ajudavam a decifrar novos pontos, assim como compreender ou confundir tudo e, assim, recorrer às inúmeras reuniões de orientação tão importantes.

Com dúvidas ou não, o campo é dinâmico. A pesquisa não podia parar, mesmo que muitas questões não fizessem sentido. As pessoas adoecem, são curadas, utilizam o serviço de saúde, deixam de ir a consultas, necessitam de socorro, de visitas, de orientação, de escuta, sempre existem necessidades neste complexo campo da saúde pública.

Por isso, a confiança certamente tornou-se a base para a troca de informações, fossem elas sigilosas ou não...

-Escreve isso aí, Renato! Põe na sua pesquisa que depois eu quero ler (risos) – Enfermeira – PSF – 16/01/14

-Hoje é dia de atendimento médico nos bairros rurais, quer ir Renato? – Agente comunitário de saúde – Centro de Saúde – 24/01/14

-Vai lá em casa o dia que o PSF for! – Morador da zona rural – PSF – 30/01/14

Para que as pessoas não se sentissem desconfortáveis em conversar, expressar opiniões ou apenas demonstrar, mesmo que inconscientemente, as práticas de saúde vividas, suas dificuldades de acesso aos serviços ou mesmo a alegria de uma mudança de hábitos, a paciência também fez parte do “ser pesquisador”.

Não fui a todos os locais que gostaria, evitando o constrangimento de pacientes ou profissionais. A ética impediu-me, muitas vezes, de apenas conseguir um bom conceito de pesquisa relatando histórias de adoecimentos que, de alguma forma, poderiam ser identificados. Por tratar-se de um município de pequeno porte, o cuidado com a não identificação dos casos discutidos na pesquisa foi essencial. Não expor portadores de doenças que carregam estigmas, ainda que citados de forma não identificada, tornou-se um importante cuidado de pesquisa.

Retratadas aqui, seguem as análises de dados, os quais são retirados do diário de campo utilizado para anotações ao fim de cada dia de observação participante.

5. O cotidiano assistencial no município

Antes de retratar a realidade vivida por diversos brasileiros que utilizam os serviços públicos de saúde no município em estudo, faz-se necessário primeiramente esclarecer o conceito de cotidiano utilizado. Sobre este tema, Heller (2008) traz importante contribuição, afirmando que em relação à vida cotidiana:

(...) é a vida do homem *inteiro*; ou seja, o homem participa na vida cotidiana com todos os aspectos de sua individualidade, de sua personalidade. Nela, colocam-se “em funcionamento” todos os seus sentidos, todas as suas capacidades intelectuais, suas habilidades manipulativas, seus sentimentos, paixões, ideias, ideologias (HELLER, 2008, p.31).

A dimensão do sujeito é o cotidiano. Todos os sujeitos vivem imersos no cotidiano, onde seus atos no presente contínuo acontecem de forma impensada, habitual e mecânica. Pode-se dizer assim que o sujeito está sempre obrigado a construir em si mesmo uma ideia de permanência no presente para enfrentar o futuro. O sujeito é capaz de conhecer a si mesmo e sua circunstância a partir da sua organização do tempo e do espaço no cotidiano, dando significado à sua vida, sendo fundamental para a construção subjetiva (MELLO, 2001). Os sujeitos precisam deste cotidiano como uma forma de organização, uma estruturação da rotina. Nem por isso a não cotidianidade deixa de existir, ou seja, o imprevisto.

Neste contexto, ao lidar com um sistema de saúde programado, com regras e normas, os usuários deste tipo de serviço deparam-se com a dificuldade de encaixar suas necessidades pessoais à rotina do sistema. O fato imprevisto de “adoecer” não garante uma vaga na rotina dos serviços. O cotidiano em saúde apesar de dinâmico estabelece uma forma de organização necessária à limitação de suas atividades. Neste sentido, por ser o cotidiano o objeto de estudo desta pesquisa, conhecer a rotina dos serviços de saúde prestados à população municipal torna-se fundamental.

No município em estudo, duas unidades básicas prestam serviços de saúde à comunidade, sendo uma delas com o Programa de Saúde da Família (PSF). Ambas com atendimento das 7h00min às 17h00min, de segunda à sexta-feira. Tais unidades de saúde apresentam boa infraestrutura, com mobiliários e equipamentos em boas condições de uso e

estrutura física acessível aos portadores de necessidades especiais. A farmácia básica municipal funciona neste mesmo horário, disponibilizando um total de 150 diferentes tipos de medicação.

Os atendimentos com os profissionais de nível superior (médicos, dentistas, enfermeiras etc.) e de nível médio (técnicos de enfermagem, auxiliares de consultório dentário etc.) são realizados por demanda espontânea no Centro de Saúde, ou seja, aqueles que procuram atendimento dentro do horário estipulado e conseguem uma “vaga na fila”, são atendidos sem agendamento prévio. Na outra unidade, a qual possui o Programa de Saúde da Família, as consultas são em grande parte agendadas, com algumas vagas de urgência e emergência. Casos com maior gravidade são encaminhados aos hospitais regionais conveniados, uma vez que não há hospital municipal. Uma ambulância de plantão 24 horas socorre os usuários moradores da zona rural e urbana.

Somente os profissionais atuantes no Programa de Saúde da Família realizam visitas domiciliares mensais aos moradores do município, sendo os profissionais atuantes no Centro de Saúde procurados diretamente na unidade por aqueles que precisam de seus serviços. Como afirmam Cunha e Sá (2013, p. 301-302):

Em sua formulação, a Estratégia Saúde da Família (ESF) deveria ter caráter substitutivo à rede tradicional de saúde, com ampla capilaridade na rede de serviços locais. E atuar com base no território definido de acordo com o planejamento e diagnóstico situacional. Entretanto, encontramos ainda em muitos municípios a concomitância do modelo de saúde da família e do modelo tradicional da atenção básica trabalhando de maneira complementar.

Iniciando suas atividades no ano de 1994 em alguns municípios brasileiros, este programa foi implantado no local de estudo somente no ano de 2005. Durante este tempo o programa não significou mudança do tradicional modelo assistencial curativo, com poucas ações voltadas às práticas de promoção e prevenção em saúde.

No entanto, a atenção básica à saúde, em especial nas atividades desenvolvidas pelo Programa de Saúde da Família, constitui o ponto principal de encontro entre o SUS e o cotidiano de vida, saúde e doença das pessoas. Para compreender esse cotidiano, é necessário pensar a territorialidade, ou seja, além da necessidade de reconhecimento da base territorial onde se encontram esses indivíduos, faz-se necessária uma visão mais ampla de saúde sobre o lugar e o modo de vida dos mesmos.

A territorialização¹² em saúde, da forma como tem sido feita, tem trazido uma redução analítico-descritiva significativa no que diz respeito à diversidade de características da vida das inúmeras pessoas que vivem em determinados territórios. O termo “território” tem sido reforçado, principalmente pelos profissionais que atuam nos serviços públicos de saúde, como estratégia de gerenciamento de serviços prestados, limitando a capacidade de identificação das necessidades em saúde que gerem intervenções efetivas na realidade cotidiana dos indivíduos dependentes deste tipo de serviço (SANTOS; RIGOTTO, 2010).

Trechos de uma entrevista realizada com os agentes comunitários de saúde (ACS), simultaneamente, demonstram esta realidade também no município em estudo. A visão de saúde destes profissionais entrevistados é limitada, centrada na necessidade de levar até a população o padrão biomédico, seja com a orientação quanto à necessidade de consultas médicas (nem sempre necessárias) ou a utilização de medicamentos (reforçando essa “necessidade” na população). Os agentes são os primeiros a detectar as necessidades em saúde de cada família, uma vez que estão sempre mais “próximos” em relação a outros profissionais da área. A priorização de visitas domiciliares a grupos específicos como hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças demonstram a preocupação em “produzir” dados que vão de acordo com as metas estipuladas pelo sistema e cobradas pela gerência da equipe:

[Vocês fazem visita a cada família uma vez por mês?]

ACS 1: É, mas você conta assim, dentro de um mês você tem que visitar todas de novo! Todas entre aspas porque, o que você tem mesmo que fazer é diabético, criança menor de dois, gestante, essas aí tem que ser (...)

ACS 2:Essas são prioridades!

ACS 1: Prioridade tem que ser 100% deles. É lógico que ninguém consegue 100% todo mês né? Mas você conseguindo...

A preocupação dos agentes comunitários de saúde em oferecer auxílio a grupos específicos não é garantia de que o serviço será prestado, seja por imprevistos dos próprios profissionais ou dos usuários que podem não estar em casa no momento da visita. Através de uma ficha preenchida durante o cadastro familiar pelo serviço de saúde da família, estes profissionais sabem o número total dos portadores de cada tipo de patologia por residência e onde se localiza territorialmente cada uma delas. No entanto, um sério agravante é que as fichas utilizadas por estes profissionais não são atualizadas com frequência, o que deixa de retratar a realidade dos usuários a serem atendidos pelo serviço...

¹² Neste processo, os profissionais devem, além de mapear as áreas de atuação da equipe, trabalhar com a identificação contínua dos riscos aos quais os indivíduos e suas famílias estão expostos (PESSOA et al., 2013).

[E a ficha que é preenchida na primeira visita familiar, é feita uma única vez?]

ACS 2: Não, você tem que ficar renovando porque atualiza né? Tipo: uma família não tem hipertenso, e aí passa de um mês pro outro e a pessoa já passa a tomar remédio, aí você já tem que cadastrar aquela pessoa como hipertenso ou como diabético. Atualizar as datas, idades, essas coisas. Mas isso às vezes a gente faz a cada dois, três anos (risos).

Com a atualização a cada dois ou três anos, a situação de “doença” pode mudar diversas vezes. Os agentes comunitários de saúde, apesar de demonstrarem conhecimento sobre a necessidade de tal atualização no cadastro familiar, não realizam tal “burocracia”. Atentando-se ao fato de incluir apenas os novos usuários “doentes” que passaram a utilizar medicamentos e são grupos prioritários (hipertensos e diabéticos). O serviço realizado por estes profissionais é aceito pela coordenação da equipe, demonstrando “produção”. Baseado nisso, os agentes definem aos outros profissionais da equipe (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem etc.) os locais com prioridades de acompanhamento:

[Como são identificadas as necessidades de cada família?]

ACS 1: A gente preenche a ficha né, aí a ficha tá tudo mostrando. Se a pessoa tem hipertensão, se ela tem diabetes. Aí se ela tiver algum problema de saúde, aí orienta ela pra passar no médico, pegar remédio, orienta que tem a farmácia básica (...) é o que pega mais! Se tiver alguma deficiência, com certeza ela já veio pra cá com algum tratamento, aí dá continuidade no tratamento aqui. Aí a gente orienta a procurar a secretaria de saúde.

Os “problemas de saúde” identificados pelos agentes comunitários fazem com que estes profissionais demonstrem em suas falas a necessidade familiar imediata da utilização de medicamentos para restabelecimento da saúde. Será que orientar a população a procurar o médico da unidade e conseguir a medicação na farmácia básica municipal não faz com que outros aspectos do cotidiano familiar deixem de ser observados, como o saneamento básico, os hábitos alimentares, o tipo de atividade profissional executada etc.? Terão prioridade nas visitas com os profissionais de saúde de nível superior basicamente as famílias que possuem algum indivíduo acamado ou com alguma doença crônica estipulada como grupo prioritário pelo serviço...

[E quando vocês vão agendar para o profissional de saúde fazer uma visita domiciliar, as pessoas pedem ou vocês é que identificam às necessidades?]

ACS 2: A maioria das vezes é a gente que fala!

ACS 1: A gente vê a necessidade da pessoa né? Por exemplo, se tem uma pessoa acamada, tá precisando de um profissional lá para ver a pressão, pra ver como está o estado de saúde dela, se precisa levar o médico lá porque às vezes é difícil trazer né? Aí a gente agenda.

ACS 2: É mais pros acamados, hipertensos e diabéticos que a gente faz!

Ao buscar evidenciar doenças que atendam ao cumprimento de metas, os agentes comunitários definem por si mesmos “ideais” de saúde à população, incentivando a continuidade do padrão biomédico. A “verdade” é levada aos usuários do serviço com a decisão de quais deles precisam ou não de atendimento especializado. Ao recusar a oferta da prestação de serviços médicos, os usuários são apontados como “desinteressados” em cuidar da própria saúde:

ACS 1: Tem aquelas pessoas também que não se importam com a saúde né? A gente tenta assim é trazer a pessoa para ela conhecer, ver o que ela está precisando. Eles não dão muita credibilidade na gente.

ACS 2: Por mais que tenha algum problema, precisa ir um profissional junto pra eles acreditarem que aquilo que a gente tá falando é certo!

ACS 1: Ai a gente leva, orienta, o profissional vai. Ai muitas vezes a pessoa aceita e muitas vezes não! É difícil!

Enfermeira PSF: (...) às vezes, não que eu seja necessária, mas o que sempre aconteceu. Os agentes são muito vinculados ao restante da equipe, então eles acham que eles não são profissionais independentes. Eu falo pras meninas: vocês são profissionais independentes! Elas fazem o que acham que tem fazer dentro da área delas né?

Os relatos demonstram que os agentes entrevistados não se veem como profissionais, buscando sempre o auxílio de outro membro da equipe. Desta forma, percebe-se que o papel do agente de saúde não é claro para os profissionais que exercem tal função no município, e conseqüentemente também não é entendido pela população e demais profissionais municipais...

(...)Enfermeira do PSF: Eles não entendem como funciona o serviço do agente comunitário.

ACS 2: Tem algumas pessoas que nem abrem a porta pra gente entrar. Você pergunta: ta precisando de alguma coisa? E eles falam: do que? Ai você tem que explicar. Tem quatro anos que eu estou aqui, e até hoje tem gente que tem que explicar porque eu pergunto isso, a mesma coisa sempre (...)

Enfermeira PSF: Eles não têm noção da importância dos agentes. Nem os profissionais de saúde. Eles não têm essa visão de que eles são importantes na questão do monitoramento, que eles são parceiros, entendeu? Eles acham que eles deveriam ser meros carteiros: entrega isso, entrega aquilo! No começo era assim, eles achavam que eles eram entregadores. Quando eu entrei os agentes simplesmente entregavam exame, entregavam... eles eram carteiros... batiam na porta e entregavam as coisas.

ACS 1: hoje essa visão melhorou, mas não mudou!

Os agentes comunitários de saúde do município em estudo afirmam que assim como demonstrado em trabalho de Peres *et al.* (2010), o desemprego esteve dentre os principais motivos que os levaram a ingressar neste serviço...

[Por que vocês resolveram trabalhar como agente comunitário de saúde?]
 ACS 4: *quando eu trabalhei foi pela oportunidade que teve, que era um concurso, e não tinha outro emprego na época que eu pudesse tá trabalhando. Porque eu nem sabia na verdade como funcionava o serviço de ACS. [Não precisava ter uma formação específica?]* ACS 4: *Não, nenhuma capacitação específica, nenhum... e não foi feito nenhum tipo de entrevista pra perfil de agente, entendeu? Era mais um serviço.*

Ao iniciarem suas atividades trabalhistas sem uma capacitação, outros profissionais de saúde com formação técnica ou superior na área, podem deixar de reconhecer a importância destes profissionais dentro da equipe, como elo entre comunidade/serviço de saúde. No entanto, a valorização do serviço realizado pode influenciar diretamente na motivação em oferecer auxílio em saúde à população. Os agentes comunitários de saúde admitem desempenhar um papel de “mantenedores” dos bancos de dados necessários a outras esferas do serviço público de saúde...

[E vocês se sentem valorizadas como agentes de saúde?]
 ACS 3: *não!*
 ACS 4: *não!*
 ACS 5: *não!*
 ACS 4: *nem pela população...*
 ACS 5: *por alguma pessoas sim... mas a maioria...*
 ACS 4: *eles falam que a base de dados de todo o serviço de saúde é a gente, mas ninguém... o agente... a busca de informação... mas ninguém valoriza, desde a parte administrativa até ...*

O reconhecimento pelo trabalho realizado, na perspectiva destes profissionais, vem principalmente dos usuários do sistema que não possuem acompanhamento de algum membro da família, mas estão interessadas em cuidar da saúde e receber atenção...

[E, por exemplo, nas pessoas, o que vocês acham que elas mais valorizam em vocês? As pessoas que vocês prestam serviço...]
 ACS 4: *geralmente essas pessoas, eu acho que... tipo assim... são aquelas pessoas simples, eu acho...*
 ACS 5: *interessadas!*
 ACS 4: *elas usam mais pelo fato dela não ter com quem recorrer mais entendeu?*
 ACS 5: *não tem muito assim... família, pra assim... precisa de um médico? A família está lá! É mais gente de idade...*
 ACS 4: *pessoas que não tem muita informação...*

ACS 1: e você pode ver que as pessoas que reconhecem seu trabalho são pessoas idosas, pessoas sozinhas, não é uma pessoa desocupada, aquelas que falam: já veio pegar assinatura? Essas pessoas nunca vão reconhecer seu trabalho. Mas uma pessoa idosa, que tem mais problemas, que tem deficiente dentro de casa, vê que sua ajuda é fundamental...

A “simplicidade” relatada pelos agentes pode possuir relação direta com o modo como são recebidos pelos moradores em suas casas (cordialidade) e também com o padrão financeiro das famílias a serem acompanhadas pelo serviço. Ainda que o sistema deva atender a toda a população, sem distinções, os agentes comunitários de saúde justificam os motivos que os levam a deixar de prestar serviços a determinados públicos:

ACS 5: tem aquelas pessoas também que estão em casa e não querem te receber. Você sabe que a pessoa tá... eu mesmo, teve uma casa que eu fui e não quis me receber, não quis assinar que eu tive lá... não voltei mais! E não volto!

ACS 4: eu também tenho algumas casas que nem passo perto!

ACS 5: tem umas que assim... teve mês que eu fui e senti que não me recebeu bem, mas que no outro mês eu fui e foi totalmente o contrário, eu vou, eu volto. Mas... tem umas que não dá!

ACS 4: é muito complicado você estar direto na casa da pessoa assim... tá dentro da vida dela né...

ACS 5: você percebe que não quer... você nem pergunta e a pessoa já fala: daí que eu já assino pra você! É só assinar? A gente chega e elas já falam isso.

ACS 1: (...) ah, outra coisa que lembrei. Esses dias numa avaliação que teve aqui, eu tinha que perguntar nas casas se o agente ia nas visitas. E eu sabia que eu não ia muito na casa da pessoa, mas mesmo assim perguntei pra ela né. Ai ela disse: ah, você não vem aqui! Ai que chega aquela hora que você senta e explica pra pessoa porque que eu não venho aqui. Tem gente que tem... a sua família é ótima, tem uma condição boa, sabe? Não que não seja minha responsabilidade passar aqui, porque eu tenho responsabilidade. Mas tem gente que requer mais atenção que a sua família, entendeu? Então é a hora de você chegar e explicar pra pessoa (...).

No entanto, é preciso que as famílias visitadas e orientadas por estes agentes comunitários não sejam culpadas exclusivamente pelos problemas de saúde enfrentados. Ao culpar o indivíduo, os profissionais deixam de compartilhar responsabilidades, fazendo com que a “intimidação” seja uma estratégia de convencimento para a adoção das “regras de saúde”:

(...) Eles não entendem que a responsabilidade é deles! Eles colocam a responsabilidade em cima dos profissionais... e depois que as coisas acontecem (...). (Enfermeira PSF)

ACS 1: (...) you have to pass this vision for them: *se você não se cuidar, você vai morrer! Eu não vou cuidar de você, para você. Você que tem que tomar a iniciativa... quantas vezes eu falei com a D. Mirna: D. Mirna... de tanto que bebia, caiu... se a senhora não cuidar de você, ninguém vai cuidar! No entanto, que hoje, das piores ela é a melhor!*

ACS 4: às vezes as pessoas esperam acontecer isso...

ACS 1: tanto é que hoje eu chego lá e ela fala: viu, você falava tanto pra mim oh! Então, em partes você fica chateado com algumas situações, mas tem outras também que você se sente útil (...).

A primeira oferta de cuidado deve ser trazida pelo próprio agente de saúde durante as visitas familiares em seu bairro. Através dele, o indivíduo poderá sentir-se seguro e confiar em outros profissionais que no dia-a-dia demonstram-se social e culturalmente tão distantes, como o médico, a enfermeira, o dentista etc. Mais do que visitas para a coleta de dados e o preenchimento de inúmeros papéis, os próprios agentes de saúde começam a perceber necessidades que estão além do trabalho prescrito...

ACS 4: (...) *toda vez a gente bate nessa tecla mas... é sempre por isso, parte burocrática, administrativa, mas é... mas é muita família para um agente pra você trabalhar... porque fica um trabalho muito mecânico, eu acho. Acho que você não consegue...*

ACS 5: *you have to fulfill the goal...*

ACS 4: *mas você não consegue fazer a parte do acolhimento... atenção, acolhimento, a escuta, mas por parte de papel, papelada, essas coisas... lógico que não todo mundo que você vai conseguir, mas é... fica muito mecânico, muito automático, preenchimento de papel... e eu acho que essa parte... essa outra parte não é feita!*

ACS 5: *you know that as it is you don't go to the front many times... you leave of giving attention for a family, because you have to go to another, to another... and you have to deliver that only to fulfill the goal...*

ACS 4: *and of one thing, equal to the people were talking, that now will be different, you will fill every thing that you heard inside the house of the person né... nesse novo serviço... porque é assim: é hipertenso? É. Tomou remédio? Tomou. Passou no médico? Passou. Fica muito... sei lá... vago. No final você tem um tanto de papel e não tem nada concreto.*

Na busca desta mudança, a equipe pensa em adotar um prontuário específico para visitas domiciliares realizadas pelos agentes, onde serão relatadas as falas dos moradores, suas críticas e sugestões sobre o serviço de saúde, além da percepção dos profissionais sobre as necessidades em saúde observadas. Esta iniciativa poderá ser importante para que uma maior integração entre a equipe multidisciplinar aconteça, pois diferentes soluções poderão surgir a partir de reuniões para discussões deste material:

ACS 1: (...) Então, igual a gente estava falando de montar a agendinha e em casa, se você começa a falar que passou mal, eu vou anotar, escrever tudinho... fazer um prontuário pro agente... eu acho muito legal isso, entendeu? Que às vezes vai surgir alguma reclamação, você já tem anotado lá... (...)

Após o aprendizado do trabalho mecânico, ou seja, quantas e quais folhas devem ser entregues ao final de cada mês para a coordenação, a busca pelo destaque dentro da equipe acontece por meio de características pessoais de cada agente. Isso cria, dentro da própria equipe, desigualdades na forma como cada um é tratado pela coordenação e pelos outros colegas de trabalho. Aqueles profissionais que não realizam o trabalho proposto de maneira correta (realizam poucas visitas domiciliares, não entregam a documentação em dia etc.) desmotivam outros colegas, causando nestes uma insegurança sobre a impressão que a população possa ter sobre o serviço ofertado pela equipe de PSF como um todo...

[Vocês se sentem motivados no trabalho?]

ACS 5: não!

ACS 4: ultimamente não! Acho que falta justiça... ser igual para todo mundo dentro da equipe. A valorização financeira melhorou, porque entrou uma nova lei... já faz uns quatro meses... mais... melhorou né? Mas ainda podia ser melhor...

[E com quais profissionais do sistema de saúde vocês acham que tem mais dificuldade de lidar? No serviço de saúde como um todo...]

ACS 4: acho que até dentro da própria equipe. Porque, tipo assim, a nossa equipe ela não funciona igual. Nem todo mundo trabalha igual. Então eu já acho que tem um desequilíbrio aí, porque você já é visto como um (referindo-se a uma pessoa) do PSF entendeu?

Ser reconhecido como membro de uma equipe municipal de saúde e não somente como pertencente ao PSF é ainda mais difícil. A interação com outros profissionais atuantes no Centro de Saúde municipal dificilmente acontece. A fragmentação para a oferta de ações entre PSF/Centro de Saúde é notável e reafirmada na fala dos trabalhadores:

ACS 4: (...) E... lá em cima a gente não tem interação, né Renato! (referindo-se a outra unidade de saúde).

ACS 5: aqui é aqui, lá é lá... cada um por si!

Enfermeira PSF: (...) Porque o que acontece aqui com a gente: a gente tem a unidade aqui em cima, que é o PSF. A pessoa vem aqui, ela recebe uma informação, ela tem um tipo de atendimento. A hora que ela chega na unidade lá de cima, ela tem um outro tipo de atendimento, uma outra

informação e ela ainda tem gente que vai meter a ripa no serviço aqui de cima. Eles acabam denegrindo o sistema que eles pertencem, né?

ACS 4: como se fossem dois sistemas diferentes!

Enfermeira PSF: e é o mesmo sistema! Por isso, que... o governo já viu isso! Ele já percebeu isso, isso acontece muito... por isso acho que a tendência é extinguir as unidades tradicionais. Não ter unidade convencional, ou eles vão vincular o PSF (...).

A integração entre as equipes de saúde municipais, ambas prestadoras de serviços básicos em saúde, demonstra-se fundamental. Trabalhar em equipe exige mais do que um conjunto de pessoas. Exige a integração de áreas e conhecimentos distintos, onde cada profissional assuma responsabilidades e não haja distinções hierárquicas de poder. É necessária a compreensão de que todos os profissionais são fundamentais ao sistema e possuem um objetivo em comum: cuidar da saúde populacional.

Com diversos problemas como a “invisibilidade” pelos serviços prestados, a falta de motivação, a desvalorização, entre outros problemas, os agentes comunitários de saúde relatam que a falta de novas oportunidades no mercado de trabalho, mesmo para aqueles que já possuem curso superior, obrigam a permanência neste emprego...

[Vocês esperam continuar nesse serviço por um tempo ou pretendem buscar outras coisas?]

ACS 4: (risos) Eu já to pedindo pra sair...(risos)

ACS 5: não é uma coisa ruim, assim, totalmente não é... mas não sei... às vezes você ter que ir na casa das mesmas pessoas... e igual as meninas, que estão há mais tempo... fica uma rotina. Mas assim...

ACS 4: mas você cria um vínculo né? Tem pessoas assim que você já...

ACS 5: tem pessoas que a gente sente falta... mas tem outras... agora sair, por enquanto não. Mas se tivesse outro assim... igual, a gente já formou né (nível superior), se tivesse uma área que fosse melhor, que a gente goste, claro que a gente vai procurar aquilo... vamos preferir né? Mas, por enquanto...

ACS 4: e até porque pela situação, porque a gente fez o processo seletivo, mas não sabemos como vai ficar. Você não pode contar com isso pra nada. Porque não conta tempo, não conta nada...

Além disso, estes profissionais ressaltam características que consideram importantes às pessoas que pretendem atuar neste tipo de serviço. Através de suas falas, esclarecem as dificuldades em lidar com situações como o descaso da população atendida, a exposição ao sol e a morte de pessoas acompanhadas mensalmente. Situações que afetam a saúde mental destes trabalhadores...

[Vocês acham que seria importante exigir o quê de uma pessoa que venha a trabalhar como agente comunitário de saúde? O que fez falta pra vocês... ou vocês acham que deveria exigir... como seria o perfil de um agente?]

ACS 4: eu acho que a pessoa já tinha que trabalhar na área da saúde... ter tido algum contato...

ACS 5: ver também o psicológico... porque quem não tem um psicológico bom, é difícil!

ACS 4: a área da saúde por completo, porque a gente só escuta, convive com uma pessoa um tempão, daqui a pouco ela fica doente, você estava ali todo mês na casa dela... de repente de uma hora para outra... sei lá...

ACS 5: acho também que deveria fazer cursos, ter mais capacitação...

ACS 4: e também esclarecer melhor antes de entrar, qual é o trabalho aqui... do agente...

ACS 5: porque senão entra achando que é uma coisa e não é. Porque na verdade todo mundo acha que é fácil! Ninguém acha que vai entrar aqui e vai ser difícil, que você tem que ir... acha que ir na casa das pessoas é simples, é fácil, mas não é! Para você entrar na casa de uma pessoa você tem que...

ACS 4: ganhar confiança... assim, você fica esperando no portão no sol...

ACS 5: tem alguns que não saem na porta...

ACS 4: alguns que te fazem falta de educação... é muito desaforo que a gente já aguentou. As vezes até pela população não saber né? Mas eu acho que já não sabe também por falta de... como eu falo... valorização de todos os outros profissionais, entendeu?

No cotidiano em saúde, a participação efetiva deste profissional torna-se fundamental na aproximação do sistema a seus usuários. Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2012) além da realização de visitas domiciliares, em que acontece a detecção de riscos e se cria um maior vínculo com os moradores, cabe a este profissional o desenvolvimento de ações educativas e de promoção à saúde individual e familiar. Nota-se, no entanto, que os profissionais atuantes no município em estudo podem não ter construído vínculos significativos com os usuários do sistema, sendo muitas vezes impedidos de realizar o trabalho. Além disso, a necessidade em produzir dados quantitativos (quantidade de assinaturas que comprovam as visitas), demonstra a necessidade de uma capacitação anterior ao início do desenvolvimento das atividades que aborde questões que perpassem os números cobrados pelo sistema e considerem as reais necessidades em saúde dos usuários:

(...)ACS 1: Orientação é tudo né?

ACS 2: Não adianta nada né, você vai lá, fala mais que a boca, e a pessoa não faz nada! E acaba que nós que somos agentes sai por bobo! Porque você vai, fala, fala, e a pessoa não acredita! Ai vai um profissional que tenha mais né (...) tipo um enfermeiro, ou até mesmo um médico fala, ai eles vão fazer. Por que, o agente não sabe? Mas o povo daqui ainda não conhece até hoje o que é o serviço do agente. Por mais que a gente faça (...) quantos anos já tem o PSF aqui? O povo acha que a gente só precisa chegar na casa e pedir assinatura. Tem gente que você chega, fala assim: você quer que eu assine o caderno? Daqui que eu assino! Assina e acabou. Acaba que pra

gente é bom, assinou! (risos) Acabou e pronto, é o que a gente precisa realmente é a assinatura. Mas às vezes a gente quer explicar, mas as pessoas não querem ouvir.

A assinatura de um morador de cada residência no caderno de visitas do agente de saúde torna-se o documento comprobatório de que o trabalho está sendo realizado de forma contínua, dentro da área de abrangência geográfica estipulada a cada profissional. Não há como afirmar que as necessidades em saúde de cada família foram verificadas durante a visita domiciliar destes profissionais, pois para que isso aconteça, torna-se necessário conhecer a história dos usuários e do território onde estes se encontram.

Entre as atribuições estipuladas aos profissionais de saúde pela Política Nacional de Atenção Básica, encontra-se a participação no processo de territorialização. A análise da situação da saúde dependerá desta territorialização, uma vez que, a partir dela, haverá um planejamento e posterior adoção de medidas estratégicas que irão contribuir na resolubilidade do sistema. No entanto, um grande problema a ser enfrentado parte das próprias políticas norteadoras do trabalho em atenção primária à saúde, ou seja, seu modo de promover ações a grupos específicos (crianças, idosos, gestantes, adultos etc.). Nota-se assim a fragmentação na oferta de ações, com priorização assistencial e pouca atenção à necessidade da promoção de saúde e integralidade na atenção. Tal modelo reforça a dificuldade notada nos profissionais de saúde em ampliar suas visões de território e saúde (PESSOA *et al.*, 2013). Relatos da enfermeira do PSF municipal demonstram tal realidade no município:

[Quando os agentes de saúde vão fazer o cadastro de uma nova família, eles preenchem uma ficha que contém diversas informações. Como você identifica os problemas de saúde dessas famílias?] Então, tem o cadastro do domicílio e o cadastro individual. A hora que eu joga dentro do sistema, eu to falando a nível de e-SUS¹³ né? Porque antigamente era o Siab¹⁴. O Siab a gente tinha um consolidado. A gente chegou a fazer um consolidado e um diagnóstico de microárea. Então a gente sabia quantas famílias eram de baixo risco, médio risco e alto risco. [Esse risco baseado em que?] Baseado nos problemas que cada família apresenta. Antes era baseado na família, agora também temos o individual. Tipo assim: a gente primeiro verificava os doentes! A gente tinha uma tabelinha que a gente identificava assim: nessa família tem dois hipertensos de alto risco e dois analfabetos. Então isso já contava que era uma família de alto risco, entendeu? O

¹³ Novo sistema informatizado proposto pelo Ministério da Saúde que visa uma maior integração de informações sobre todos os usuários do SUS, com informações pessoais, familiares e suas rotinas no sistema público de saúde. Encontra-se em fase de implantação no município de estudo.

¹⁴ Sistema de Informação da Atenção Básica. Era utilizado para acompanhar as ações e resultados obtidos pelo Programa de Saúde da Família, e fornecer informações sobre as famílias cadastradas, suas condições de moradia, saneamento, entre outras.

analfabetismo na classificação social já entrava como família de risco. (Enfermeira PSF)

Assim como os agentes comunitários de saúde procuram localizar os “doentes” no município, a visão da profissional de enfermagem da equipe de saúde da família também confirma este modelo. A definição de riscos pessoais e familiares pela equipe atenta-se ao fato do usuário ser ou não portador de alguma patologia crônica, sendo os analfabetos incluídos como “incapazes” de cuidar da própria saúde. Tal definição, ao ser trabalhada pela equipe, demonstra que tal “visão” é trazida pelo próprio sistema público de saúde ao ensinar os profissionais a trabalhar desta forma:

*[Mas isso era uma determinação do próprio Ministério da Saúde?] Do plano diretor do Ministério¹⁵. Então tinha apostila e a gente seguiu essa apostila pra classificar, e foi o que a gente manteve para classificar as famílias. [E sobre aquele mapa da cidade fixado aqui na sala de situação, ele foi feito como?] Ele foi feito em cima deste diagnóstico! No caso foi feito em cima dos dados do antigo Siab. Tem as alfinetes verdes, vermelhas, amarelas. A vermelha é alto risco, a verde baixo risco e a amarela médio risco. E também nós identificamos gestantes, menor de dois e deficiente físico, porque são o público-alvo. As visitas têm que ser com grupos de risco: hipertensos, gestantes, menores de dois. Os agentes junto com a gente que define os grupos de risco no mapa. Por exemplo: gestante, ela chegou aqui para fazer o pré-natal, é alto risco porque ela é hipertensa, é diabética, ou teve vários abortos, aí ela já vai entrar no mapa como alto risco! **[E em cima deste mapa é que são pensadas as ações de saúde ou vocês seguem ações programadas?]** Então, nós temos as ações que já são programadas nas visitas, e naquelas pessoas de maior risco a gente já programa a visita com o profissional (...) Fulano está com problema e o agente vai fazer a visita, diagnosticou que aquela pessoa ali está com o ambiente muito sujo, que você viu que teve alguma mudança de comportamento, ela já notifica a gente, pra gente poder fazer (...) Agora a gente não usa mais o Siab e usa o e-SUS. Ele já tem concentrado todos os dados, dos profissionais, dos agentes, tudo. A única coisa que a gente vai ter que continuar fazendo são as planilhas que a gente já faz, porque além disso tudo, a gente criou uma planilha no Excel onde a gente identifica tudo por ali né? A gente sabe nome, endereço, quem é cadastro novo, quem não é, e a gente faz essa atualização uma vez por ano. A gente atualiza prontuário uma vez por ano (Enfermeira PSF).*

É comum hoje que os serviços de saúde utilizem uma demarcação territorial prévia ao programar suas ações, o que foi notado no local de estudo. O mapa utilizado atualmente no município para a identificação de grupos de risco “específicos”, construídos em cima de

¹⁵ O Plano Diretor da Atenção Básica foi uma estratégia criada pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais no ano de 2009 com o objetivo de implantar o programa Saúde em Casa. Através de oficinas educacionais, os profissionais eram capacitados para lidar com o processo de territorialização, cadastramento familiar, classificação por grau de risco, etc.

dados do antigo sistema de informações e desenhado exclusivamente pelos profissionais atuantes na equipe de saúde, deixam de incorporar novas visões sobre o território e apenas facilitam o cumprimento de metas propostas mensalmente pelo programa, ou seja, visitar grupos “específicos”.

A equipe do Programa de Saúde da Família municipal utilizou o antigo sistema chamado Siab como ferramenta para “conhecer” a realidade familiar dos indivíduos de cada microárea (conjunto de famílias acompanhadas por cada ACS dentro do município). Com base nas informações recolhidas pelos profissionais da equipe e lançadas neste sistema, é possível chegar à análise de informações como o tipo de casa de cada família, número de cômodos, energia elétrica, destino do lixo, tratamento e abastecimento de água, sistema de esgoto etc. No entanto, como afirmam Santos e Rigotto (2010), um grande desafio diz respeito à construção de ferramentas e instrumentos que levem a uma real aproximação ao território trabalhado pelas equipes de saúde e que permitam a programação de ações efetivas, principalmente de vigilância em saúde. Questões importantes à saúde humana como aquelas ligadas à problemática ambiental, como a utilização de águas contaminadas por produtos tóxicos decorrentes da instalação de alguma atividade industrial, por exemplo, não eram contempladas no Siab. Estes autores colocam, por isso, a necessidade urgente de uma “nova vigilância em saúde” que considere a problematização da saúde com base no território e, o mais importante, levando em consideração a opinião das pessoas que vivem nestes locais, a fim de que esta vigilância esteja conectada às constantes transformações que ocorrem no dia-a-dia.

Como forma de repensar este modelo, o ‘*mapeamento participativo*’ apresentado por Pessoa *et al.* (2013), demonstra-se como uma nova forma de integrar usuários e equipe multiprofissional. Este tipo de mapeamento visa à identificação das necessidades em saúde da comunidade, fazendo uso de um processo conjunto reflexivo e crítico, em que diversas dimensões (simbólica, cultural, socioafetivas etc.) são consideradas, juntamente às transformações por quais passam o território e os modos de vida dos indivíduos residentes em determinado local. Os autores evidenciaram em pesquisa-ação realizada em 2010, que o saber dos agentes sociais locais da área em estudo permitiu o reconhecimento das necessidades em saúde, respeitando os princípios do SUS (integralidade, universalidade e equidade), com grande importância principalmente em áreas ainda negligenciadas no sistema, como a saúde ambiental e do trabalhador. O desafio fica na necessidade de respeito ao saber popular e suas práticas de saúde. Sobre este assunto, Goldstein *et al.* (2013) apontam que desde a década de 1970 este tipo de mapeamento (também chamado de etnocartografia, cartografia social ou

mapeamentos humanísticos) tem sido utilizado mais intensamente, porém, deve-se estar atento para que sua produção e utilização não fique restrita às equipes de saúde, sem diálogo com outros setores e instâncias do SUS. Como alternativa eficaz, os autores apontam a necessidade deste tipo de mapeamento estar aliado a ferramentas de geoprocessamento.

Nota-se que mesmo se tratando de um município de pequeno porte, onde somente uma equipe de saúde da família e um centro de saúde atendem a toda a comunidade, a territorialização ainda não acontece de forma efetiva. Isso porque a visão demonstrada em “saúde” ainda está centrada fortemente na divisão geográfica a ser trabalhada por cada agente comunitário de saúde, com atuação de profissionais de nível superior baseados na detecção de “doenças” previamente estipuladas (grupos específicos) e sem a participação da comunidade na definição de suas prioridades em saúde. Como afirmam Santos e Rigotto (2010, p. 403):

A ampliação do olhar dos profissionais da Atenção Básica à Saúde sobre o território é estratégica para: a superação dos limites da unidade de saúde e das práticas do modelo de atenção convencional; a (re)construção do vínculo dos profissionais e do sistema de saúde com o lugar; a adequação das ações de saúde à singularidade de cada contexto sócio-histórico específico; e a incorporação efetiva do paradigma da promoção da saúde e da participação. Não é uma panaceia, mas é um ponto de partida fértil.

As atividades realizadas em grupos de “saúde” existentes no município são voltadas aos “públicos-alvo” (hipertensos, diabéticos, gestantes, entre outros) ou quando a equipe diagnostica alguma necessidade em especial na comunidade. Não se deve negar a importância da oferta de assistência a este tipo de público, porém, mais do que reunir usuários por suas “doenças”, com a criação de grupos estereotipados, torna-se necessário repensar qual o sentido destes encontros, quais os reais impactos à saúde destas pessoas. Muitas vezes, devido à grande extensão territorial municipal, os moradores da zona rural são impedidos de participar deste tipo de orientação profissional em conjunto. O encontro médico torna-se a única forma de orientação profissional a estes moradores. Além disso, a adesão aos grupos não demonstra possuir forte significado para os usuários, como demonstrado na fala dos agentes de saúde:

[Sobre os grupos, quando vocês convidam as pessoas para algum grupo específico, eles participam?]

ACS 1: Não! Não participam, muito difícil! Tem aqueles que vão...

ACS 2: Aqui na cidade é mais participativo. Que na zona rural é mais difícil também né?

ACS 1: Parece que eles não se interessam muito, acham que aquilo lá é uma bobagem que está fazendo. Tem aquelas pessoas sim, que se preocupam, que vai atrás, quer mesmo uma vida saudável, sabe? Mas tem aqueles que não

vão. Sempre nos grupos são as mesmas pessoas que vão. Nunca vai aquela pessoa que está realmente precisando.

ACS 2: Os que mais precisam nunca vão!

[Atualmente existe algum grupo em atividade?]

ACS 1: Não, então, a gente faz a agenda né? Mais no momento, teve um na zona urbana que a gente fez, e aí depois eles vão pra zona rural.

ACS 2: Mas a zona rural já aproveita quando o médico vai na consulta. Porque na zona rural é mais difícil.

ACS 1: E também não tem um local certo pra poder fazer esses grupos, sabe?

Em contrapartida, outro tipo de assistência à saúde ainda pouco valorizada no município e que demonstra benefícios significativos na vida de usuários do sistema público de saúde é o grupo de atividades físicas. Apesar de ainda ser limitado aos indivíduos moradores da zona urbana, devido aos dias de realização e ao horário, os relatos das participantes demonstram os diversos impactos positivos à saúde física e mental. A grande dificuldade ainda encontra-se na conscientização masculina quanto à necessidade em participar destas atividades. O relato abaixo, realizado no grupo de atividades físicas municipal, demonstra estes fatos...

Relato 20: *(Grupo de Atividades Físicas – Clube - 03-02-2014 – 07:50 h)*

Após permissão da fisioterapeuta Bruna, responsável pelo grupo de atividades físicas, acompanho sua rotina.

Sou orientado pela profissional a chegar antes do horário de início para ouvir das pessoas as críticas e sugestões sobre o grupo.

Formado há nove anos, as atividades acontecem duas vezes por semana (segunda e quarta), das 08:00 às 09:00 h no clube da cidade. Participam em média de quinze a vinte mulheres, com faixa etária de 22 a 72 anos.

Chego ao local às 07:40 h, e não demora para que as mulheres comecem a chegar. Todas estão uniformizadas, o que facilita a identificação.

- Veio fazer ginástica hoje moço? (risos) – Pergunta uma senhora.

Aproveito a descontração para conseguir conversar um pouco mais sobre o grupo, e explicar os motivos da minha presença. As participantes demonstram-se muito à vontade para expressar suas opiniões.

- Nossa, o grupo é bom pra cabeça da gente! Pra quem tem ou teve depressão é uma beleza! – Relata Karla.

Outras participantes do grupo vão chegando e já participam da conversa.

- *É Renato né, o seu nome? Nossa, o bom daqui é o contato com outras pessoas. Não começo eu não conseguia fazer quase nenhum exercício, depois a gente vai aprendendo. A gente ri tanto aqui! O bom é que uma ajuda a outra, ninguém liga de errar!* – Afirma Cléo.

D. Marta é uma das mais idosas do grupo, com 72 anos, e desde o início sempre participou das atividades.

- *Olha, eu participo há nove anos e vou te dizer uma coisa: antes eu tomava quatro comprimidos por dia para controlar a pressão. Agora, tomo meio! (risos) É uma beleza!* – Afirma D. Marta.

- *Pena que são só dois dias na semana, Renato. Eu comecei por indicação da médica do PSF, e foi pra ajudar na cabeça mesmo, não tenho vergonha de falar! Eu adoro!* – Volta a falar Cléo.

- *Pra mim já foi bom por causa do diabetes. Meu açúcar controlou que foi uma beleza!* – Diz Auxiliadora.

Enquanto as participantes falam do grupo, a fisioterapeuta vem chegando com um aparelho de som nas mãos.

- *O que ajuda muito é ser a Bruna (fisioterapeuta) né Renato. Ela é ótima! Nossa, nem sei o que dizer dela.* – Diz Fabíola.

- *Até vestir roupa em casa ajudou! (risos)* – Brinca Antônia.

A profissional convida primeiramente a todas para um alongamento, na rua. Em círculo as participantes acompanham os movimentos executados pela profissional, e aproveitam para conversar sobre o fim de semana.

Depois disso, todas entram no clube para iniciar os exercícios. O espaço é amplo e arejado, com banheiros e água potável. Ao som de músicas calmas, vão exercitando-se sem pressa. A flexibilidade e coordenação motora de muitas chama a atenção.

Ao fim, todas aplaudem e saem contentes do local.

- *Vamo embora começar o dia! (risos)* – Brinca Joice.

Ainda que os relatos demonstrem a importância do grupo de atividades físicas na vida das participantes, outras práticas deste tipo, voltadas a outros públicos e em outros horários, inexistem no município. Somente uma profissional de saúde atua nesta área, estando todos os demais atuando no desenvolvimento de práticas voltadas ao tratamento “curativo” de pacientes.

A saúde dos usuários do SUS, na visão dos profissionais da equipe de saúde da família entrevistados, ainda está centrada fortemente na necessidade do médico, na necessidade de exames, na medicalização e reforçados na população pelos próprios profissionais de saúde entrevistados. Não se busca a culpabilização destes profissionais, uma vez que o modelo proposto pelo sistema impõe tal padrão de “saúde familiar” baseado em estatísticas e metas. No entanto, a necessidade de uma mudança de postura e pensamento dos profissionais

também se faz necessária para que a população entenda que a “simples ausência de doença” não significa saúde. Ao propor grupos baseados em riscos traçados previamente, sem levar em consideração a realidade familiar, o cotidiano em “doença” continuará sendo o modelo de assistência municipal...

[Os grupos que são feitos são pensados como?]

Através deste diagnóstico (diagnóstico que segue os critérios de risco da equipe), ou de alguma campanha que a gente queira chamar a atenção da população. Como agora em Agosto a doutora deu a ideia da gente fazer uma conscientização da população quanto a periodicidade de exames. Porque o povo chega aqui e fala assim: doutora eu quero fazer um check-up! Eles estão muito focados na questão de exame laboratorial. Como se a saúde deles tivesse alguma coisa a ver com isso, entendeu? Como se o exame fosse salvar a vida deles! Daí a gente está pensando em fazer um grupo de conscientização nos bairros, aqui também na cidade, para explicar quando você faz um exame, para que serve o exame (...) que não é um simples hemograma que vai dar para saber se a pessoa tem alguma coisa ou não, entendeu? Porque pra eles é assim: nossa, eu tenho que fazer um hemograma, check-up completo! Eles não têm muita noção e acaba onerando o serviço (...) Porque isso pressiona o médico a fazer aquilo! O problema também é de pessoas que vira rotina passar no médico. Algumas chegam a passar no médico de duas a três vezes na semana! (Enfermeira do PSF).

O elevado número de usuários do sistema de saúde pública municipal que procuram por atendimento médico nas unidades básicas de saúde, conforme relato da profissional, demonstra que poucas atividades preventivas, de promoção e cuidado têm sido realizadas no cotidiano assistencial em saúde. A necessidade reforçada pelos agentes comunitários de saúde a cada visitar domiciliar, ao “indicar” quais pessoas devem procurar o serviço médico, tendem a gerar uma demanda cada vez maior ao sistema. Ao depositar no profissional médico a total responsabilidade pela “cura” de cada indivíduo, os serviços tendem a ficar sempre “com filas” e sem demonstrar a importância de cada profissional atuante na equipe.

Muitas pessoas pressionam o serviço a fazer o que elas querem! Uma mãe, ou o próprio usuário, ele pressiona o serviço. Porque ele começa a vir tanto, que a gente chegou a conclusão que a gente precisa trabalhar mais grupos, tem que indicar essas pessoas pra outros profissionais, desmistificar um pouco o médico, o profissional médico. Colocar o médico dentro dessa equipe multiprofissional e tentar trazer esse povo pro outro lado. Por isso que a gente quer essa reforma (da unidade física), pátio, NASF (Enfermeira PSF).

A reforma da unidade com ampliação do espaço físico que favoreça a realização de atividades em grupo e a inclusão de novos profissionais na equipe através do Núcleo de Apoio

à Saúde da Família (NASF), como educador físico, psicólogo, entre outros, poderá auxiliar na reestruturação do modelo assistencial municipal atual. Para isso, no entanto, torna-se fundamental que todos os profissionais, sobretudo médicos, estejam empenhados em também mudar “para o outro lado”, ou seja, para o lado de uma promoção de saúde ampliada...

(...) O povo está muito focado na questão médica, na questão de apoio diagnóstico. Eu acho que quem acaba com o sistema, não digo na sua maioria, mas é o profissional médico. Ele medicaliza a saúde! Centraliza nele e isso faz mal pra saúde, entendeu? Porque a pessoa não quer saber de outro profissional, ela quer saber do médico. Como se o médico fosse salvar a vida dele! (Enfermeira PSF).

A centralidade do médico nas unidades de saúde demonstra a fragmentação no trabalho realizado pela “equipe” de saúde municipal. Com funções padronizadas, este profissional é quem prescreve exames e medicamentos, ou seja, oferece assistência curativa aos usuários. O trabalho multidisciplinar não acontece de forma efetiva, o que gera insatisfação aos outros profissionais que também têm sua importância no sistema, mas que são vistos de forma secundária.

Gomes *et al.* (2013b) afirmam a importância de se pensar a fragmentação nos serviços de saúde, uma vez que esta encontra-se desde a estrutura dos serviços até as relações de poder existentes. Faz-se presente ainda no usuário dos serviços de saúde que é objetivado na relação com o outro e na descontinuidade das ações realizadas, o que dificulta a garantia de práticas de integralidade no setor. Para os autores, a formação de equipes multiprofissionais ainda não superou o distanciamento de cada especialidade no cotidiano dos serviços. Somente através de uma ação conjunta baseada no respeito e na necessidade dos diversos saberes e práticas em prol da saúde de cada usuário, é que será possível a oferta de uma prática integral.

Devido ao modelo de oferta de ações baseadas na realização de exames, consultas e medicação facilitada em relação a outras cidades, usuários do SUS de outras localidades começam a enxergar no local de estudo uma forma de conseguir uma “porta de entrada” no sistema, passando a alugar imóveis no município ou mudar para a casa de parentes. A excelência em prestar auxílio rápido aos moradores é reforçada pelos profissionais entrevistados, os quais demonstram que o modelo de saúde ofertado atualmente é de ótima qualidade. Não se nega que há no município uma maior facilidade em ofertar ações curativas, as quais também são necessárias ao sistema, mas questiona-se aqui se tal modelo é suficiente para a garantia de saúde dos usuários do serviço...

[O que uma família nova no município precisa para fazer o cadastro no PSF?]

ACS 1: *O que está pedindo agora é o cartão SUS, é essencial.*

ACS 2: *Tem também que estar há seis meses no município para ser cadastrado no sistema. O certo é usar depois de seis meses, mas o povo vem e já usa logo de cara.*

ACS 1: *Já vem e já usa!*

ACS 2: *É, igual, tem uma família que chegou há pouco tempo, mais é todo mundo hipertenso, diabético, aí como que vai esperar seis meses? E aqui, a realidade daqui, é o que eles falam assim, uma família fala pra outra, nós mudamos pra lá, o sistema é bom, a gente consegue tudo rápido, vai pra lá! E aí, as vezes acontece, né, de família que vem, trata, melhora e vai embora. Teve uma família da zona rural da outra agente, que o menino tinha um tumor no ombro, veio fez o tratamento, a cirurgia e foi embora.*

ACS 1: *Fez o que tinha que fazer e foi embora!*

ACS 2: *Eles vem só pra usar o que não tem lá fora. A saúde aqui, perto de outros municípios é primeiro lugar mesmo. Em cidades vizinhas mesmo, para conseguir um exame marcado, é de três em três meses que formam as filas.*

A quantidade de gente que tá vindo pra cá, que a gente tá ouvindo que tá vindo pra cá porque a saúde daqui é boa! Eu vejo aqui na farmácia pela quantidade de medicamentos que estão saindo. E assim, o nosso incentivo financeiro pra compra de remédios não aumenta! Aí a gente faz o pedido e fica complicado, porque tem muita gente pegando medicamento, que a saúde é boa, é boa... (Farmacêutica 2).

Tanta procura pela oferta de procedimentos (exames, consultas etc.) em “saúde” no município pode referir-se ao que Franco e Merhy (2013) chamam de “produção imaginária da demanda”. Segundo os autores, a construção imaginária do procedimento acarreta a produção imaginária da demanda, ou seja, o usuário passa a acreditar que o necessário é o procedimento e não o cuidado, desconsiderando a importância da atenção da equipe. Neste sentido, o procedimento ganha uma potencialidade inexistente de produzir cuidado. Vale ressaltar que, para os autores, esta demanda criada em torno do exame/procedimento também faz parte da classe dos trabalhadores da saúde, os quais têm incorporado o modelo “médico hegemônico” na necessidade de produzir tantos procedimentos. Acontece assim uma produção imaginária da oferta sustentada pelo modelo tecnoassistencial que leva ao alto consumo deste tipo de serviço. A gênese da produção imaginária da demanda, a qual representa uma construção sócio-histórica, relaciona-se diretamente aos modos de como os modelos tecnoassistenciais de saúde foram constituídos.

Quando um usuário procura “ajuda” nos serviços de saúde, este não está somente atrás de exames e sim de outras soluções aos seus problemas. Quando os profissionais de saúde demonstram-se “cúmplices” destes indivíduos, boa parte do que estes procuram é atingido, derrubando a segurança ilusória da necessidade de procedimentos e exames. Os usuários

procuram nas unidades de saúde a construção de relações de segurança, o entendimento de que seus problemas têm solução e, sobretudo, o compromisso do profissional na realização de ações em defesa e qualificação de sua vida (MERHY, 2013).

A escuta, o vínculo e o acolhimento tornam-se peças fundamentais para que os profissionais de saúde não impeçam a construção de uma relação dinâmica e fiquem enclausurados em seus saberes predefinidos e práticas individualizadas baseadas numa superioridade epistemológica, negando o outro como sujeito de sua saúde. A relação construída entre os sujeitos torna-se primordial para que o trabalho em equipe aconteça, sendo o usuário o protagonista com o qual e do qual os profissionais atuam em conjunto para produzir saúde (GOMES, 2013b).

Para Franco e Merhy (2013, p.210):

(...) um serviço de saúde de novo tipo pode produzir um outro referencial para os usuários, que desconstrua o imaginário que têm sobre o procedimento, dando-lhe a dimensão exata do que é, e ressignificando a ideia do cuidado, valorizando sobretudo o trabalho realizado por todos os profissionais de saúde e as tecnologias relacionais muitas vezes relegadas em função da dureza do modelo hegemônico e da própria forma como esse modelo está estruturado na cabeça de cada trabalhador e usuário.

O modelo de serviço de “saúde” demonstrado em ambas as unidades no município em estudo, cria nos usuários e profissionais da área uma necessidade em produzir e ofertar práticas que visam à “cura”, baseando-se em maneiras de atingir metas estipuladas pelo sistema e incluindo poucas práticas de integralidade no cuidado ao outro.

As mudanças esperadas para a oferta de serviços “menos curativos”, segundo a profissional coordenadora do PSF depende de uma maior integração da comunidade com o sistema de saúde e, sobretudo, da mudança no perfil de funcionamento dos serviços, não possuindo relação com o tempo de instalação do programa no município...

[E vocês acham que essa visão que as pessoas têm do PSF, de ainda ser curativo, vai mudar com o tempo?] Eles vêm para cá quando eles estão doentes para ter assistência médica, essa é a visão deles! Eles não têm aquela coisa: ah, eu tenho que cuidar antes da doença chegar! Eu tenho que procurar o posto pra ter uma rotina de prevenção para que eu não fique doente (...) Eu acho que não é uma questão de tempo. Eu acho que é uma questão de mudança do perfil do serviço, entendeu? É complicado, mas você precisa ter mais participação da comunidade dentro da unidade. Na busca da informação mesmo, a até a passagem da informação tem que ser adequada (...). (Enfermeira PSF).

Desta forma, sem uma “interação” que permita aos usuários conhecer normas específicas sobre o funcionamento dos serviços de saúde, em um município com grande extensão territorial, o direito a voz torna-se fundamental ao procurar alternativas que correspondam às reais necessidades em saúde da população municipal.

5.1. O poder de voz do grupo: Conferência Municipal de Saúde

As conferências municipais de saúde são espaços democráticos que têm como objetivo a construção de políticas de saúde, em que toda a comunidade tem o direito de expressar suas opiniões e decidir os rumos a serem trilhados pelo serviço de saúde, seja em esfera municipal, estadual ou nacional (CONASEMS, 2003). É neste momento que as soluções para os problemas enfrentados pela comunidade na área de saúde devem ser pensadas em conjunto. Lacerda e Valla (2013, p.97) afirmam que:

Problemas ocorrem quando profissionais de saúde e gestores decidem implementar projetos de saúde nas comunidades sem um contato prévio com a população. Esses projetos tendem ao fracasso, pois se organizam a partir de representações e visões de mundo diferentes.

Em nível municipal, as conferências devem acontecer a cada quatro anos, ou ter seu prazo reduzido por determinação legal segundo a Lei 8.142/90. O principal responsável por sua realização é o secretário municipal de saúde, juntamente com o conselho municipal e o prefeito.

Anteriormente à realização da IV Conferência Municipal de Saúde do município de estudo, quatro pré-conferências foram realizadas a partir do mês de outubro de 2013 em diferentes bairros rurais e urbanos, com o objetivo de eleger os delegados¹⁶ representantes destes locais e ouvir antecipadamente o que os moradores tinham como reivindicação para os serviços de saúde. Tais propostas levantadas seriam levadas para votação na IV Conferência Municipal de Saúde, e nela somente os delegados eleitos possuem poder de voto.

A responsabilidade pela organização das pré-conferências, bem como a escolha dos locais, horário e comunicado antecipado às comunidades foi da comissão organizadora, que no ano de 2013 contou com cinco profissionais da área administrativa em saúde.

¹⁶ Os delegados são pessoas que têm direito à voz e voto no dia da Conferência de Saúde. Os usuários do SUS devem totalizar 50% do número de delegados, sendo o restante correspondente a 25% de profissionais de saúde e 25% de gestores e prestadores de serviço.

Durante estes eventos, uma enfermeira integrante desta comissão foi a responsável por apresentar o tema proposto para o evento: “Acesso e acolhimento com qualidade – um desafio para o SUS, patrimônio do povo”. Em sua fala, outros pontos também foram abordados em todas as comunidades, como a importância do autocuidado; a necessidade das propostas de interesse dos moradores; a importância da eleição de dois delegados que representariam o respectivo bairro no dia da conferência municipal; o funcionamento dos serviços prestados pelo NASF no âmbito municipal e a satisfação da qualidade na prestação de serviços médicos. Além destes assuntos, a profissional expôs as atividades prestadas pela equipe de saúde da família, que trabalha os indicadores e metas a serem cumpridos mensalmente pela equipe. Enfatizou também a necessidade da atenção primária como porta de entrada aos serviços de saúde no município em questão.

O secretário municipal de saúde também esteve presente durante a realização de todos estes eventos. Em todos os locais, abordou as dificuldades em manter os serviços de exames, veículos e médicos especialistas (urologia, dermatologia, vascular). Além disso, apresentou aos moradores os recursos e repasses financeiros durante o ano de 2013. Nenhum questionamento acerca deste tipo de assunto foi feito pelos moradores do município em questão, mesmo com a disponibilidade do profissional em atender às dúvidas sobre o assunto.

A predominantemente preocupação com a oferta de serviços médicos, o cumprimento de metas e o financiamento do sistema de saúde municipal foi recorrente na fala dos profissionais.

5.1.1. Pré-conferência - Centro – Zona urbana

No dia oito de outubro de 2013, às 18:00-h, no salão da câmara municipal, foi realizada a primeira pré-conferência com os moradores da zona urbana do município. Situado em local de fácil acesso, todos os moradores foram comunicados pelo serviço de aviso sonoro da igreja católica sobre a realização do evento. Além disso, comunicados foram fixados em pontos estratégicos da cidade.

Diferente das outras pré-conferências, neste local o secretário municipal de saúde pôde explorar, devido a maior disponibilidade de recursos audiovisuais, a produção dos serviços de saúde por meio de gráficos e tabelas, as ações ofertadas pelo programa de saúde ocular, a produção do laboratório de análises clínicas prestador de serviços, os gastos com medicamentos que não são ofertados pela farmácia básica municipal, mas que são liberados

pelo serviço social aos moradores e pagos pelo serviço de saúde e os custos das subvenções pagas aos hospitais da região pela prestação de serviços aos moradores do município.

Como proposto pelo pesquisador ao secretário municipal de saúde, a escola de ensino médio foi convidada a participar do evento. Com a autorização da diretora escolar, todos os alunos e professores fizeram-se presentes.

Após a apresentação dos profissionais, o espaço foi aberto à discussão sobre os principais problemas enfrentados pelos moradores no serviço de saúde pública. A interação da comunidade chamou a atenção quando jovens, adultos e idosos reuniram-se em pequenos grupos e buscaram, em conjunto, as melhores propostas para a melhoria dos serviços atualmente ofertados. A dinâmica foi proposta pelos jovens presentes no evento.

Os seguintes itens foram colocados como solicitação a serem levadas à conferência:

- 1 - Academia na praça com acompanhamento de profissionais da área;
- 2 - Captura de animais abandonados;
- 3 - Melhorias no sistema de saúde (como um todo);
- 4 - Melhorias no atendimento da zona rural com médicos para fazer consultas e não agentes de saúde para coletar assinaturas;
- 5 - Kits de primeiros socorros em pontos estratégicos na cidade com capacitação dos profissionais envolvidos. Capacitar toda a população interessada;
- 6 - Melhoria dos equipamentos e veículos da saúde;
- 7 - Médicos plantonistas;
- 8 - Consultas médicas com mais agilidade (médicos especialistas);
- 9 - Médicos atendendo nos feriados e finais de semana;
- 10 - Mais de um carro atendendo no plantão 24 horas;
- 11 - Contratação de um médico urologista para tratar a saúde do homem;
- 12 - Dermatologista durante duas vezes na semana no centro de saúde;
- 13 – Não agendamento de consultas médicas no programa de saúde da família;
- 14 - Contratação de profissionais do NASF – dar prioridade para os profissionais do município;
- 15 - Procurar nova forma de captação de água, uma vez que a população aumentou e a quantidade de água continua a mesma;
- 16 - Fazer trabalho de conscientização com a população a respeito do lixo;
- 17 - Carga horária cumprida pelos funcionários (por alguns);
- 18 – Melhorias na infraestrutura do matadouro;
- 19 - Assistência médica 24 horas no município;

20 - Contratação de uma profissional ginecologista do sexo feminino.

Duas mulheres foram eleitas como representantes para a IV Conferência Municipal de Saúde, sendo uma delas professora local. Um total de 86 pessoas participou do evento.

5.1.2. Pré-conferência - Bairro Pedreira – Zona rural

Entre os bairros rurais, este localiza-se o mais próximo da cidade. Percebe-se no local casas amplas e com boa infraestrutura, além de automóveis nas residências.

Não existe escola neste bairro, sendo todos os alunos levados a estudar na cidade nos três turnos de funcionamento.

A pré-conferência foi realizada no dia nove de outubro de 2013, em uma capela do bairro, às 13:00-h. Estiveram presentes quinze moradores locais, os quais pouco interagiram com os profissionais da equipe de organização do evento.

As propostas sugeridas ao serviço de saúde pelos moradores desta comunidade foram:

- 1 - Coleta de lixo nos bairros;
- 2 - Contratação de um médico urologista;
- 3 - Mais uma dermatologista para o município;
- 4 - Material permanente para o psicólogo;
- 5 - Acupuntura e homeopatia;
- 6 - Atividade física nos bairros da zona rural;

Como delegadas foram eleitas duas moradoras locais para representação no dia da conferência municipal.

5.1.3. Pré-conferência - Bairro Andorinhas – Zona rural

Distante da cidade, este bairro fica a aproximadamente cinquenta minutos de carro do centro. Marcado pela desigualdade econômica e pelo difícil acesso dos moradores aos serviços urbanos, o principal meio de transporte das famílias é a condução escolar que passa pelo bairro em horários fixos durante os dias da semana.

Com a desativação da escola de ensino fundamental, todos os alunos em idade escolar passaram a ser levados para a cidade, sendo o local utilizado atualmente como unidade de saúde rural.

Neste bairro a pré-conferência aconteceu no dia dez de outubro de 2013, às 09:00 h, reunindo comissão organizadora e comunidade. Participaram deste evento cerca de quinze moradores locais.

As principais reivindicações dos moradores foram:

- 1- Condução para pacientes que precisam fazer exames e consultas;
- 2 - Profissional nutricionista uma vez por mês nos bairros;
- 3 - Carro disponível somente para o bairro no período de férias escolares;
- 4 - Atividade física uma vez por semana nos bairros da zona rural;
- 5 - Condução;
- 6 - Melhorias no abastecimento de água e nas estradas do bairro;
- 7 - Adequação na estrutura física e equipamentos para equipe multidisciplinar de saúde;
- 8 - Palestras preventivas em saúde.

Em votação aberta, os moradores elegeram por unanimidade um homem e uma mulher como seus representantes para a IV Conferência Municipal de Saúde.

5.1.4. Pré-conferência - Bairro Capelinha – Zona rural

Realizada no dia dez de outubro de 2013, às 12:00-h, na capela do bairro, a pré-conferência contou com a participação de dez moradores.

Este bairro também se encontra distante da cidade, e o sistema de ensino funciona como nos bairros já citados anteriormente. As famílias vivem basicamente da agricultura familiar e as condições das moradias são boas.

O bairro com menos sugestões de melhorias ao sistema foi este, ainda que muitas tenham sido as necessidades notadas no local. Tais moradores solicitaram:

- 1 - Continuação de atendimento médico uma vez por mês;
- 2 - Ampliação do local de atendimento, com estrutura física adequada;
- 3 - Atividade física nos bairros da zona rural, com equipe multidisciplinar.

Como representantes foram escolhidos um casal morador do bairro, que se dispôs prontamente a participar da conferência.

Após esta sequência de pré-conferências realizadas no município, os delegados foram definidos e todas as propostas listadas para apresentação e votação na IV Conferência Municipal de Saúde.

Em data antecipada, todas as autoridades municipais e delegados foram comunicados por aviso escrito sobre a data e o local da realização do evento. Avisos sonoros continuaram a convidar toda a população para participar deste ato democrático.

5.1.5. IV Conferência Municipal de Saúde

O evento aconteceu no dia primeiro de novembro de 2013, às 13:00 h, em um clube situado no centro da cidade. Estavam presentes no local todos os membros da comissão organizadora, o secretário municipal de saúde, o prefeito municipal, os profissionais de saúde atuantes no município, os delegados eleitos em cada pré-conferência e a comunidade em geral, totalizando 77 pessoas.

A conferencista do evento convidou a compor a mesa do evento todas as autoridades presentes, sendo todos os delegados encaminhados a sentar em local previamente reservado.

O prefeito municipal foi responsável pelo pronunciamento de abertura, destacando a importância da realização da IV Conferência de Saúde no âmbito municipal, ressaltando a necessidade do conselho de saúde na discussão das políticas de saúde e da participação popular no apontamento de diretrizes, apostando no cidadão como representante da opinião pública.

Após as palavras do prefeito municipal, a presidente do conselho municipal de saúde e enfermeira da comissão organizadora tomou a palavra para abordar assuntos gerais referentes ao sistema público de saúde no âmbito municipal. O tema geral sobre acesso e qualidade na oferta de serviços foi explorado de forma clara e objetiva. Além disso, os desafios dos gestores do SUS a fim de garantir o funcionamento correto do sistema, explorando questões quanto à diferença nos níveis de atenção (primário, secundário ou terciário) foi explicado em linguagem simples à população ouvinte. A relação de profissionais atuantes no município, bem como a produção de cada área (vigilância em saúde, NASF, programa de saúde na escola etc.) e gastos com o sistema de saúde no período de Janeiro a Agosto de 2013 foram apresentados em formato de gráficos ao público.

Novamente com a palavra, a conferencista explicou como as pré-conferências de saúde aconteceram, bem como os locais e datas, e explicou sobre a eleição dos delegados em cada um dos eventos. Desta forma, cada sugestão proposta nas pré-conferências eram exibidas em tela ampla, para decisão dos delegados com poder de voto. O público demonstrou-se

participativo, e apontava pontos positivos e negativos em relação às propostas a serem aprovadas.

O maior número de votos a favor de uma determinada proposta levaria a sua aprovação. Desta forma, as seguintes propostas foram aprovadas por unanimidade:

- 1 - Academia na praça da cidade com acompanhamento de profissionais da área;
- 2 - Melhoria dos equipamentos e veículos do sistema público de saúde municipal;
- 3 - Contratação de um médico urologista para tratar a saúde do homem;
- 4 - Nova forma de captação de água, devido aos recursos hídricos insuficientes;
- 5 - Trabalho de conscientização com a população a respeito do lixo;
- 6 - Melhorias na estrutura física do matadouro municipal;
- 7 - Coleta de lixo nos bairros rurais;
- 8 - Material permanente para psicólogo, fonoaudiólogo e fisioterapeuta;
- 9 – Serviços de acupuntura e homeopatia;
- 10 - Atividade física nos bairros da zona rural com profissional da área;
- 11 - Profissional nutricionista uma vez por mês nos bairros rurais;
- 12 - Arrumar estradas rurais;
- 13 - Ampliação e adequação na estrutura física e equipamentos para equipe multidisciplinar;
- 14 - Palestras preventivas em saúde;

Apesar de constituírem espaços democráticos, permitindo aos usuários do sistema público de saúde o direito à voz, a Conferência Municipal de Saúde contou com a participação de uma pequena parte da população em estudo. O direito a levar ao poder público às necessidades em saúde coloca os usuários do SUS frente às “autoridades” no assunto.

O constrangimento e o medo em expor opiniões pessoais, certamente faz com que muitos usuários deixem de se manifestar ou até mesmo participar destes eventos. O distanciamento cultural e social entre as “classes” presentes (usuários x autoridades) impõem barreiras que demonstram a superioridade criada pelo saber biomédico frente aos problemas de saúde reais vividos nos bairros rurais, urbanos, no âmbito familiar ou mesmo no dia a dia individual. Como falar de problemas que são meus (enquanto usuário) ou nossos (do bairro), e não deles (autoridades)?

De forma ampliada, as conferências de saúde trazem discussões que giram em torno de dois eixos: liberdade e necessidade. Como um direito, a liberdade possibilita aos usuários do sistema a participação e a fala de questões que os afligem, ao recorrer a um sistema que tem como objetivo a “cura” ou a “manutenção” de um estado de saúde “normal”. No entanto,

a necessidade traz questionamentos aos usuários do sistema de levar em consideração não somente os problemas que os atingem a nível individual, mas a nível coletivo: do que nós precisamos?

Como afirma Dagnino (2004), é preciso estar atento a este tipo de processo de construção democrática. Apesar de os espaços públicos representarem significativos avanços conquistados através da Constituição de 1988, onde a sociedade civil passou a atuar na gestão da sociedade, o processo de encolhimento do Estado e aumento da transferência de suas responsabilidades sociais para a sociedade civil tem sido cada vez maior. A representatividade deste público torna-se fundamental para que por meio da participação nos espaços abertos à discussão e formulação de políticas públicas ligadas a questões de saúde ou qualquer outra área, estes indivíduos não se deparem com situações onde devem apenas assumir funções e responsabilidades limitadas a implementar e executar políticas públicas. Com um papel secundário, estes indivíduos atuam realizando serviços antes considerados como dever do Estado, deixando de dividir o poder de decisão quanto à formulação de novas políticas que sejam realmente efetivas. Para a autora, uma maior igualdade, em todos os níveis das relações sociais implica “reconhecimento do outro como sujeito portador de interesses válidos, de aspirações pertinentes e de direitos legítimos” (TELLES, 1994, p. 46).

Além disso, este processo implica a construção de uma “dimensão pública da sociedade” (DAGNINO, 2004), onde os direitos possam ser consolidados como critérios para o debate, o diálogo e os acordos de conflitos, favorecendo o rearranjo de uma dimensão ética da vida social. Os cidadãos beneficiados com um sistema público de saúde (moradia, alimentação e outras políticas sociais) por parte do Estado não são vistos, em grande parte das vezes, com direitos a ter direitos, mas “como seres humanos “carentes”, a serem atendidos pela caridade, pública ou privada” (DAGNINO, 2004, p. 108).

Ao participar da vida em comunidade, a informação sobre o funcionamento do sistema de saúde municipal deve estar aliada ao “direito à voz” de todos. Como afirma Dowbor (2008), a sociedade civil sempre precisa estar sabendo de tudo o que está acontecendo, seja no setor de saúde, da energia, entre outros. Para o autor:

O cidadão bem informado saberá tomar iniciativas que combinam o seu interesse específico com a lógica sistêmica do processo. Em outros termos, a informação adequada, e bem distribuída, constitui simultaneamente um instrumento de cidadania e de racionalidade do desenvolvimento social (DOWBOR, 2008, p. 2).

Ao analisar todas as propostas em conjunto, percebe-se a grande dominação do modelo biomédico na fala dos moradores do município. As necessidades de saúde são vinculadas à necessidade de maior quantidade de atendimentos médicos e de outras especialidades, a extensão do tempo de serviço destes profissionais nos fins de semana e feriados, a disponibilidade de kits de primeiros socorros e capacitação básica da comunidade, a necessidade de não só o agente de saúde realizar visitas domiciliares. Fato curioso relaciona-se a maioria destes pedidos surgirem em pré-conferência realizada na cidade, onde o serviço de saúde é de mais fácil acesso em relação à zona rural.

Os costumes e tratamentos em saúde das comunidades rurais certamente se diferem em grande parte daqueles vividos na cidade. A quilômetros de distância das unidades de saúde, longe dos consultórios bem estruturados, estes moradores adaptam-se mais facilmente aos recursos que são disponíveis. Por isso, percebe-se em suas falas acanhadas, a preocupação com a estrutura física dos locais de atendimento, a necessidade de atividades físicas, a destinação correta do lixo, o tratamento da água etc. Suas atividades exercidas no campo não são consideradas como importantes neste debate.

No entanto, apesar de muitas propostas terem sido recolhidas nos bairros rurais e na cidade durante às pré-conferências, por que somente algumas foram aprovadas no evento final? Quais os motivos que levam o sistema a então “ouvir” as necessidades dos usuários do SUS e a “calar” alguns pedidos realizados por eles?

As propostas finais aprovadas demonstram a necessidade da área de saúde municipal em ampliar os modos de lidar com métodos centrados em produção de dados ligados às doenças. Aponta para necessidade desta área atuar em conjunto com outros setores, como o de infraestrutura urbana e rural, transporte, meio ambiente, educação, entre outros.

O pensar “no coletivo” exige dos representantes eleitos como delegados da conferência, a responsabilidade de refletir sobre as melhorias que tendem a beneficiar o maior número de pessoas no seu bairro, na sua cidade. Porém, a captação, a interpretação e a resolução dos problemas levantados cabem ao sistema público de saúde municipal por meio de sua área administrativa.

Desta forma, a presença de alguns delegados da área da saúde pode influenciar a decisão final do grupo na votação das melhores propostas? Seriam aprovadas as propostas que trazem melhor solução aos problemas em saúde local ou aqueles com maior facilidade em resolução por parte do sistema?

A voz do grupo durante a conferência demonstra uma proposta de mudança, ainda que tímida, ao atual modelo biomédico dominante. Além da oferta de médicos e especialistas,

outros fatores do cotidiano foram levados em consideração na busca pela saúde dos moradores locais, como a necessidade de atividades físicas regulares, a necessidade de água tratada, os riscos da ingestão de alimentos contaminados, a necessidade da coleta de lixo acumulado nos bairros rurais e a inclusão de terapias alternativas (homeopatia e acupuntura) nos serviços de saúde, os quais serão discutidos adiante. Dos quatorze itens aprovados por unanimidade, somente um deles ressalta a necessidade de mais um médico urologista. Tais pedidos refletem às diferentes situações vividas no cotidiano em “saúde” por diversos indivíduos residentes no município.

6. Quando o indivíduo fala: ações e percepções em saúde

Lacerda e Valla (2013, p.95) afirmam que:

As necessidades em saúde ou demanda de cuidados médicos fazem parte do imaginário social e, portanto, estão permeadas de conteúdos simbólicos. Traduzir as necessidades e demandas – ou seja, dar voz aos sujeitos – pode ser uma das estratégias para se organizar as práticas de integralidade em saúde nos serviços públicos. Isso significa que a ação dos sujeitos na busca de melhorias e enfrentamento dos problemas individuais e coletivos merece uma atenção especial por parte dos profissionais e gestores.

O cotidiano vivenciado junto aos usuários do SUS demonstra uma grande diversidade das formas de agir e falar sobre saúde. Os problemas e atitudes acompanhados levam a uma série de questionamentos que podem facilitar a compreensão das necessidades em saúde e assim propor novas maneiras de lidar com situações tão pessoais.

Separadas por temas, os relatos a seguir demonstram algumas situações vivenciadas durante estadia no campo de estudo e anotadas no diário de campo, sob os diversos pontos de vista ao (re)pensar saúde(s).

6.1. Saúde e cuidado: o outro precisa de mim

Relato 21: *(Centro de fisioterapia - 06-02-2014 – 10:10 h)*

Sou convidado pela fisioterapeuta Vivian a conhecer Luciana e seu filho Rafael, quatro anos, paciente com paralisia cerebral.

Quando chego ao local a mãe encontra-se sentada e o filho já está sob os cuidados da profissional.

Vivian apresenta-me a Luciana e explica que sou estudante e que fui convidado por ela a conhecer a história do paciente. A mãe mostra-se bastante receptiva e Rafael sorri.

- Esse rapaz aqui Renato, é o Rafael! Ele é muito bonito e muito arreiro (risos). Ele fica bravo quando eu faço alongamento nele (risos) – Diz a fisioterapeuta.

Rafael sorri, e brinco com ele. O sorriso chama a atenção com dentes tão bem cuidados. Mesmo com suas limitações o paciente interage com todos.

- Você quer saber sobre nosso dia-a-dia? (risos) Já andamos muito, né Rafael?

Não preciso fazer perguntas. A mãe logo prende nossa atenção com sua história.

- É Renato? (risos) Óh, eu não sei falar coisa difícil não! (risos) Vou falando e qualquer coisa você me fala, tá? O Rafael começou essa rotina de tratamentos desde os quinze dias de vida. É meu filho único. Pra falar a verdade, nossa salvação é tudo ser público: aqui, em NH¹⁷, PO, SR. Vou te falar onde ele trata, tá? (risos) Em SR ele vai no Viva Vida, pelo SUS. Lá tem fisio, fono, nutricionista, pediatra, tudo isso! Lá em frente tem o neurologista dele, na Interclínicas. Tudo isso de três em três meses. Lá em SR ele também faz equoterapia, foi ótimo pro equilíbrio dele! Antes ele nem afirmava o pescoço. A saúde daqui que paga e sempre busca a gente e leva em tudo. A única coisa que eu pago é a natação, ai é particular. Em NH ele tem o centro de reabilitação. Lá que ele conseguiu a órtese, que logo vai ter que trocar. Lá também ele ganhou a cadeirinha adaptada. Em PO é na AACD. Não é do SUS, mais é de graça também! Lá também tem fono, fisio, pedagoga, terapeuta ocupacional, musicoterapeuta, ah muita gente! (risos) E pra todas essas viagens é o carro daqui que me leva viu! Eles me ajudam muito! Saímos as duas da manhã de casa e chegamos umas oito da noite. Lá eu só gasto com o almoço. Aqui em VR ele também tem assistência. Vem aqui na fisio, vai na fono, na psicóloga, no pediatra. Nossa, não sei nem agradecer! (risos)

- E ele estuda?

Rafael ouve e já confirma com a cabeça. Rimos juntos.

- Estuda sim, aqui no pré! No ano passado, quando ele entrou eu tinha um pouco de medo. Mãe né? (risos) Mais a tia Luiza e a Tia Meiriele adaptaram-se super bem com ele. E ele adora os coleguinhas! (risos). Ele já teve convulsão e ainda toma três remédios. Graças a Deus agora ele não tem crises faz tempo.

- Com tudo isso você não pode trabalhar fora, né?

- Não tem jeito. Não posso pensar nem em ficar doente! (risos). Minha maior dificuldade é o dinheiro mesmo. Eu tenho carro, mais não posso levá-lo em tudo. Como moramos na roça,

¹⁷ Todos os nomes de cidades foram relatados no trabalho através de siglas.

uso o carro só quando acontece alguma coisa e o carro da saúde não pode ir. Já entramos com o pedido de benefício pro Rafael, e agora é só esperar a decisão da juíza.

- E em casa, como é o Rafael?

- Bagunceiro! (risos – troca de olhares com o filho) Agora ele não para mais no chão, vai pra todo lado da casa. Já dorme no quarto sozinho, Renato. A psicóloga que me ajudou nisso (risos). Eu também ajudo na estimulação dele em casa. Tudo que a fisio e a fono mandam, eu faço!

- Ah entendi! Então em casa ainda tem mais, hein Rafael! Você não para hein? – Brinco com o garoto.

- Graças a Deus o Rafael é uma criança normal. A saúde dele é ótima! Tem esse chiado no peito, mas é pela dificuldade da deglutição. Mas nisso a fisio ajuda muito! Aliás, todos os profissionais que cuidam dele são ótimos! Os motoristas também. Pagar tudo isso só se eu fosse muito rica! (risos)

Permanecemos na sala e observamos a sessão. Rafael chora quando a profissional faz alongamento em suas pernas, mas adora quando fica sobre a bola.

- Mas nesse tempo todo, eu vejo que ele só evolui. Às vezes dá vontade desistir de tudo, mais ai vejo que ajuda ele. Já me disseram que o Sarha em HB é ótimo, mais é muito longe. E depois, aqui consigo tudo!

Ao final, Luciana pega o filho no colo e oferece suco. O menino reclama do bico da mamadeira, e a mãe tira. Oferece o líquido apenas no copinho. A sintonia e a interpretação por olhares impressiona.

Despeço-me e agradeço a boa vontade da mãe e da profissional em compartilhar comigo a história de Rafael.

Prometo ao garoto uma visita na escola para vê-lo na bagunça, e ele ri.

Quando Luciana deixa a sala com o filho no colo, a profissional adverte:

- Luciana, você também vai precisar de fisio. Você está ficando com a coluna torta de carregar o Rafael no colo.

A mãe sorri e segue para continuar o dia que ainda terá outros compromissos.

O relato acima demonstra a relação saúde-cuidado para além de uma visão centrada unicamente no que poderia ser para tantas pessoas a denominação de mais uma “doença”, dentre as tantas já listadas na atualidade. A relação de cuidado mãe-paciente-profissional demonstra a ampla visão do cuidar, numa perspectiva de saúde diferenciada.

O cuidado permite a sobrevivência das espécies fazendo-se presente na organização da vida, objetivando sempre o bem viver fazendo uso de pensamentos racionais. Presente no cotidiano e longe de ser uma atribuição unicamente familiar, o cuidado é um processo dinâmico de promoção à vida, que também foi incorporado por instituições de serviços voltados à saúde humana. O grande desafio profissional de promover saúde frente à prática do cuidado ainda é, no entanto, o que demonstra a complexidade da compreensão das relações entre os sujeitos, seus conhecimentos, seus projetos e condições (ERDMANN *et al.*, 2004).

Desde o pré-natal a criança tem sua vida monitorada, tendo os pais e familiares que realizar uma série de regras para a garantia de um crescimento “saudável” e que permita um desenvolvimento “normal”. Cuidados com o banho, a amamentação, a imunização, o controle de peso e altura, entre inúmeros outros pontos. Mello *et al.* (2012) apontam, no entanto, que essa rotina de encontros entre profissionais de saúde e famílias exige flexibilidade e adequação às particularidades de saúde de cada criança, dentro de seu contexto familiar e sociocultural. Tal assistência ao instituir “ideais de saúde” centrados unicamente na detecção de agravos distancia-se do cotidiano dos sujeitos envolvidos, já que a capacidade técnico-científica não garante uma atenção à saúde de qualidade e, sobretudo humanizada.

As dificuldades enfrentadas desde o nascimento de Rafael não foram motivos para a família e os profissionais enxergarem nele uma criança “doente”, mas que considerassem nas atividades de cuidado uma participação efetiva na (re)construção do projeto humano, demonstrando a criação de novos horizontes entre o profissional e a família, e revendo a saúde da criança de acordo com o seu desenvolvimento e crescimento. Permitir às famílias revelar temas que são de interesses particulares, ou seja, “dar voz” a tudo aquilo que os incomoda, estimulando suas narrativas e conhecendo seus desafios em cada tomada de decisão, juntamente com o fortalecimento de vínculos e experiências cotidianas, são atitudes que tendem a desenvolver um cuidado de forma rica, numa perspectiva indeterminada, integradora e de qualidade (MELLO *et al.*, 2012).

- *“Graças a Deus o Rafael é uma criança normal. A saúde dele é ótima!(...)”*.

O cuidado implica na união de pessoas por uma causa em comum. No entanto, para que isso seja possível, muitas vezes os pais ou familiares dedicam-se completamente ao outro, deixando de cuidar da saúde individual. A saúde do outro, seja ele um(a) filho(a), marido, esposa, etc. torna-se prioridade, sem que o futuro seja levado em consideração pelo cuidador...

“Não tem jeito. Não posso pensar nem em ficar doente! (risos)”.

O medo de adoecer é relatado frequentemente por adultos. O “estar saudável” tem relação direta com a noção de força, ou seja, a doença significa a fraqueza diante da vida. O estar “fraco” impossibilita o cuidado integral ao outro, o que gera preocupação no cuidador. Por isso, quando o cuidado refere-se à saúde infantil, ao menor sinal de anormalidade o médico é procurado. Como a saúde da criança é fortemente cobrada tanto pelos serviços de saúde (calendário de vacinação, consultas em pediatria etc.) como pela comunidade em geral, as mães (ou responsáveis) sentem a pressão imposta. O agravamento da doença devido a uma negligência de cuidados pode gerar comentários desagradáveis sobre o cuidador (OLIVEIRA, 1998).

Neste mesmo sentido de saúde relacionado ao cuidado infantil, D. Micheli relata seu cotidiano junto ao serviço público de saúde com o objetivo único, não de “curar” seu neto (pois o mesmo não está doente), mas de cuidar do garoto para uma melhor qualidade de vida e garantia de felicidade individual e familiar...

Relato 24: *(Centro de fisioterapia – 09-06-2014 – 09:16 h)*

D. Micheli é avó materna de Marcos, garoto de sete anos que nasceu com microcefalia, hidrocefalia e epilepsia de difícil controle. Todas as segundas e terças logo de manhã, traz o neto para tratamento no centro de fisioterapia municipal, onde marcamos de nos encontrar e conhecer melhor sua história.

Enquanto a fisioterapeuta presta atendimento ao paciente, eu e D. Micheli sentamos ao sol em um banco próximo ao local. Após algum tempo de conversas informais, a senhora começa a relatar a história de seu neto, demonstrando um afeto e uma força incrível.

- Renato, vou contar como foi a história do Marcos. Nós já sabíamos que ele teria alguns problemas desde quando ele estava na barriga da mãe. Assim que ele nasceu, já ficou dois meses internado no hospital de SR. Logo que ele veio pra casa, a mãe dele procurou uma neuro em JU, com quem ele ainda faz tratamento. Antes ele chegava a ter três ou quatro crises convulsivas por dia, e agora com a medicação que ela aumentou a dose, ele tem uma ou às vezes passa o dia todo sem crises. Quando ele era bebê, chegava a ter onze crises diárias.

- Agora ele trata com quais profissionais?

- Aqui na cidade ele faz fisioterapia, fono e passa no pediatra. Eu sempre falo que ele tem dois pediatras: o Dr. Sinclair que atende aqui no posto, e a Dr.^a Fábria em IT. Isso porque às

vezes ele precisa no fim de semana, e aí a Fábria que atende, porque o Sinclair é só aqui no posto durante a semana. Ela também já é acostumada com o Marcos, porque quando ele nasceu ela que atendia aqui na cidade. O Marcos também vai na APAE de AL na quinta e na sexta, onde ele faz fisio, fono e passa na psicóloga. Acho que é isso! Já levei o Marcos em todos os médicos que poderiam ser importantes pra ele, como o oftalmo, por exemplo, porque ele não enxerga. Mas está tudo certo, e hoje ele só precisa desse tratamento que ele já faz mesmo.

- E como a senhora vê a saúde dele hoje?

- Hoje ele tem ótima saúde! É bem saudável. Isso é o mais importante pra nós. A família inteira fica preocupada quando o Marcos adoecer (risos). Eu costumo dizer que a sonda que ele usa hoje salvou a vida dele. Antes de colocar a sonda ele tinha baixo peso, pneumonia repetitiva, e depois que ele alimenta com a sonda ele ganhou peso, desenvolveu. A fisioterapia respiratória hoje é o mais importante pra ele, ainda mais agora no inverno, e ele corresponde muito bem! Ele ainda toma alguns medicamentos, em torno de cinco, mas antes já teve dia que ele tomava doze. Graças a Deus que a nossa saúde (referindo-se a do marido também) é ótima! Eu mesma não tomo nenhum remédio, e nem o Juvenal. Ele só tem problema de coluna, e por isso evita de ficar pegando muito o Marcos no colo.

- E qual a maior dificuldade pra vocês hoje?

- Hoje é ter que carregar o Marcos no colo, ele está grande, pesado (risos). Em casa ele fica na cadeira de rodas que ele tem, mas pra sair eu saio com ele no colo. Os carros não são adaptados, e aí fica difícil ficar colocando a cadeira. Nós entramos com o pedido de um carro adaptado na APAE para um deputado, e estamos esperando resposta. As cidades vizinhas já conseguiram, e nós também estamos esperando.

- E em casa, como é o Marcos?

- Em casa ele é feliz! (os olhos da avó brilham). Ele tem a expressão feliz! Quando ele está com dor ele geme, ou muda a expressão. Quando eu saio com ele e vejo outras crianças com tantas dificuldades, eu vejo que ele está tão bem. No mundinho dele, ele é feliz!

Ao fim da conversa, agradeço a boa vontade e atenção de D. Micheli. A avó volta à sala onde o neto encontra-se deitado realizando seu tratamento, e fica ao lado observando. A fisioterapeuta coloca uma música instrumental enquanto trabalha, e o ambiente é muito calmo e acolhedor.

- Sempre que precisar pode me falar Renato, estou à disposição! (risos).

Em ambos os relatos diversos profissionais estiveram envolvidos no cuidado às crianças: médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, pedagogos etc. e também os motoristas. Como afirmam Sousa e Erdmann (2012) os profissionais de saúde atuantes em algum tipo de sistema de saúde lidam com o cuidar de diversas maneiras, o que reflete na percepção daqueles que são cuidados. Aqueles que estão envolvidos no cuidado em saúde da criança devem ser capazes de dialogar de maneira recursiva, gerando acolhimento e fortalecendo vínculos. Deste modo, como afirmam os autores, busca-se evitar a desfragmentação dos atendimentos, permitindo o verdadeiro encontro com o outro, ou seja, com a criança e com sua família. Os valores empregados ao agir profissional serão responsáveis por determinar o compromisso e a responsabilidade para com o outro.

“Tem esse chiado no peito, mas é pela dificuldade da deglutição. Mas nisso a fisio ajuda muito! Aliás, todos os profissionais que cuidam dele são ótimos! Os motoristas também. Pagar tudo isso só se eu fosse muito rica! (risos)”.

Não se pode negar atualmente a importância que as tecnologias têm trazido aos sistemas de saúde, sendo certamente indispensáveis a inúmeros tratamentos médicos e de prestação de cuidados. A utilização de equipamentos modernos e novas técnicas têm facilitado as diversas maneiras de promover uma melhor qualidade de vida a diversos pacientes, nas mais diversas áreas que lidam com a saúde humana. Merhy e Onocko (1997) apontam que mais do que tecnologias duras (máquinas, estrutura etc.), a necessidade no fortalecimento nas relações entre o profissional de saúde e o usuário, ou seja, a adoção de tecnologias leve (vínculo, acolhimento etc.) faz-se primordial a oferta do cuidado. Para Mello *et al.* (2012, p. 678):

As experiências que as pessoas vivenciam no cuidado cotidiano a saúde estão interligadas aos conhecimentos científicos e tecnologias produzidas na sociedade, mas, nem sempre, o acesso aos serviços de saúde, a presença diante dos profissionais de saúde, a existência de tratamentos, enfim, uma série de benefícios não tem sido suficiente para a incorporação de medidas ou atitudes ligadas a saúde e para a compreensão de um conjunto de questões importantes para a vida das pessoas.

Para Sousa e Erdmann (2012), a integralidade do ato de cuidar envolve mais do que atividades terapêuticas ou assistenciais, ações ou procedimentos, prestados por algum tipo de profissional de saúde. Este cuidado traz consigo uma série de componentes humanos que se

manifestam em atitudes de confiança, horizontalidade, sensibilidade, dignidade no tratamento e garantia de uma atenção contínua. Para estes autores:

O cuidado não significa um procedimento que se encerra nele mesmo; o cuidado é o modo de estar em relação com o outro; significa valorizar o outro (alteridade); não é somente um encontro marcado pelo mecanismo de uma intervenção; o cuidado não aborda a doença, mas o indivíduo/sujeito portador de necessidades; o cuidado não se reduz a dimensão biológica – estende-se as dimensões subjetivas e sociais das crianças e suas famílias; no cuidado não há alienação – há interesse, escuta, olhares, toques, tato, comunicação, não há instrumentos padronizados – há incertezas e surpresas (...) (SOUSA E ERDMANN, 2012, p. 801).

A avaliação da posição de um indivíduo diante da vida não pode basear-se somente na qualificação de estar saudável ou doente. Um indivíduo portador de determinada doença crônica pode viver em grande potência. A adoção de determinadas atitudes pode reduzir os efeitos da doença, conservando no indivíduo a capacidade criativa e normativa, pois mesmo vivendo com a doença sua vida não é abatida pelas limitações do adoecimento. Por isso, todos devem conservar esta consciência e, principalmente, aquelas pessoas que tem a responsabilidade pelo cuidado (CZERESNIA *et al.*, 2013).

Enfim, os relatos demonstram que o ato de cuidar envolve diretamente a saúde dos diversos atores envolvidos, onde o estabelecimento da felicidade e da qualidade de vida perpassam questões de doença e demonstram que atenção e humanização profissional são tão ou mais valiosas que as diversas tecnologias duras hoje existentes.

6.2. Trabalho e saúde: uma prática necessária

Relato 18: *(Visitas domiciliares – Bairro Ribeirão das pedras – 24-01-2014 – 14:00 h)*

A enfermeira e o ACS aguardam o motorista que os levará até o bairro para a realização de visitas domiciliares. Enquanto aguardam, separam os materiais a serem levados e definem as famílias com prioridades.

No trajeto, que dura cerca de trinta minutos, a enfermeira me explica que o bairro apresenta melhor situação financeira dentre os demais.

Apesar de também possuir casas bastante simples, muitas são amplas e demonstram o grande contraste com outros locais já visitados.

3ª visita do dia – Quando a equipe chega à casa de Vilmar e Rosa, um casal de idosos, ambos encontram-se no terreiro “batendo” feijão.

- Vamo entrando gente, chega pra cá! Nós só tamo terminando aqui!

O casal é muito simpático e alegre, e apesar da idade (ele com 86 e ela com 84), ambos realizam o trabalho com disposição. Logo eles nos convidam a entrar na residência.

Enquanto aguardamos na cozinha da casa o casal procurar o cartão de controle da medicação, a enfermeira prepara para aferir a pressão arterial. Quando D. Rosa traz os cartões o ACS confere a medicação em uso.

- Deixa eu descansar um pouco pra poder medir a pressão. Já suei uma camisa hoje! Ah, pra mim a saúde é isso! A gente não pode para de trabalhar não, né fio? – Relata Sr. Vilmar.

A enfermeira confirma o ótimo estado de saúde do casal após aferir a pressão.

- Estão com a pressão ótima, melhor que a dos mocinhos!

- Ah, eu cuido direitinho! To com 84 anos, graças a Deus! Tomo os remédios certinhos! – Afirma D. Rosa.

Sr. Vilmar levanta-se, vai até o armário e me mostra uma caixinha que marca os dias da semana, facilitando o uso da medicação.

- Só um que não tinha na farmacinha do posto que tivemos que comprar! Lá tinha acabado. Mais minha filha foi em AL (cidade vizinha) e comprou. – Diz D. Rosa.

Ao sairmos, o casal nos mostra na varanda o feijão colhido e que fica exposto ao sol. Nota-se o orgulho em demonstrarem-se tão ativos numa idade já avançada.

Questões sobre o excesso de horas de trabalho, baixa remuneração, ambientes insalubres e outras tantas reivindicações de organizações trabalhistas, com organização sindical de classes, marcaram a história na área de saúde do trabalhador. A doença como ameaça à prestação de serviços, desde tempos atrás, circula como um fantasma aos homens que dependem do emprego para a subsistência familiar e coloca nos patrões o medo da diminuição dos lucros pelo afastamento de algum empregado. Desta forma, a preocupação com o adoecimento sempre esteve em pauta na luta por condições dignas ao exercício de uma profissão. Outras visões surgem, no entanto, centradas na necessidade do trabalho como fator de manutenção à saúde e, de forma especial ao homem que vive no meio rural. Quem se preocupa com a saúde destes homens que muitas vezes encontram-se longe do foco dos serviços de saúde?

O relato acima, assim como demonstrado em pesquisa realizada por Riquinho e Gerhardt (2010) aponta o trabalho como forma de “estar” independente, ou seja, o “poder

fazer” orienta o cotidiano do indivíduo no meio em que vive. Para os autores a impossibilidade do trabalho não ser convertido em meios ou objetivos (os “frutos” do esforço) são colocados à prova frente à doença e/ou a idade. Assim, nota-se a importância do ato de trabalhar, sendo motivo de grande risco à sobrevivência e causa de angústia e tristeza o fato de ser preciso abandonar as atividades exercidas. Em contextos sociais precários, as fontes de garantia à subsistência e reprodução social são vistas sobre o corpo e suas capacidades físicas.

“Deixa eu descansar um pouco pra poder medir a pressão. Já suei uma camisa hoje! Ah, pra mim a saúde é isso! A gente não pode para de trabalhar não, né fio?”

Emerge nessa fala a explicação de que a saúde, muito além de ser apenas o contrário da doença, tem nas suas relações diárias o estabelecimento de vínculos com tudo o que faz bem ao indivíduo, neste caso, o trabalho no campo. Apesar da utilização de medicação específica para o controle da hipertensão, o foco de bem-estar e conseqüente reflexo na saúde do casal de idosos é demonstrado na força de trabalho conjunta e disposição em lidar com atividades pesadas. O remédio aparece apenas como um detalhe na vida do casal. Como afirma Oliveira (1998, p. 86) em relatos de sua pesquisa quando se refere à existência de situações suportáveis (“doenças fracas”) que não interferem na atividade laboral: **“Nem tudo é doença, ou melhor, a doença inicia a partir de clara linha demarcadora, neste caso a impossibilidade para o trabalho”**.

O município de estudo caracteriza-se por ter atividade agropecuária como principal fonte de renda, fazendo com que muitas famílias ainda encontrem no meio rural a opção de vida que garante o sustento familiar e a execução de atividades que permitem a satisfação e a saúde individual. Diferente das atividades desenvolvidas na cidade, onde grande parte da população atua em pequenas indústrias e é acompanhada diretamente com serviços de medicina do trabalho, os moradores da zona rural não têm suas atividades laborais acompanhadas de forma a garantir uma oferta de serviços públicos de saúde voltados à cotidianidade familiar.

O termo “rural”, assim como outros termos discutidos neste trabalho, não pode ser definido de maneira única, sendo a descrição utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como “a área de um município externa ao perímetro urbano”, criticada por diversos autores. Marques (2002) afirma que desta forma o rural é definido por suas carências, excluindo as características que lhe são próprias. Para Ando et al. (2011, p. 144):

Em relação à saúde, o conceito de rural deve ser amplo o suficiente para envolver as diferentes realidades dos profissionais e da população brasileira. Deve estar suficientemente livre de limites rígidos de dados populacionais, geográficos, num sentido restrito (físico) e político. Deve ainda estar relacionado a características do sistema de saúde, da prática dos profissionais de saúde e das características de saúde das comunidades específicas.

Para estes mesmos autores, populações residentes em municípios de pequeno porte poderiam ser enquadradas em atividades de saúde rural. Além disso, nestes ambientes o trabalho em equipe e de forma interdisciplinar é ainda mais importante, pois o profissional geralmente atua com número reduzido de colegas e com recursos restritos.

O rural neste trabalho refere-se aos aglomerados familiares com menor acesso aos serviços de saúde, mediado por aspectos culturais, econômicos e geográficos, os quais nestes locais são desfavoráveis (SILVEIRA; PINHEIRO, 2013). No local de estudo, os moradores enfrentam além de dificuldade geográfica de acesso às unidades de saúde, menor disponibilidade de ações voltadas à promoção de saúde. Com atendimentos curativos que acontecem a cada vinte e um dias, em média, os usuários ficam muitas vezes presos a padrões biológicos de adoecimento, procurando assistência somente em casos extremos.

Nota-se no município de estudo uma maior preocupação com a saúde dos trabalhadores atuantes na área geográfica delimitada como urbana. Quadrimestralmente o município desenvolve ações preventivas voltadas à classe trabalhadora desta área, atendendo ao cumprimento de metas estipuladas pelo sistema. De acordo com orientação do Instrutivo para Execução e Avaliação das Ações de Vigilância em Saúde (GOMES et al., 2013a), o município em estudo deve realizar e atualizar o diagnóstico do perfil produtivo local, e elaborar e executar um plano de ação em saúde do trabalhador. Tal plano deve conter no mínimo duas ações em cada um dos seguintes eixos: vigilância em saúde do trabalhador, atenção à saúde do trabalhador e educação permanente em saúde do trabalhador.

No ano de 2014, as seguintes propostas foram previstas pela equipe de saúde municipal para que tal meta fosse cumprida:

- Vigilância em saúde do trabalhador: atendimento clínico e solicitação de exames periódicos às merendeiras das escolas da rede pública e acompanhamento da situação vacinal dos profissionais de saúde do município;
- Atenção à saúde do trabalhador: orientações sobre ergonomia nas indústrias do município e triagem vocal dos professores;

- Educação permanente: distribuição de informativos aos trabalhadores rurais sobre cuidados com agrotóxicos e orientação sobre o uso de equipamentos de proteção individual (EPI) aos funcionários públicos municipais.

A oferta de ações de promoção em saúde do trabalhador rural ainda não acontece de forma efetiva no município. As histórias de vida e necessidades particulares destes homens que lidam de maneiras tão diversas com a saúde individual e familiar ainda não são contempladas nas atividades propostas pela equipe de vigilância em saúde municipal. A distribuição de informativos no ambiente rural não garante integralidade no cuidado à saúde destes usuários, abordando temas que nem sempre se adequam à realidade local.

Desta forma, torna-se necessário a implementação de ações que visem o cuidado com estes homens do campo, objetivando que suas atividades laborais continuem sendo fonte de prazer e saúde. A necessidade de atenção pela equipe multidisciplinar em saúde deve anteceder a necessidade extrema de tratamentos curativos, de modo que estes trabalhadores encontrem medidas necessárias para evitar a impossibilidade de exercer suas atividades. O medo em deixar o campo a qualquer indicativo de anormalidade pode impedir a busca pelos serviços de saúde.

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), publicada no ano de 2013, aponta que as doenças e os acidentes relacionados ao trabalho são agravos previsíveis e evitáveis. Nos trabalhadores rurais são comuns as lesões por esforços repetitivos, formas de adoecimento mal definidas e sofrimento mental, além de doenças causadas pela utilização de produtos químicos e situações de violência em conflitos de terra. Por tudo isso, o SUS tem um grande desafio no enfrentamento das condições de saúde destas populações, com a oferta de serviços de qualidade que visem atender às especificidades dessas populações (BRASIL, 2013).

Como afirmam Silveira e Pinheiro (2013, p. 156):

Para o setor saúde, as políticas públicas com especificidade para a zona rural constituem um importante desafio para a consolidação do direito a saúde no Brasil. Em que pese a maior articulação entre os espaços nas últimas décadas, ainda são diversas as características que diferenciam os problemas e as ações de saúde entre as áreas urbanas e rurais.

O serviço de saúde municipal preocupa-se com a “cura” dos moradores rurais, ofertando transporte para as unidades de saúde situadas na cidade ou levando até pontos específicos dos bairros o atendimento médico. Ainda assim, as estruturas físicas utilizadas

como unidades de saúde são adaptadas (capelas, igrejas, escolas), sem mobiliário adequado, sem nenhum conforto e não garantem privacidade a estes usuários. Trechos do diário de campo descrevem estes locais...

Relato 15: *(Atendimento – Bairro Capelinha – 16-01-2014 – 10:10 h)¹⁸*

Devido ao revezamento com outros bairros rurais, a cada 21 dias em média, a equipe de PSF atende neste bairro.

O motorista do local sai da unidade acompanhado da médica e da enfermeira, profissionais que farão o atendimento naquele dia. O trajeto pelas estradas rurais leva por volta de trinta e cinco minutos até o local.

Os atendimentos acontecem em uma pequena capela, sem banheiro ou varanda. O mobiliário conta com um altar, uma cadeira e dois bancos de madeira, dispostos um a cada lado da sala. Os materiais da equipe são levados em uma maleta (estetoscópio, aparelho de pressão, de glicemia e uma balança).

(...) Após a realização das pré-consultas a médica pede que todos aguardem do lado de fora da capela a vez de cada um receber atendimento. O sol é forte e não há bancos de espera. (...) A porta da capela é simples e não possui tranca, sendo utilizada uma corrente e um cadeado. (...)

Relato 17: *(Atendimento – Bairro Pedreira – 23-01-2014 – 10:45 h)*

A equipe segue para atendimento em mais um bairro rural que fica a vinte minutos da cidade. Junto às profissionais de nível superior, segue a ACS do bairro.

O atendimento acontece em uma igreja e a sala onde os padres se trocam serve de consultório médico. No local, existem duas cadeiras e uma mesa pequena. (...)

Nota-se uma desigualdade na oferta de serviços de saúde aos usuários residentes na zona rural. Torna-se necessário um movimento que impeça a invisibilidade referente às suas atividades profissionais, o qual garanta a estes moradores o exercício de suas atividades como fonte de saúde e garantia de uma vida tranquila, afastada das clínicas de “doenças”.

Através do diagnóstico do perfil produtivo local atualizado e conhecimento das particularidades vivenciadas por cada família, a equipe de saúde será capaz de propor novos meios de lidar com a(s) saúde(s) desta população. O cuidado necessário será efetivo quando a voz destes homens que já enfrentam tantas dificuldades no dia a dia for ouvida.

Como afirmam Riquinho e Gerhardt (2010, p. 330):

Compreender o meio rural, o papel dos atores sociais que vivem e convivem nesse meio e as concepções de saúde e doença é fundamental para o exercício profissional e para a efetivação das políticas públicas de saúde, pois as concepções podem contribuir para explicar comportamentos individuais e coletivos, uma vez que as ações são baseadas no entendimento de determinadas situações sócio-históricas.

6.3. Homem não adoce: médico é coisa para mulher

Relato 15: (*Atendimento – Bairro Capelinha – 16-01-2014 – 10:10 h*)

Devido ao revezamento com outros bairros rurais, a cada 21 dias em média, a equipe de PSF atende neste bairro.

O motorista do local sai da unidade acompanhado da médica e da enfermeira, profissionais que farão o atendimento naquele dia. O trajeto pelas estradas rurais leva por volta de 35 minutos até o local.

Os atendimentos acontecem em uma pequena capela, sem banheiro ou varanda. O mobiliário conta com um altar, uma cadeira e dois bancos de madeira, dispostos um a cada lado da sala. Os materiais da equipe são levados em uma maleta (estetoscópio, aparelho de pressão, de glicemia e uma balança).

Três moradoras aguardam atendimento sentadas em um dos bancos. A médica cumprimenta a todas de maneira geral, enquanto a enfermeira vai a cada paciente. Minha presença logo é notada por uma senhora já de idade:

- E esse moço aí, é quem?

A enfermeira explica que sou estudante e que por algum tempo vou estar com a equipe de saúde.

- Ai quem bom! Moço novo. Mais gente pra cuidar da saúde! (risos)

Enquanto a equipe arruma os materiais na “mesa” e pega as fichas dos pacientes, permaneço sentado em um dos bancos sozinho. Outras três pacientes chegam, cumprimentam a todos com um aperto de mão e juntam-se às demais no outro banco. Somente quando o único paciente do sexo masculino chega, Oswaldo, 65 anos, é que tenho companhia no banco.

- Eu só vim ver a pressão viu! (risos) – Diz Sr. Oswaldo.

¹⁸ Alguns relatos repetem-se ao longo do texto, pois foram analisados sob diferentes perspectivas de saúde(s): ligada ao trabalho, ao gênero, entre outras.

- É difícil os homens vim no médico né? Eles não gosta muito de consultá! – Comenta D. Shirley com as outras mulheres. Todas concordam.

A enfermeira pede o cartão de controle da pressão arterial e medicamentos de todos. Enquanto afere a pressão e pesa cada paciente, a médica anota os resultados no prontuário.

Com a presença de todos na capela, a profissional explica que, no momento, os moradores não terão visita domiciliar realizada pela ACS. Explica que a mesma encontra-se afastada por problemas de saúde, sem previsão de retorno. Orienta, por isso, que em caso de necessidade, liguem ao veículo de plantão ou procurem o serviço na cidade.

- Nossa, meu pai está sem remédio e não tenho como ir buscar! Vim aqui só pra resolver isso. Achei que a Priscila (ACS) estaria aqui! – Diz Alessandra, única jovem dentre as pacientes.

A enfermeira fica com o cartão do pai da jovem e diz que buscará uma forma de enviar a medicação.

Após a realização das pré-consultas a médica pede que todos aguardem do lado de fora da capela a vez de cada um receber atendimento. O sol é forte e não há bancos de espera.

Aqueles pacientes que procuraram a equipe apenas para realizar o controle da pressão arterial vão deixando o local, seja de moto, a cavado ou a pé.

A porta da capela é simples e não possui tranca, sendo utilizada uma corrente e um cadeado.

Permanecem para consulta D. Shirley, Cintia e Silvia. Ao final da última consulta, a enfermeira realiza um teste de glicemia nas pacientes, e orienta sobre a importância de uma alimentação equilibrada.

Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), estipulada pelo Ministério da Saúde, este público dificilmente procura os serviços de atenção primária, ficando privado de proteção importante à preservação de sua saúde e continuando a realização de procedimentos desnecessários. Muitos agravos importantes poderiam ser evitados com a adesão destes homens que ainda resistem em ser acompanhados pelo serviço de saúde pública (BRASIL, 2008).

Nota-se no local de estudo uma grande dificuldade na assistência à saúde do homem. O gênero feminino é predominante nas unidades de saúde e em consultas realizadas nos bairros rurais do município. Atualmente, os homens são atendidos por demanda espontânea nos serviços de saúde, sendo encaminhados a serviços especializados em urologia de outros municípios, quando necessário.

Os espaços físicos das unidades de saúde municipais são marcados por diversos cartazes que reforçam a ampla divulgação de campanhas do Ministério da Saúde voltadas ao público feminino. Estímulo ao aleitamento materno, prevenção ao câncer de colo do útero e de mama, grupos de gestantes, foram alguns dos materiais de divulgação encontrados, mesma caracterização dos serviços demonstrada na pesquisa realizada por Couto *et al.* (2010). Além disso, uma série de folders fica à disposição da população na farmácia básica, mas nenhum deles com temas específicos voltados à saúde do homem. Temas gerais como HIV/AIDS, hepatites, dengue, entre outros estavam no local. A decoração dos murais de recados em todas as unidades é feita com flores coloridas. Meirelles e Hohl (2009) afirmam que os homens consideram os serviços de saúde locais destinados às crianças e às mulheres, já que a maioria das campanhas sanitárias é voltada a este público. O próprio Ministério da Saúde reconhece tal afirmação: “(...) os serviços e as estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso” (BRASIL, 2008, p. 6). O relato abaixo demonstra a dificuldade do público masculino em frequentar as unidades de saúde...

Poucos homens buscam preservativos aqui (na farmácia básica)! Na maioria das vezes são mulheres que buscam para si mesmas, ou para os seus parceiros. Eles ficam com vergonha! (Farmacêutica 2).

O tema da sexualidade masculina, por exemplo, um dos poucos que envolvem diretamente os homens nas campanhas divulgadas no município em estudo, não é abordado diretamente pelos profissionais nas unidades de saúde. Pinheiro (2010) aponta em sua pesquisa que a abordagem deste assunto fica restrita aos atendimentos individuais ou é abordada em forma de grupos (os quais não acontecem no município). Desta forma, tal abertura dependerá da sensibilidade de cada trabalhador da área em tratar deste tema diretamente com os homens ou permitir que estes expressem suas particularidades. Para o autor, a abordagem do tema da sexualidade nas unidades de atenção primária à saúde permanece de forma aberta, uma vez que não é garantida e nem orientada programaticamente. Além disso, sua abordagem pode se dar de diferentes formas, tanto direcionada à integralidade quanto à medicalização; favorecendo o acolhimento ou o constrangimento; com práticas de promoção e prevenção ou com tratamentos isolados.

Dentre as propostas enviadas pela comunidade à IV Conferência Municipal de Saúde, a contratação de um médico urologista para cuidar da saúde do homem foi aprovada por unanimidade, o que pode facilitar a orientação e aproximação deste público com o serviço de saúde. Para Meirelles e Hohl (2009, p. 900):

Homens não gostam de ir ao médico e, com exceção dos urologistas, todos os outros especialistas atendem um número muito maior de mulheres do que de homens. Essa negligência com a própria saúde tem raízes culturais e a relutância muitas vezes está associada à ideia de que admitir a possibilidade de doença é uma “fraqueza” incompatível com a masculinidade. Isso faz com que as doenças nos homens sejam diagnosticadas mais tardiamente, acarretando pior prognóstico e encurtando a expectativa de vida.

Com a contratação deste profissional, os homens residentes no município poderão sentir-se menos constrangidos nos ambientes das unidades de saúde. Como grande parte da procura pelos serviços de clínica geral atualmente é feito pelas mulheres, um especialista em saúde do homem pode ajudar no cuidado a este público. Temas que ainda geram constrangimento e colocam em xeque a “masculinidade” como impotência sexual, exame de próstata, doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), entre outros, poderão ser discutidos com maior naturalidade. “Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino” (BRASIL, 2008, p.6).

A presença dos homens nas unidades de saúde dificilmente foi percebida. Certas vezes, os maridos acompanhavam as esposas em consultas pediátricas dos filhos e por já estarem ali, procuravam algum profissional da enfermagem apenas para aferir a pressão arterial. Em casos de extrema necessidade, como dor ou ferimentos mais graves, alguns homens rendiam-se à necessidade da prestação de cuidados pela equipe de saúde. No entanto, como o município presta apenas serviços de atenção básica, os hospitais das cidades vizinhas são muitas vezes procurados pelos usuários do sistema. O relato abaixo demonstra este fato:

Relato 12: *(Visitas domiciliares – 02-01-2014 – 08:30 h)*

3ª visita – D. Aparecida reside numa região de acesso difícil, e por isso o carro é deixado a um quilômetro de distância. Seguimos a pé por uma trilha á margem do rio, seguindo o trilho do antigo trem que passava pelo local.

A moradora recebe-nos com grande satisfação e faz questão que entremos em sua casa. O local é bastante organizado e limpo. As paredes são enfeitadas com imagens de flores recortadas de revistas.

Assim que a técnica de enfermagem pergunta sobre as necessidades familiares, a moradora relata sobre seu filho Douglas, 23 anos.

- O Douglas machucou o pé na moto. No dia, ele não procurou um médico. Ai depois de uma semana, ele tava com muita dor, e ai o meu genro, marido da minha fia, levou ele no pronto

socorro em SR. Só que ele não tinha dinheiro pra comprar os remédios que o médico passou, aí continuou com dor!

Por este motivo, na presente data, o paciente havia saído de moto, para mais uma vez retornar ao pronto socorro.

A técnica de enfermagem explicou a D. Aparecida que havia sido informada sobre os fatos por sua filha Mariane, através de contato telefônico. Por isso, informou que no dia seguinte, de manhã, um veículo da saúde iria buscá-lo para consulta no centro de saúde. (...)

O aspecto curativo tem forte relação com a visão masculina na procura dos serviços de saúde. Oliveira (1998) aponta que o gênero masculino geralmente tem responsabilidades sobre o sustento familiar e, por isso, suporta-se muitas vezes a dor até que não seja mais possível a execução de suas atividades. O autor ressalta ainda que a possibilidade de ausentar-se do trabalho pode acarretar problemas de ordem financeira, tanto para os trabalhadores autônomos quanto aos que possuem carteira assinada. O “não trabalhar” é muitas vezes encarado como sinal de fraqueza.

Assim como Douglas, outros homens no município também podem prorrogar a ida aos serviços de saúde por questões de trabalho e sustento familiar. Principalmente para o morador de zona rural, sua ida até as unidades de saúde leva tempo e não garante que uma ficha de atendimento médico esteja assegurada. Além disso, como o município não conta com serviços de pronto atendimento, o paciente pode ser encaminhado a outras cidades para a realização de exames complementares, o que gera desconforto e insegurança na procura pelos serviços.

O horário de realização das atividades ocupacionais destes homens também impede a participação no grupo de atividades físicas já existente no município, o qual não conta com nenhuma participação masculina. Realizar este tipo de atividade poderia ser visto como sinal de “fuga” no horário de serviço ou ainda colocar em dúvida sua masculinidade, visto que o grupo é predominantemente feminino.

Com o propósito de incentivar a busca pelos serviços relacionados à saúde pelo público masculino, a equipe do PSF local organizou no ano de 2014 o “outubro azul”. Durante todo o mês escolhido a equipe de saúde municipal promoveu ações nas praças públicas da cidade voltadas a orientação de diversos temas que podem envolver este público, como prevenção do câncer de próstata, DST's, entre outros. No entanto, a questão dos exames ainda foi utilizada como forma de atrair a população local, como relata a profissional...

Sobre a campanha de saúde do homem, tem que ver na secretaria o quanto de exames de PSA¹⁹ que eles podem liberar (Enfermeira PSF).

A realização do PSA e do toque retal ainda é tabu entre os homens, o que muitas vezes afasta este público adulto dos serviços. Gomes *et al.* (2008) apontam que tanto na saúde coletiva quanto nas ações de escuta e tratamento desenvolvidas na clínica, como nas formas de prevenção ao câncer de próstata e políticas voltadas à assistência deste público, este tipo de questão ainda é pouco debatida, necessitando mais discussões. Pesquisa qualitativa realizada por estes autores com 28 homens residentes no Rio de Janeiro sobre o toque retal, concluiu que este tipo de procedimento pode comprometer o que é entendido comumente como “ser homem”, relacionando-se à masculinidade deste público.

Ao reconhecer que as relações pessoais são responsáveis pela construção de práticas de cuidado individual e com o outro, considerando tanto ambientes domésticos quanto ambientes públicos, torna-se possível a quebra de uma esfera de vícios em tornar invisíveis e excluídos muitos sujeitos. Através deste reconhecimento, o acolhimento às necessidades de cada gênero é facilitado, permitindo uma equidade na oferta de serviços, com práticas efetivas de assistência à saúde e cuidado (COUTO *et al.*, 2010).

Medo, vergonha, indiferença, “falta de tempo”, incompatibilidade do horário de funcionamento das unidades de saúde com o horário de serviço, ou por tantos outros motivos, os homens têm recorrido poucas vezes ao serviço de saúde municipal. O acolhimento ao público masculino e as questões que envolvem a saúde deste gênero ainda demonstram-se pouco eficientes nas unidades de saúde participantes desta pesquisa. Como fica claro nas palavras de Couto *et al.* (2010, p.265): “Alguns usuários não encontram nos serviços a escuta de suas demandas, especialmente se essas forem expressas de formas diferentes daquelas já consagradas no contexto da assistência, tradicionalmente femininas”.

Cabe aos administradores do setor de saúde junto aos profissionais e moradores locais, a responsabilidade em buscar opções que melhor atendam às necessidades destes usuários que são considerados popularmente como pertencentes ao “sexo forte”. Ainda que demonstrem tanta resistência em lidar com a saúde individual priorizando filhos e mulheres, torna-se necessário ajudá-los a compreender que mais do que possuir atributos vistos como “masculinos”, a saúde garantirá a possibilidade de prazer e felicidade em qualquer que sejam suas escolhas de vida.

¹⁹ Exame de sangue complementar ao toque retal indicado para a detecção precoce do câncer de próstata.

6.4. Medicamentos e saúde: pílulas que curam

Relato 18: *(Visitas domiciliares – Bairro Ribeirão das pedras – 24-01-2014 – 14:00 h)*

A enfermeira e o ACS aguardam o motorista que os levará até o bairro para a realização de visitas domiciliares. Enquanto aguardam, separam os materiais a serem levados e definem as famílias com prioridades.

No trajeto, que dura cerca de trinta minutos, a enfermeira me explica que o bairro apresenta melhor situação financeira dentre os demais.

Apesar de também possuir casas bastante simples, muitas são amplas e demonstram o grande contraste com outros locais já visitados.

2ª visita – Assim que avistam o carro que chega com a equipe de saúde, Carmen e Valdemar, filha e pai, aguardam na varanda da casa. Estão felizes com a visita e acenam de longe.

- Vamos chegando aqui! Que visita boa! – Diz Carmen.

A família cumprimenta a todos com um aperto de mão e nos convida a entrar. Todos ficamos sentados na sala. A casa é simples, muito limpa e organizada.

Carmen é solteira e já passou por cirurgias no coração. Por este motivo faz uso de muitos medicamentos e além do acompanhamento da equipe do PSF, trata-se com especialista particular na cidade de IT.

- Essa semana eu vim da farmácia com uma sacola cheia de remédios. E pensar que eu tenho que engolir tudo dentro de um mês né? (risos) Devia existir um que fizesse efeito pra tudo! Ai a saúde ficava boa né gente?

A ACS pede aos moradores o cartão de controle da medicação e aproveita para anotar os resultados da pressão arterial aferidos pela enfermeira.

- Eu tava trabalhando no pasto lá no alto quando vi o carro. Ai já fui descendo pra esperar vocês aqui! – Diz Sr. Valdemar.

A enfermeira comunica a paciente que o médico especialista de IT, o mesmo que já a acompanha, passará a atender no centro de saúde municipal uma vez por semana.

- Ah Jaqueline (enfermeira), eu prefiro ir no consultório dele mesmo! Acho que para o meu problema lá tem mais estrutura. Fico feliz pelas outras pessoas que vão poder tratar com ele. Ele é ótimo! Diferente de outros médicos que não tratam a gente bem, nem dão atenção!

A equipe conversa informalmente e logo deixa a casa.

A vinculação direta da ação dos medicamentos à garantia de uma perfeita saúde é notada no relato acima. Ainda que necessários em diversas circunstâncias, alguns pacientes enxergam neste tipo de produto mais que uma necessidade temporária (em alguns casos), um mantenedor da situação “normal” do corpo, ou seja, a garantia de um corpo saudável.

Como afirma Lefevre (1983), o medicamento tem realizado uma função simbólica frente à enfermidade, colocando a mercadoria “remédio” como necessária ao enfrentamento de causas orgânicas. A visão científica atribuída a este tipo de produto demonstra ser este o único modo de conquistar a “saúde”. Para este autor, percebe-se, no Brasil, que tal simbologia tem sido realidade, onde este tipo de produto é adquirido facilmente por qualquer tipo de consumidor comum, e conquistado o mercado de serviços e bens de forma a substituir a representatividade da verdadeira “Saúde”.

A realidade municipal demonstra que os usuários atendidos nos serviços de saúde consomem grande quantidade de medicação. Documentos fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde mostram que os gastos no mês de abril de 2014 chegaram a R\$ 15.000 reais com estes produtos. Além disso, a automedicação é comum entre os moradores locais. O relato da profissional atuante na farmácia básica municipal demonstra tal situação:

Mas tem um abuso na utilização de medicamentos. Tem até pelo número de atendimentos! Tipo assim, a pessoa não tem o que fazer... já acostumou ir ao médico pra pegar medicamentos para ter em casa. Tem gente que vai ao médico que vai pegar só pra ter em casa! Você ouviu muita gente falar. Uma pessoa pede remédio na assistência social, não vem aqui buscar ou demora pra vir buscar, e quando vai pegar, fala que não está mais precisando, mas é bom ter em casa (Farmacêutica 2).

A necessidade de manter em casa alguma medicação de urgência gera nos indivíduos a certeza de que o medicamento restabelece à saúde a qualquer princípio de anormalidade fisiológica notável. Desta forma, a automedicação aparece como forma de utilizar ou comprar medicamentos sem indicação médica, por qualquer cidadão, com o objetivo de cura...

Relato 1: (Centro de Saúde – 27-09-2013 – 12:15 h)

Tobias, 28 anos, casado, morador da zona rural. Acompanhado da esposa, veio até a cidade de carona com o irmão trazer a filha para tomar vacinas.

Aproveitando a viagem, passou na farmácia básica municipal com o cartão de controle de medicação dos pais e vizinhos para conseguir os medicamentos do mês. Levou

apenas aqueles prescritos a seus pais, pois a atendente do local já havia entregue, no dia anterior, os medicamentos de seus vizinhos a outra moradora do mesmo bairro.

Dona Rafaela, paciente que também aguardava atendimento na farmácia, aconselhou a mãe da criança vacinada a levar para casa uma medicação contra febre. Disse que sua neta havia apresentado muitas reações após a vacinação. A jovem mãe demonstrava-se tímida e desinteressada na conversa. Trazia em seu colo a criança bastante coberta, mesmo num dia muito quente.

Pesquisas científicas vinculadas à indústria farmacêutica tentam reforçar a necessidade da utilização de medicamentos principalmente por intermédio da mídia, trazendo uma noção de saúde como produto. Pesquisa realizada por Rabello e Camargo Júnior (2012) com o objetivo de discutir as propagandas televisivas brasileiras de medicamentos como forma de transmissão e representação das concepções de saúde, demonstrou que muitas informações transmitidas não possuem nenhuma ligação com a indicação médica destes produtos. Os resultados apontaram que as propagandas reforçam a necessidade dos medicamentos para a garantia do bem-estar em situações cotidianas (namoro, família etc.), como forma de “consertar” hábitos de vida irregulares, como a personificação de pessoas queridas (amigos, familiares), como “comprimidos de saúde”, entre outros.

Percebe-se, no cotidiano assistencial de saúde do local em estudo, um elevado padrão de oferta de serviços de apoio diagnóstico e gastos públicos com medicação. Desta forma, um problema recorrente diz respeito aos casos de desperdício de medicação pelos usuários do sistema...

Relato 2 - Parte 2: *(Centro de saúde – 30-09-2013 – 12:30 h) Logo que a farmácia básica é aberta pela atendente, o Sr. Nilton chega ao local portando duas sacolas. Cumprimenta os presentes na sala e senta-se.*

Após ser questionado sobre suas necessidades, o senhor disse que seria rápido. Como sabia que medicamentos não podem ser descartados no lixo comum, trouxe todos aqueles que estavam em sua casa, “sem utilidade”.

Relatou que a esposa encontrava-se em fase de recuperação após “desentupimento” da veia do coração. Estava agora sob cuidados dos médicos “de fora”.

Após sua saída, a profissional do local verificou que dentre os medicamentos, a maioria estava dentro do prazo de validade. Ao contabilizar, encontrou 1340 comprimidos de

dois medicamentos para hipertensão, além de quantidades significativas de medicamentos para diabetes e problemas de estômago.

Entrevistas com as farmacêuticas também confirmam a realidade da grande oferta e consumo de medicamentos pela população local...

[Como você avalia a oferta de medicamentos aqui?] Aqui nós temos muitos medicamentos que não são da farmácia básica, o município que tem que comprar. Comparando a outros municípios, nós temos uma oferta muito boa. As pessoas aqui praticamente não gastam com medicação. Além disso, o serviço social oferece aqueles que não são encontrados aqui! (Farmacêutica 1).

Na verdade eu acho que é uma oferta muito boa, tipo, aqui tem medicamentos que outras cidades não têm! Com o contato que a gente tem com os outros municípios, tem município que acha assim, até estranho ter os tipos de medicamentos que tem aqui. Vendo a saída de medicamentos que tem aqui e pela prescrição dos médicos e o histórico de saídas, eu acho que tá bom! Mas acho que alguns medicamentos que ainda poderiam ser acrescentados, que ainda faltam! Mas se for contar a parte que a assistente social oferece aí já tá... acho que 100% assistido! Todo mundo pode, todas as pessoas podem pegar os medicamentos pela assistência social (Farmacêutica 2).

Devido ao modelo assistencial municipal favorecer a utilização e oferta de práticas curativas, principalmente a utilização e aquisição de medicamentos, os usuários podem “acostumar-se” com o tipo de serviço. No entanto, novas práticas começam a surgir no pensamento coletivo municipal, como demonstrado na IV Conferência Municipal de Saúde, quando uma proposta proveniente de um município rural foi aprovada: oferta de acupuntura e homeopatia no serviço de saúde pública.

No Brasil, as Portarias Ministeriais nº 971 de 3 de maio de 2006 e a de nº 1.600 de 17 de julho de 2006, aprovam a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, incluindo a homeopatia e a acupuntura (BRASIL, 2006).

Sobre a homeopatia, Araújo (2008, p. 664) destaca que:

A concepção a respeito do processo saúde doença na prática homeopática é norteada por uma visão que inclui, necessariamente, o sujeito enfermo sob um enfoque que valoriza, sobretudo, a singularidade do adoecer humano, enfatizando as características assumidas pela doença em cada paciente, não se limitando a compreendê-la de maneira restrita à condição de entidade nosológica ou apenas como evento biológico.

Para este autor, a homeopatia busca a compreensão e a interpretação do adoecimento de cada paciente, não estando restrita apenas a caracterização de um evento patológico. Busca, desta forma, contemplar aspectos da história de vida de cada indivíduo, em que o profissional médico demonstra-se capaz de escutar, olhar, observar e examinar as singularidades de cada paciente manifestadas pelos sintomas, numa lógica inversa às práticas tecnicistas observadas na medicina contemporânea. Araújo (2008) afirma que a subjetividade de cada paciente facilita o vínculo usuário-profissional, revelando-se muitas vezes mais relevante que o próprio medicamento. O foco passa da doença, vista sob a ótica da biomedicina, para o paciente, destacando-se as noções de cuidado sobre a pessoa. Além disso, o “saber ouvir” torna-se tão importante quanto as demais técnicas médicas, fazendo com que o paciente sinta-se mais ativo no processo terapêutico.

A voz da comunidade ao demonstrar a necessidade da homeopatia nos serviços pode indicar a necessidade da adoção de práticas mais acolhedoras, para que os usuários sintam-se cuidados no encontro com o profissional. O tempo de consulta médica torna-se um diferencial nas consultas em homeopatia, demonstrando prática inversa à vivenciada no município em estudo. Com a realização de pré-consultas rápidas pela equipe de enfermagem, o usuário do sistema chega ao consultório médico com informações de pressão arterial, peso e altura já preenchidas em seu prontuário. No caso de consultas em clínica geral, o centro de saúde municipal distribui 25 fichas para um período de atendimento de quatro horas diárias, o que não chega a totalizar 10 minutos de consulta por paciente. Segundo Portaria nº. 1101 de 2002 do Ministério da Saúde, a capacidade de produção estimada para o profissional de enfermagem é de três consultas por hora e do médico de quatro consultas por hora.

Percebe-se assim que o tempo torna-se mais um fator que impede uma prática integral de atenção e escuta ao usuário. Pesquisa qualitativa realizada por Monteiro e Iriart (2007) em uma unidade de saúde do SUS em Salvador que oferece atendimento homeopático desde 1986, aponta que, entre outros fatores, os usuários do serviço destacam que o maior tempo de consulta neste tipo de atendimento favorece a fala sobre tudo o que sentem, sem pressa, demonstrando atenção e respeito profissional. Os autores destacam que a maior parte dos entrevistados buscou este tipo de tratamento devido ao insucesso anterior com o tratamento alopático²⁰.

A implementação deste tipo de serviço nas unidades do SUS é destacada pelo Ministério da Saúde ao afirmar que esta é uma estratégia na construção de um modelo

²⁰ Medicina tradicional que utiliza medicamentos industrializados vendidos em farmácias e drogarias.

centrado na saúde, uma vez que tende a ter o sujeito como centro de atenção, visa fortalecer o vínculo entre usuário e profissional promovendo a humanização e o estímulo ao autocuidado, atua em diferentes situações de adoecimento contribuindo na diminuição de intervenções de emergência e hospitalares e ainda favorece a redução da fármaco-dependência através do uso racional de medicamentos (BRASIL, 2006).

A acupuntura, outra prática solicitada pelos usuários do município em estudo, também é incentivada pela PNPIC a ser incorporada no SUS e, em especial na atenção primária. Poucos trabalhos são encontrados sobre este tema em especial. Segundo o Ministério da Saúde, esta pode ser definida da seguinte forma:

Uma tecnologia de intervenção em saúde que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos. Originária da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), a Acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças (BRASIL, 2006, p. 14).

Silva e Tesser (2013) demonstraram em pesquisa realizada com trinta usuários de acupuntura no SUS da atenção primária e secundária na cidade de Florianópolis, que a acupuntura pode ajudar, entre outros aspectos, na diminuição do uso de fármacos. Além disso, notou-se uma noção de cuidado mais abrangente e menos iatrogênico na atenção primária, apesar de os hábitos de autocuidado dos usuários serem pouco ou nada modificados. Os autores reforçam a necessidade de outros estudos que comprovem a utilização desta técnica para a diminuição do uso e dos gastos com medicamentos e dos danos decorrentes da sua utilização.

Procurando novos modos de lidar com a saúde pessoal e dos usuários dos serviços públicos de saúde, uma enfermeira do município em estudo já busca cursos de aperfeiçoamento em áreas que fogem do padrão biomédico tradicional e visam, entre outros benefícios, uma diminuição no uso de medicação desnecessária pelos pacientes...

Relato 4: *(Centro de Saúde – 27-09-2013 – 14:00 h)*

Na cozinha do local a enfermeira Natasha toma um café enquanto aguarda outros pacientes. No período da tarde não há atendimento médico.

A profissional me conta sobre o curso que está realizando na cidade de FM – MG, sobre terapias holísticas. Tem no curso uma estratégia de fuga da rotina estressante dos

hospitais e postos que trabalha. Pretende concluir o curso que tem duração de dois anos e atuar na área.

Vê nos pacientes, que atualmente utilizam grandes quantidades de medicação, o principal público a ser tratado.

Para Tesser (2009) estas práticas complementares podem contribuir para a promoção da saúde, tanto no polo individual quanto grupal, ajudando a suprir falhas estratégicas nesta área já que a prevenção de doenças e controle dos fatores de risco é dominante nos serviços de ação educativa em saúde. O autor ressalta que profissionais do SUS que trabalham com atividades coletivas em diversas áreas relatam que as técnicas auxiliam na formação de cidadãos mais atuantes e conselheiros locais de saúde. É certo que a dominação da biomedicina, tanto no aspecto cultural quanto epistemológico existe, mas a inserção de outros valores e saberes além dos científicos são importantes para promover saúde: “A sociedade e os usuários podem decidir, via gestão democrática do SUS (Conselhos de Saúde), sobre a oferta e a legitimação de iniciativas de oferta das MAC²¹ aos usuários.” (TESSER, 2009, p. 1740).

O pedido da população sobre a oferta de acupuntura e homeopatia aliado à capacitação dos profissionais do município nestas áreas pode auxiliar em novas formas de acolhimento aos usuários, bem como demonstrar novas maneiras de lidar com a saúde individual e familiar. Ainda que os tratamentos convencionais sejam de grande importância, auxiliando na recuperação de diversos pacientes, a desmistificação dos benefícios de práticas pouco convencionais nos sistemas de saúde pode ajudar a população a repensar suas maneiras de lidar com a saúde em seu cotidiano.

6.5. Corpo e saúde: a mudança começa comigo

Relato 14: *(PSF – 14-01-2014 – 10:00 h)*

Caroline, 21 anos, casada, mãe de uma menina de seis anos, aguarda consulta com a nutricionista do local.

A jovem relata que resolveu procurar o serviço de saúde há dois anos, quando o excesso de peso começou a incomodar. Sentia-se discriminada pelas outras pessoas e, por

²¹ Medicinas Alternativas e Complementares.

isso, pediu ao médico um medicamento que resolvesse seu problema. O médico, porém, optou pela prescrição de atividades físicas e acompanhamento com uma profissional de nutrição.

- Nossa Renato, foi a melhor coisa! Você acredita que perdi 25 quilos? Depois disso eu me sinto muito melhor, minha autoestima mudou! As pessoas me olham diferente, perguntam o que eu fiz. Por isso que eu digo: ainda bem que temos esse serviço de graça! Tenho um primo que esperou mais de dois anos pra conseguir atendimento lá em IT (cidade vizinha).

A satisfação em contar sua conquista faz com que a jovem sinta-se à vontade. Em casa, a jovem cuida da mãe, que é portadora de doença renal e, por isso, precisa passar por hemodiálise três vezes por semana no hospital de SR.

- Eu e a minha irmã estávamos rindo essa semana, dizendo que depois que eu venho na nutricionista, todo mundo da casa teve que se acostumar! (risos) O cardápio mudou né Renato, e ai até a pressão alta da família controlou. Só a Beatrice (filha) que ainda não gosta de verduras (risos)

Após a consulta a paciente demonstra-se satisfeita.

Desde o início do século XIX, quando a medicina exercida no Brasil livrou-se da influência europeia e incorporou a cidade e a população ao saber médico, aconteceu o fortalecimento da noção de higiene no Brasil. A salubridade passou a ser tratada pela medicina social, com medidas de higiene familiar. A importância da disciplina corporal era afirmada por estes profissionais, tendo na educação física uma forma de estimular a transformação social, com apelos que justificam a educação do corpo. Desta forma, o aprendizado de olhar, admirar e domesticar o corpo tornou-se um hábito (SIQUEIRA; FARIA, 2007).

As mais diversas causas levam os usuários aos serviços de saúde e, entre elas, muitas que retratam a preocupação em exibir um corpo que demonstre saúde e força aos outros membros da sociedade. Assim como demonstrado no relato acima, Siqueira e Faria (2007) apontam que a representação social do corpo e da exibição de uma boa forma, ou seja, magro, “saudável”, sem gorduras, são indicativos que reforçam a “autoestima” e que dependem na maioria das vezes da força de vontade individual. Na contemporaneidade a saúde é representada na exibição e exaltação dos corpos. A nutricionista do serviço de saúde confirma esta realidade também no município:

[Qual o principal motivo das consultas em nutrição?]

A maioria é para perder peso, a outra parte é encaminhamento médico de hipertenso e diabético. Mas eu não tenho nenhum paciente assim... atualmente no PSF eu devo atender uns três pacientes que querem, que tem consciência da importância de uma alimentação saudável. A maioria das pessoas me procuram para perder peso por algum motivo específico, como ir a uma festa, ir viajar... eles têm essa mania: Ah eu quero perder peso pro final do ano! (Nutricionista PSF).

Ao exibir o corpo em determinada festa, viagem, com determinado tipo de roupa, o indivíduo demonstra encaixar-se no padrão “normal” da sociedade, com uma “saúde” aparente. Nestes locais, o aglomerado de pessoas é maior, o que causaria grande constrangimento ao “gordinho” ou “fora do padrão”, gerando sentimentos de discriminação.

A mídia é grande responsável por ditar padrões de beleza e saúde. Jornais, revistas, propagandas televisivas, sites na internet etc. retratam o dia-a-dia feliz e saudável daqueles que possuem uma rotina programada de exercícios, suplementos alimentares e medicamentos: “Conquistaste um corpo saudável sem sair de casa!”. Assim, indicam, aos que “sonham” em conquistar um corpo que exiba músculos e retrate o “bem-estar” corporal uma série de produtos disponíveis no mercado.

No entanto, o “olhar” do outro, seja ele um profissional de saúde ou não, também intimida e cria estereótipos baseados em uma leitura inicial do corpo: “como ela está gorda, deveria tomar um remédio para emagrecer!”, “você não está com uma aparência boa!”. Padrões de saúde são baseados na estrutura física do indivíduo, e ainda que este se sinta bem e sem nenhuma alteração que o incomode, a “moda” dita os padrões de beleza e saúde ditos “normais”. Como afirmam Sudo e Luz (2007, p. 1033) “A cultura ocidental valoriza a magreza, embasada principalmente pelas descobertas da biomedicina, que acabou por transformar o corpo gordo em sinônimo não apenas de falta de saúde, mas em um "corpo desumanizado", um caráter pejorativo de falência moral”.

A palavra dos especialistas em “saúde” e estética encontra-se o tempo todo aliadas à mídia, com indicações de um corpo ideal. Desta forma, a medicina estética hoje oferece inúmeras possibilidades aos que “querem” mudar algo no corpo. Diferente do modelo de clínica médica apresentado por Foucault, em que aspectos anatômicos internos revelavam os “problemas” até então invisíveis aos olhos, a medicina estética, como afirma Ferreira (2010), vem sob critérios subjetivos, alterar a superfície corporal de acordo com padrões estéticos dinâmicos trazidos pela moda. Os indivíduos passam a se enxergar como inadequados, doentes, quando mantidos com o corpo “natural”. Para este autor:

A saúde passa, então, a ser um guarda-chuva simbólico no qual tudo cabe, ter saúde não se restringe a evitar as doenças, a “preservar-se”, a “não correr

riscos”, a permanecer na normalidade médica. Ter saúde passa a ser igualmente cuidar da forma, do peso, da aparência (da pele, das rugas, dos cabelos brancos), da alimentação, da dieta ou do cuidado com as calorias, da manutenção da beleza e da juventude. Os cuidados com a estética passam a influenciar os cuidados com a saúde e com a “forma física”. As relações de trabalho também são influenciadas por essa perspectiva, a empregabilidade passa a ser diretamente ligada à aparência física. A preocupação com a estética passa a ser não apenas uma forma de manter a aparência ou a saúde, mas também uma forma de distinção social, garantia da manutenção do seu lugar no mercado de trabalho, no “mercado de trocas” sexual ou até mesmo como forma de conquistar a mobilidade social (FERREIRA, 2010, p. 70).

A realidade ofertada aos usuários do SUS passa longe das clínicas estéticas, ainda mais no município de estudo, onde apenas serviços de atenção básica estão disponíveis. No entanto, o desejo humano de mudar, adquirir um corpo saudável, magro, ideal, como retratado na mídia e cobrado pela sociedade, não. Os sonhos dos usuários do serviço público de saúde não são completamente diferentes daqueles apresentados por pacientes das caras clínicas de estética...

(...) A maioria procura para estética, não vê saúde! São pouquíssimas as pessoas que estão preocupadas com a importância da alimentação saudável. (Nutricionista PSF).

Hábitos alimentares adequados não constam entre os objetivos principais dos usuários que utilizam os serviços nutricionais no município de estudo. Ao incorporar práticas deste tipo na alimentação escolar, por exemplo, com o objetivo de evitar futuros problemas de saúde neste público, como obesidade, altos níveis de colesterol etc. a dificuldade em convencer os pais sobre a necessidade de adequação da merenda escolar tornou-se um desafio aos profissionais de saúde do município.

O corpo “perfeito”, “com saúde”, não deve estar relacionado à magreza ou a qualquer outro atributo físico ditado pela moda ou pela mídia, o que desde muito cedo é cobrado pela sociedade. Hábitos de vida como uma alimentação equilibrada, prática de exercícios físicos e outras atividades que trazem bem estar pessoal auxiliam a conquista de uma vida mais longa e que podem favorecer a autonomia individual. No entanto, não se deve classificar como “doente” aquele indivíduo que sem tais práticas e com um corpo “fora dos padrões” encontra outras formas de sentir-se bem e com saúde.

Os profissionais da área podem e devem auxiliar os usuários que buscam este tipo de serviço a encontrar soluções que visem, antes de tudo, compreender que o corpo (unidade biológica) pertence a cada um e que, ninguém, senão o próprio indivíduo, deve decidir seu

modo de vida e suas maneiras de estar “saudável”. Os conhecimentos científicos em nutrição, metabolismo, bioquímica etc., não devem ser aplicados em máquinas de fabricar modelos de corpos, como regras, mas em homens e mulheres que podem ou não utilizá-los, como opção consciente.

6.6. Saneamento básico: isso também é saúde?

Relato 11: (*Visitas domiciliares – 26-11-2013 – 15:00 h*)

O Sr. Prefeito Municipal solicita ao técnico em química Thiago, uma visita a um aglomerado familiar no bairro Andorinhas, onde famílias enfrentam problemas de falta de água.

Como o profissional não conhece o caminho para chegar até às residências, a técnica de enfermagem do PSF é solicitada a seguir junto. As estradas rurais apresentam bom estado e a viagem de carro dura cerca de 50 minutos.

A chegada no local demonstra uma situação bastante diferente daquelas encontradas no cotidiano. A precariedade de saneamento básico é notável.

A técnica de enfermagem segue na frente e faz contato com a primeira, das quatro famílias que ali vivem.

A moradora local, Sr.^a Juliana, relata que todas as quatro residências recebem água, porém, muito suja. Sua residência é a única que recebe água “mais limpa” e por isso, esta água é fornecida aos vizinhos para preparo de alimentos.

- A minha água é diferente da deles. O cano é outro. Quando eles precisam pra cozinhar eles pegam aqui, quando querem.

Durante a conversa a moradora conta que somente em sua casa vivem dez pessoas, e que duas de suas filhas adolescentes deixaram a escola devido ao fato de estarem grávidas.

A Sr.^a Sofia, outra moradora local, ouve a conversa e nos convida a entrar em sua casa. Ficamos na sala e ouvimos os relatos da necessidade de uma caixa d’água que atenda às necessidades de todos que ali moram.

- Nossa, precisamos de uma água boa! Uma caixa d’água aqui pra gente seria ótimo. É muito difícil para gente ficar buscando toda hora pra poder cozinhar!

Durante as visitas o técnico Thiago deixa clara a necessidade de adequação também da coleta de lixo e do esgoto doméstico, o qual encontra-se a céu aberto. Segundo as crianças do local o riozinho (esgoto com águas claras) serve de diversão nos dias muito quentes.

- Tio, ele entra na água ali pra brincar ó (mostra o riozinho) – Diz uma das crianças.

As mães são orientadas pela equipe de saúde sobre as prevenções contra verminoses. O técnico informa que levará a situação ao conhecimento do Prefeito para que as medidas sejam tomadas.

Os serviços de saneamento básico são essenciais para a garantia da promoção de saúde pública. Garantir a eficiência dos serviços de esgotamento sanitário, limpeza pública, manejo de resíduos, drenagem urbana e água em boa quantidade e de qualidade evita muitas doenças que podem trazer sérios danos à saúde humana (LISBOA *et al.*, 2013). Teixeira *et al.* (2012) afirmam que há um reconhecimento científico entre estes fatores descritos e a situação de saúde pública encontrada em um determinado local, em um dado momento.

Em recente trabalho realizado por Teixeira *et al.* (2014) sobre as deficiências de saneamento básico sobre a saúde pública em nosso país no período de 2001 a 2009, os autores demonstraram a difícil realidade brasileira. Neste período, foi constatado que o número de óbitos por causas definidas relacionadas ao saneamento básico inadequado foi de 12.068 mortes por ano. Além disso, a média de internações hospitalares no SUS por morbidade hospitalar por doenças relacionadas ao mesmo fator foi de 758.750 internações anuais, sendo as doenças de notificação compulsória²² com maior número de casos a dengue, hepatite, esquistossomose e leptospirose, respectivamente. Assim, a despesa total com esses agravos foi de R\$ 2,141 bilhões, correspondendo a 2,84% de gastos do SUS com consultas e internações.

O cenário encontrado em bairros rurais do município de estudo e, em especial no bairro Andorinhas, é bastante diferente da realidade vivida no centro da cidade. Apesar de o abastecimento de água urbano também enfrentar problemas devido a pouca quantidade de água, passando parte do dia sem oferta, a população residente na cidade recebe água tratada em suas residências, a qual é controlada por um técnico responsável. O esgoto é encanado, apesar de ainda não passar por nenhum tipo de tratamento. No bairro rural citado, a água disponível é ofertada em pouca quantidade, de cor turva e o esgoto domiciliar a céu aberto expõe famílias inteiras ao risco de inúmeras doenças.

Localizado a uma grande distância da cidade, os problemas em saneamento básico rural neste local não ficam em evidência aos “olhos” das autoridades. Com casas simples, grande acúmulo de lixo residencial, diversos animais de estimação, os problemas de saúde são

²² Doenças de maior gravidade que podem causar surtos e epidemias, exigindo maior controle e medidas de prevenção pelos serviços de saúde.

recorrentes entre os moradores locais, os quais também enfrentam dificuldades quando necessitam dos serviços de saúde municipal.

Segundo afirmação do próprio Ministério da Saúde, muitos setores populacionais ainda se encontram em situações desiguais na distribuição de riquezas, vivendo em condições de pobreza que dificultam o acesso às mínimas condições e serviços de saúde. Desde modo, a pobreza não se refere somente à ausência de bens materiais, mas sim à vulnerabilidade a que os indivíduos estão expostos devido a ausência de oportunidades e da falta de opções. A falta de moradia digna, saneamento básico, serviços de saúde, entre outros, demonstram a situação de pobreza existente em determinado local (BRASIL, 2013).

O relato abaixo demonstra a realidade encontrada no município de estudo...

Relato 12: *(Visitas domiciliares – 02-01-2014 – 08:30 h)*

Após as festas de ano novo, muitos profissionais de saúde encontram-se de folga. No PSF local encontram-se apenas uma técnica de enfermagem e um agente comunitário de saúde.

Os pacientes que chegam ao local são orientados a procurar o centro de saúde, onde há atendimento médico até às 12:00 h.

Alguns pacientes da zona rural aguardam visita domiciliar agendada pela técnica de enfermagem e, na ausência de motorista responsável, ofereço ajuda.

Partimos às 10:30 h rumo ao bairro Andorinhas, o mais distante da cidade. Durante o percurso a profissional relata que a médica atende a cada vinte e um dias nesta comunidade, devido ao revezamento com os outros bairros rurais. Após pouco mais de uma hora chegamos à primeira residência.

1ª visita – Assim que o carro é estacionado, algumas crianças descalças e com tosse persistente observam desconfiadas. Nos braços, algumas trazem seus gatos de estimação.

Ao aproximarmos das residências, Sofia e Juliana nos recebem. A técnica de enfermagem explica que passa para saber das necessidades das famílias.

Cabisbaixa, Juliana conta que há quatro dias, dois de seus filhos estão doentes. A mais nova, Alexandra, apresenta muita tosse e o filho mais velho, Pedro, febre alta. A falta de créditos no celular impediu a solicitação de ajuda ao veículo de plantão que fica na cidade. Como não possuía medicamentos em casa, optou pelo uso de ervas caseiras.

- Ah, as crianças tão tudo doente, com febre, tossindo. Precisa tudo ir no médico. Não tinha como ligar lá, tava sem crédito!

Devido ao horário, a técnica explica que não seria mais possível conseguir atendimento médico naquele dia. Oferece a opção de leva-los ao hospital de SR, cidade mais próxima, mas Juliana recusa. Prefere esperar mais um dia e ir ao centro de saúde municipal.

Sofia também explica que precisa ir até a farmácia do postinho buscar os remédios de uso controlado da mãe. Há alguns dias sem estes medicamentos, relata que a senhora, já de idade, fica muito ansiosa.

- Nossa Clélia (técnica do PSF), você tem que ver como a mãe tá! Sem remédio ela fica desesperada. Acabou, mais não tinha como nós ih buscá!

Clélia lembra Sofia da necessidade de levar o cartão de controle de medicação para que seja possível recebê-los. Através de contato telefônico com a Secretaria Municipal de Saúde agenda um carro para buscar todos os pacientes para consulta no dia posterior.

As difíceis condições sociais aliadas à falta de saneamento básico trazem problemas de saúde recorrentes à população do bairro. Sem possibilidade de buscar atendimento devido à distância geográfica, a falta de créditos no aparelho celular para pedidos de socorro e a ausência de um meio de transporte, os moradores locais ficam isolados e sempre expostos aos mesmos riscos.

O acompanhamento destas famílias pela equipe de saúde da família demonstra-se insuficiente na resolução dos problemas de saneamento básico. Ainda que estes profissionais preocupem-se em orientar e oferecer medidas de tratamento e cura aos problemas em saúde encontrados, tais medidas tornam-se paliativas.

Entre as propostas aprovadas na IV Conferência Municipal de Saúde encontram-se:

- 1 - Nova forma de captação de água, devido aos recursos hídricos insuficientes;
- 2 - Trabalho de conscientização com a população a respeito do lixo;
- 3 - Coleta de lixo nos bairros rurais;
- 4 - Palestras preventivas em saúde;

Nota-se que a preocupação da comunidade com a saúde, ou seja, a “voz do grupo”, já relaciona os problemas enfrentados atualmente referentes ao saneamento básico. No entanto, a captação de novos recursos hídricos refere-se a zona urbana, onde a quantidade de água que abastece a população é insuficiente. Nos bairros rurais o abastecimento de água é proveniente de minas, as quais não têm sua qualidade analisada pelo serviço de saúde e não recebem nenhum tipo de tratamento, o que deixa esta população vulnerável a diversos tipos de doenças de veiculação hídrica.

O lixo rural não é coletado nos bairros do município em estudo. O acúmulo é evidente em muitos locais e, em especial, no bairro Andorinhas relatado anteriormente. Diversas famílias e seus animais de estimação convivem com diferentes tipos de resíduos, o que aumenta as chances de contaminação e transmissão de doenças. Desta forma, o trabalho de conscientização da população torna-se insuficiente enquanto outras medidas não forem adotadas pelo poder público.

As palestras preventivas certamente auxiliam a equipe de saúde a diminuir as chances de adoecimento da população. Ainda que a orientação familiar seja importante, os indivíduos muitas vezes encontram-se impedidos financeiramente de adotar as mudanças sugeridas como a construção de fossas sépticas, por exemplo. Localizados em locais de poucos recursos e exercendo atividades que garantem basicamente a subsistência familiar, a preocupação com a saúde encontra barreiras nas adequações físicas necessárias.

A oferta de medicamentos pelo serviço social municipal demonstra-se extremamente eficiente, enquanto a preocupação com o saneamento básico rural não recebe a mesma atenção. O “curativo” demonstra-se primordial ao invés do “preventivo”. Com ações baseadas na oferta deste tipo, as doenças que atingem as comunidades rurais dificilmente desaparecerão, fazendo com que os gastos em “saúde” continuem altos.

O relato abaixo demonstra a prática curativa ofertada neste mesmo bairro discutido, e a inquietação da profissional médica com a procura contínua por atendimento sempre dos mesmos usuários...

Relato 19: *(Atendimento – Bairro Andorinhas – 30-01-2014 – 09:50 h)*

Assim que a enfermeira termina suas atividades na UBS, seguimos para atendimento na zona rural. Como o bairro fica próximo à cidade de SR, cidade onde reside a médica, a profissional não atende de manhã, aguardando a equipe no caminho.

Quando o motorista chega ao local combinado para o encontro com a médica, aguardamos cinco minutos até sua chegada.

A equipe chega ao local de atendimento às 11:07 h, onde um bom número de pacientes aguarda. São cerca de vinte pessoas entre adultos, idosos e crianças. Uma antiga escola é utilizada como unidade de saúde.

Os moradores são bastante receptivos e interagem bem com a equipe. Minha presença não demora a ser percebida e logo estou rodeado de pessoas e perguntas.

- Mais gente pra saúde, que bom! Você estuda, trabalha, faz o que?- Pergunta uma senhora.

Explico o motivo da minha presença, que logo é esquecida. Pouco de tempo de conversa e logo os problemas de saúde já começam a ser relatados em conjunto, na varanda do local. Hipertensão, problemas de pele, falta de medicamentos, são alguns dos temas discutidos.

A médica já aguarda na sala de aula adaptada o início das consultas. Enquanto isso, auxilio a enfermeira nas anotações do peso e pressão arterial dos pacientes.

Alguns assim que aferem a pressão vão embora, não querem passar em consulta médica. Entre estes, os dois únicos homens adultos. Todas as pacientes que passam em consulta são do sexo feminino ou meninos acompanhados pelas mães.

Assim que as pacientes saem do “consultório”, já deixam os pedidos de exames ou receitas com a enfermeira, para que ela leve até a secretaria municipal de saúde ou à farmácia municipal.

- E nossa agente de saúde, Jaqueline? Não volta mais?

- Ela ainda está em tratamento psiquiátrico e outra pessoa deve ser nomeada. Acredito que breve vocês terão outro agente comunitário de saúde.

- Nossa, faz falta aqui pra nós! – Diz Antonia, moradora local.

Assim, uma a uma as pacientes são atendidas, agradecem e despedem-se de cada pessoa no local. O sol está forte e por isso muitas recorrem ao uso de sombrinhas.

Ao final, enquanto as profissionais guardam seus instrumentos de trabalhos, aproveito para conversar com a médica:

- Renato, aqui os problema são sempre os mesmos. As pacientes são as mesmas. Todo mês aqui ou nas consultas na unidade do PSF. Eu não sei o que acontece! As pessoas sempre querem exames ou remédio, e nem sempre é necessário.

O motorista logo nos chama pra voltarmos à cidade.

Com condições de moradia e saneamento inadequados, dificilmente a procura pelos serviços curativos de saúde tende a diminuir no município. Os pacientes sempre serão os mesmos, os exames sempre serão necessários, o consumo de medicamentos tende a ser cada vez maior, afinal, a mesma população continua exposta aos mesmos riscos. Ainda que haja equipes de saúde atuantes, com profissionais capacitados e oferta de tecnologias duras, a gênese de tantos problemas de saúde não está sendo combatida de forma efetiva.

A integração das comunidades rurais com as diferentes áreas do setor público como saúde, serviço social, educação, meio ambiente, infraestrutura, entre outras, torna-se fundamental ao propor estratégias que busquem uma melhor condição de vida a estes

moradores que enfrentam tantos obstáculos na efetivação de um direito garantido em Constituição: o direito à saúde.

6.7. Usuário estigmatizado: eu não sou do SUS

Relato 22: *(Clínica oftalmológica - 21-02-2014 – 12:00 h)*

Desta vez, longe do conforto oferecido aos pacientes particulares, resolvo agendar uma consulta com médico oftalmologista pelo SUS. Após uma média de espera de quarenta dias, recebo a guia da consulta indicando a data, horário, local da consulta e informações sobre o transporte.

No horário marcado, encontro Ruth na varanda do centro de saúde também aguardando o transporte, além de Verônica e sua companheira. Nossa consulta na cidade de IT está agendada para às 12:30 h. Às 12:10 h, o motorista nos chama e comunica que ainda teremos que buscar outros dois pacientes moradores da zona rural.

Após vinte minutos chegamos à casa de Angela, onde a mesma encontra-se ansiosa:

- Boa tarde a todos! Achei que tivessem me deixado!

Já no caminho de volta, o paciente Claudio, 84 anos, também aguarda o veículo. No entanto, traz consigo duas acompanhantes, o que deixa todos apertados.

Chegamos ao local de atendimento às 12:55 h, o que nos faz encontrar uma grande fila. Pacientes de diversas cidades também aguardam o início das consultas. Crianças, jovens, adultos e idosos, todos enfrentam a mesma espera. Não há prioridades.

Ao nos dirigirmos ao balcão da recepção, são solicitados nossos documentos pessoais, cartão SUS, comprovante de residência e guia fornecida pela secretaria municipal de saúde. Entre meus companheiros, percebo que muitos não trouxeram documentação alguma.

- Nossa, nem vi o bilhete que pedia isso! Vou esconder e fazer de conta que não tinha! – Comenta Ruth.

A secretária que nos atende é bastante gentil, e depois de recolher a guia de consulta de cada um, diz que entrará em contato com a secretaria municipal de saúde para solicitar os documentos e evitar a perda das consultas. Assim, a profissional entrega a cada um uma ficha com o número do atendimento. Recebo a de número 36.

- Podem sentar e esperar o número de vocês serem chamados pela moça da enfermagem.

O local do atendimento é amplo e limpo. Na sala de espera a TV torna-se a única distração, já que a interação com outras pessoas não parece agradar a muitos. Os pacientes demonstram-se fechados, calados.

Sento ao lado de Ruth e Angela, e conversamos sobre assuntos do cotidiano. Não demora para que o tema da saúde apareça:

- Esperar é horrível, né Renato? Na época das vacas gordas eu tinha plano de saúde. Uma vez eu fui numa clínica particular e o atendimento começou a demorar muito, sabe o que eu fiz? Cancelei a consulta e fui embora! Eu acho isso uma falta de respeito. Mas pelo SUS eu não reclamo na secretaria não. Senão alguém ainda me fala: então por que você não paga um? Ai, se você reclama você é chata!

Neste momento, Ruth recebe uma ligação de sua irmã:

- Oi, tudo bem? Nossa, hoje eu vou demorar! Estou esperando consulta na fila do SUS (risos) Aquele atendimento que você espera horas, sabe? Só por Deus! (...)

O tempo passa devagar. Noto que as pessoas começam a ficar impacientes. Alguns levantam, outros observam as figuras de algumas revistas antigas que estão expostas ali, outros tentam fechar os olhos e descansar. São 14:30 h e percebo que muitos pacientes com numeração inferior à minha (nove, onze, dezessete) ainda aguardam sua vez.

Por volta das 16:00 h sou chamado para uma pré-consulta com a equipe de enfermagem, e dela recebo algumas gotas de colírio. Verônica, paciente vinda no meu grupo é chamada para entrar também. Algumas perguntas sobre uso de medicação, alergias, etc. são feitas a ela, mas não a mim.

- As perguntas são mesmo diferentes? Fomos questionados sobre coisas diferentes! – Pergunto.

Com um sorriso a profissional me diz:

- Vamos completar certinho então!

E assim, repete as mesmas perguntas a cada um.

Ao sairmos da sala, voltamos a esperar na recepção. Enquanto observo a fila parece não diminuir. D. Elisa, senhora com seus sessenta anos, senta-se ao meu lado.

- As consultas são demoradas, não acha? – pergunto.

- Você conseguiu almoçar antes de vir? Se conseguiu esta no lucro! Saí da minha cidade antes das cinco da manhã. Tomei um cafezinho só!

Ao olhar para o lado, percebo que a neta do Sr. Claudio, uma de suas acompanhantes, oferece a ele água com adoçante. O café servido já havia acabado, e na falta de opção a garota preocupou-se com a saúde do avô.

As 19:30 h ainda faltam dois pacientes na minha frente. Quando Ruth entra no consultório médico, um senhor que está ao meu lado comenta:

- Essa senhora da sua cidade pagou consulta aqui, e mesmo assim teve que esperar. Que absurdo né?

Pensando em não ter compreendido bem, resolvo questioná-lo:

- Qual senhora? Essa que entrou no consultório?

- Isso! Ela é paciente particular. Ela me disse que mesmo assim teve que ficar esperando.

Quando finalmente chega minha vez, o médico recebe-me na porta do consultório e é bastante receptivo:

- Sente-se aqui, Renato Augusto. Desculpe-me a demora, mas atendo a todos como se atendesse meus pais. No seu caso, meu irmão mais novo (risos).

Os aparelhos do consultório são modernos e passo por dois deles. O profissional receita o medicamento, e em menos de cinco minutos deixo o local.

O motorista aguarda a todos os pacientes e às 20:40 h deixamos a clínica. Ao chegarmos de volta à nossa cidade de origem, os moradores da zona rural ainda seguem viagem.

Os serviços públicos de saúde são retratados na mídia e no cotidiano como serviços de baixa qualidade, burocráticos e que atendem pessoas que não possuem condições de pagar um plano de saúde. As imensas filas mostram pessoas que sofrem e buscam alívio de suas dores, seja através de uma consulta, um exame, um remédio. Longe de ser visto como um direito, muitos usuários se veem obrigados a utilizar este tipo de serviço demonstrando vergonha frente a outros indivíduos da sociedade que frequentam clínicas com tecnologias duras de última geração e, desta forma, “garantem” uma vida mais “saudável”.

No entanto, muito comum nas práticas administrativas de saúde atuais, os serviços terceirizados em saúde disponibilizam vagas aos usuários do SUS por meio de parcerias estratégicas com os governos municipais. Desta forma, serviços que antes estavam disponíveis apenas às pessoas com maior poder aquisitivo, hoje já podem ser também utilizados por usuários das diferentes classes sociais.

No local de estudo, caracterizado por ofertar somente serviços de atenção primária em suas unidades de saúde, tal prática é bastante comum. Diversas instituições privadas situadas em diferentes cidades vizinhas realizam atendimento os usuários do município. Por meio de agendamento prévio e havendo disponibilidade de vagas, a secretaria municipal de saúde encarrega-se de marcar o procedimento (consulta, exame), avisar o usuário e disponibilizar

um veículo para transporte até o local. Acompanhantes são permitidos somente para idosos e crianças.

A grande dificuldade surge, no entanto, quando estes indivíduos provenientes de uma cidade pequena, com estilos de vida simples, acostumados com somente duas unidades de saúde, deparam-se com realidades tão diferentes das vivenciadas no cotidiano municipal: clínicas modernas, aparelhos diagnósticos sofisticados, computadores por todas as partes e, como se não bastasse, o olhar daqueles que logo notam a chegada dos “usuários do SUS”. Ao estudar a relação entre estigmatizado e estigmatizante, Goffman (1963, p. 5) faz importante consideração:

A sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias: os ambientes sociais estabelecem as categorias de pessoas que tem probabilidade de serem neles encontradas. As rotinas de relação social em ambientes estabelecidos nos permitem um relacionamento com “outras pessoas” previstas sem atenção ou reflexão particular.

Para determinados membros da sociedade, o ambiente “daquelas pessoas” não seria o das clínicas de saúde particular. O estereótipo de um usuário do SUS traz características que o colocam como pobre, morador de alguma comunidade de baixa renda, sem instrução, sem direito “a voz” etc. A típica pergunta realizada na recepção destes locais que prestam serviços a públicos distintos demonstra o preconceito sobre a oferta dos serviços: “você é particular ou é SUS?”.

Segundo Crochik (2011), um dos elementos do preconceito refere-se justamente ao fato de se generalizar as supostas características de um determinado grupo a todos os indivíduos pertencentes a ele. Desta forma, o preconceito impede o contato com o particular e com a experiência individual. A categorização e posterior classificação dos indivíduos estabelece a forma de relação pessoal do preconceituoso, impedindo que a experiência individual contraponha o estereótipo criado.

A paciente Ruth relatada acima não pareceu envergonhada por estar em um ambiente particular, com inúmeras outras pessoas de classe social alta e diante de tanta tecnologia, como muitos outros usuários podem se sentir, mas sentiu-se assim simplesmente por estar ali representada como usuária dos serviços públicos, do SUS.

“(...) Esperar é horrível, né Renato? Na época das vacas gordas eu tinha plano de saúde. Uma vez eu fui numa clínica particular e o atendimento começou a demorar muito, sabe o que eu fiz? Cancelei a consulta e fui embora! Eu acho isso uma falta de respeito. Mas pelo

SUS eu não reclamo na secretaria não. Senão alguém ainda me fala: então por que você não paga um? Aí, se você reclama você é chata!” (...).

Como paciente que “não paga”, a usuária não vê a prestação de serviços em saúde com um direito, mas como um favor. Para poder cuidar da saúde é preciso aceitar o que lhe é ofertado sem custos, sem reclamações. Pacientes de consultas particulares, estes sim, parecem ser ouvidos.

Outra diferença importante a ser destacada refere-se à atenção dispensada pelos profissionais de saúde a depender do público ao qual prestam serviços. O trecho abaixo relata a possibilidade de uma paciente ser atendida por um médico em sua clínica particular em uma cidade vizinha ou no próprio município, via serviço público de saúde...

(...) A enfermeira comunica a paciente que o médico especialista²³ de IT, o mesmo que já a acompanha, passará a atender no centro de saúde municipal uma vez por semana.

- Ah Jaqueline (enfermeira), eu prefiro ir no consultório dele mesmo! Acho que para o meu problema lá tem mais estrutura. Fico feliz pelas outras pessoas que vão poder tratar com ele. Ele é ótimo! Diferente de outros médicos que não tratam a gente bem, nem dão atenção!

A estrutura física destacada pela paciente pode relacionar-se à atenção dispensada pelo profissional em sua clínica particular, onde a mesma não é apenas mais uma usuária do SUS identificada por uma numeração na fila de espera. Ao pagar pela consulta a paciente sente-se mais segura, acolhida, preferindo deslocar-se do bairro rural onde mora e ir até uma cidade vizinha ao invés de optar pelo atendimento no serviço público municipal com o mesmo profissional.

Segundo a Carta do Direito dos Usuários da Saúde aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) no ano de 2009, em seu artigo 4º, parágrafo único, tanto em serviços públicos quanto privados:

É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência (BRASIL, 2011, p. 11).

²³ O especialista em questão realiza atendimentos na área de cardiologia, tendo à disposição no município toda a infraestrutura e equipamentos necessários para a prestação de serviços.

Procurar os serviços de “saúde” significa muitas vezes expor estigmas que cercam a vida de cada indivíduo presente neste meio: o hipertenso, o diabético, a mãe do menino doente, o cadeirante, a louca, entre inúmeras outras denominações classificatórias a que estes usuários estão sujeitos. Para Goffman (1963) as atitudes que os “normais” (neste caso, “sadios”) têm com uma pessoa estigmatizada, fazem com que esta seja vista como se não fosse completamente humana. O descrédito trazido por uma pessoa estranha pode colocá-la como alguém inferior em dupla perspectiva: de desacreditado (quando apresenta característica evidente do estigma) ou desacreditável (característica não perceptível ou desconhecida). A obra *“Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada”* (1963) deste mesmo autor servirá de norte na compreensão deste assunto.

O usuário do SUS poderia ser incluído como um estigmatizado desacreditado quando sua aparência demonstra seu baixo nível social (cheiro, falta de dentes etc.) e, por isso, é colocado nesta categoria. Mas pode também ser desacreditável, como no caso de Ruth, ao mentir ser paciente em tratamento particular.

O encontro com o outro é inevitável nos serviços de saúde, seja no âmbito municipal ou não. No entanto, este encontro gera no estigmatizado uma insegurança, pois, ao decidir procurar ajuda, além de uma exposição aos “normais”, uma invasão de privacidade pode ocorrer. “O que é que você tem? Vai a que médico?” e outras perguntas deste tipo são comuns entre usuários que aguardam na sala de espera ou nas filas para conseguir atendimento. Talvez por isso o silêncio nestes locais seja maior e o olhar denuncie o medo em revelar-se.

A procura por diagnósticos mais sérios (câncer, HIV, hepatites etc.) pode então ser complicada, ainda mais se tratando de município de pequeno porte. O medo da discriminação social e da inclusão em grupos de apoio por categorias que evidenciam diretamente a doença pode afastar de vez a procura por um tratamento ou simples orientação. Tantas campanhas tentam por isso incentivar a população em geral a buscar os serviços de saúde, expondo para “normais” e “estigmatizados”, alguns “oradores” que informam a capacidade dos “heróis da adaptação” (Goffman, 1963) viverem de forma como pessoas comuns, boas pessoas. Estes oradores são pessoas escolhidas como representantes daqueles que sofrem o estigma, podendo ser um “nativo estigmatizado” ou não, para expor o problema enfrentado a outros públicos. Heróis, neste caso, são aqueles que ainda precisam reforçar um estigma para demonstrar a capacidade de “ser normal”, “saudável”. O cartaz baixo, produzido pelo próprio Ministério da Saúde, demonstra este fato...



Figura 1 – Campanha contra o HIV realizada pelo Ministério da Saúde no ano de 2009.

Ainda que o usuário sinta-se à vontade em procurar os serviços de saúde, ele precisa saber que pode confiar nas pessoas, nos profissionais. Estes são chamados de “informados” (Goffman, 1963), ou seja, pessoas que encaram o problema (“doença”) como algo comum, que de alguma forma demonstram-se mais próximos do estigma em questão, seja por trabalhar na área de saúde ou conviver com ele em outros contextos comunitários.

Ainda assim, mesmo em local restrito, reservado nas unidades de saúde, o estigmatizado pode sentir-se envergonhado, pois o profissional muitas vezes pode demonstrar mais conhecimento técnico sobre o estigma do que o próprio portador. Por isso, visto sobre a realidade pesquisada, tal procura pode não ser tão tranquila. Os profissionais atuantes no sistema de saúde local, em sua grande maioria, residem e trabalham na cidade. Apesar de demonstrarem a realização de um trabalho sério e ético, a procura por estes profissionais pode gerar insegurança nos usuários. Como encontrar na rua com um profissional de saúde que sabe do meu problema? E se ele ficar me olhando? E se me perguntar algo sobre meu “problema” perto de outra pessoa?

Outros “informados” também podem sofrer o preconceito por estarem tão próximos do estigmatizado, como os amigos, pais, companheiros etc. O descrédito é compartilhado com estes que a estrutura social permite um contato maior: a mãe do menino doente, o irmão da hipertensa, o amigo do diabético.

Todo este medo em revelar algo, seja uma doença ou necessidade de apoio em saúde, pode muitas vezes levar pais e familiares a encobrir o problema de alguma forma, a fim de que o estigma não traga consequências àqueles que ainda não podem se defender, ou seja, nas crianças.

O medo em expor uma criança diante de uma suposta crise, de modo a que esta possa ser vista como desacreditável faz com que a família evite a procura pelas unidades de saúde, permanecendo em casa, em segurança. Tal fato é destacado por Goffman (1963, p. 80):

Os pais, sabendo da condição estigmática da criança, podem encapsulá-la na aceitação doméstica e na ignorância daquilo que ela irá transformar-se. Quando se aventura fora de casa, ela o faz, portanto, como alguém que inconscientemente se encobre, pelo menos até onde o seu estigma não é logo perceptível. Nesse ponto, seus pais se defrontam com um dilema básico referente à manipulação de informação, recorrendo algumas vezes a médicos em busca de estratégias. Se a criança recebe a informação sobre o seu estigma ao chegar à idade escolar, é possível que ela não seja bastante forte psicologicamente para suportar a notícia e que, além disso, exponha indiscretamente esses fatos a pessoas que não necessitam conhecê-los. Por outro lado, se ela é mantida por muito tempo na ignorância, não estará preparada para o que lhe pode acontecer e, mais ainda, pode ser informada sobre sua condição por estranhos que não têm nenhum motivo para usar o tempo e o cuidado necessários para apresentar os fatos de uma forma construtiva e confiante.

Os serviços ofertados no município de estudo não são utilizados muitas vezes por medo da exposição aos moradores locais e conseqüente discriminação que pode vir a acontecer. Em determinados casos, ao optar por um serviço pago, em outro município, a família sente-se mais segura ao transmitir ao novo profissional “informado” a sua angústia, sabendo que a atenção pode ser diferenciada por não apresentar-se como usuária do SUS, e ainda pelo fato do distanciamento geográfico que mantém a certeza do desencontro entre profissional e estigmatizado(s) no cotidiano.

O usuário deixará de sentir vergonha e passará a confiar nos profissionais e serviços de saúde quando se sentir melhor acolhido, cuidado, ouvido. A singularidade do “ser diferente” deve ser respeitada e acolhida por profissionais humanizados, para que o fator tempo não impeça um encontro capaz de criar vínculos de confiança. A capacidade de escuta deve ultrapassar a necessidade da produção de números, da busca incessante por metas, deixando sempre presente na memória o juramento um dia proferido ao escolher fazer parte de uma área profissional que busca, acima de tudo, o trabalho em função do outro, por sua saúde.

Apesar das grandes contribuições de Goffman ao pensar o papel do estigma como uma diferença de valor negativa ou uma marca, Parker (2013) aponta que atualmente também se faz necessário pensar para além dessa formulação teórica, relacionando o estigma a uma espécie de processo social ligado ao poder e a dominação, ou seja, ao funcionamento das desigualdades sociais. Para o autor, o estigma atua na produção e reprodução das relações de poder e controle, fazendo com que determinados grupos de indivíduos tenham seu valor diminuído e outros sejam valorizados de forma discriminatória.

Ao repensar questões que envolvam discriminação, preconceito e estigma ligados aos processos de exclusão social e desigualdades, Parker (2013) utiliza-se do termo “violência estrutural” do sociólogo norueguês Johan Galtung, na tentativa de buscar explicações para a maneira como as estruturas limitam a ação de modo que os indivíduos sejam colocados em situação de vulnerabilidade. Exemplo trazido por Johan Galtung sobre a aplicabilidade desta “violência” no campo da saúde, diz o seguinte:

Violence is that which increases the distance between the potential and the actual, and that which impedes the decrease of this distance. Thus, if a person died from tuberculosis in the eighteenth century it would be hard to conceive of this as violence since it might have been quite unavoidable, but if he dies from it today, despite all the medical resources in the world, then violence is present according to our definition²⁴ (GALTUNG, 1969, p. 168).

Desta forma, através do exemplo trazido pelo autor, inúmeros outros ilustrariam a aplicabilidade da violência no campo da saúde pública nacional, como a falta de saneamento básico, as milhares de morte por parasitoses etc. Costa e Pimenta (2006, p.34) afirmam que “(...) o Estado moderno, para exercer o monopólio da violência, criou uma nova forma de organizar as relações sociais, por intermédio de um conjunto de novas regras jurídico-legal, moral, política, econômica, sociocultural e simbólica”. Para os autores, os sujeitos ditos “livres” atualmente transferiram ao Estado suas liberdades, deixando a carga deste a orientação de suas vidas em sociedade. De forma ideológica, a oferta de uma felicidade material através de um sistema de saúde passou a limitar através das instituições hospitalares entre outras, os excessos corporais, ou seja, a disciplinar os corpos. Para Parker (2013, p. 34-35):

O enfoque da violência estrutural nos permite reconceituar a discriminação em relação à saúde não apenas como um resultado do estigma, do preconceito e da discriminação, mas como um produto de sistemas sociais fundamentalmente desiguais – que redireciona a atenção sobre o que Link e Phelan (1995) têm descrito como as “causas fundamentais” da doença, e nos leva a compreender a discriminação em relação à saúde não meramente como resultado do estigma ou do preconceito, mas como resultado de estruturas sociais e econômicas fundamentalmente desiguais.

O olhar denunciante de um indivíduo de classe social privilegiada sobre “o outro”, seja ele o pobre, o desarrumado, o doente mental, o portador de HIV, entre outras tantas

²⁴ A violência é o que aumenta a distância entre o potencial e o real, e que impede a diminuição desta distância. Assim, se uma pessoa morreu de tuberculose no século XVIII, seria difícil conceber isso como violência, uma vez que teria sido bastante inevitável, mas se ele morre da mesma doença hoje, apesar de todos os recursos médicos no mundo, então a violência é presente de acordo com nossa definição (Livre tradução).

categorias apontadas como “menores”, tem na base capitalista a fundamentação necessária para a decisão de como ofertar assistência à saúde de acordo com a “rotulagem” impressa. “Ricos” devem por obrigação receber assistência de clínicas particulares, com tecnologia “de ponta” e profissionais renomados, enquanto “pobres” devem contentar-se com uma assistência precária nos serviços públicos de saúde, sem direito a reclamar daquilo que lhe é ofertado “de graça”, com no máximo alguma simpatia profissional durante o atendimento...

Do ponto de vista *político*, o poder dominante, bem ou mal, tradicionalmente cunhou no imaginário social brasileiro a ideia de *cordialidade*, de *submissão*, de *passividade*, enfatizando na consciência moral-funcional o lugar e o papel que cada indivíduo tem de assumir na sociedade (COSTA; PIMENTA, 2006, p. 62).

O público *versus* privado no campo da saúde categoriza estereótipos de pessoas que “podem” ser encontradas em cada local. Situações deste tipo, enfrentadas cotidianamente por tantos usuários do SUS geram além do medo de adoecer, sofrimento.

“Ao certo, o modelo de urbanização e industrialização adotado no Brasil dificultou para muitos o acesso aos benefícios do capital, embora tenha disponibilizado, para todos, o *desejo e o sonho* de os ter” (COSTA; PIMENTA, 2006, p. 61). Sonhos como uma água potável, uma casa, saúde e, até mesmos bens de luxo, passou a dominar na mente de todos, inclusive das classes pobres e excluídas. No entanto, é inegável o abismo existente entre sonho e realidade e a evidência de que jamais os mais pobres terão acesso ao que acreditam ser possível, o que pode causar grande revolta e frustração (COSTA; PIMENTA, 2006).

6.8. Entre classes: limites e desafios da comunicação do corpo e da fala

Relato 2: (*Centro de Saúde – 27-09-2013 – 12:45 h*)

Parte 1: *Mariana procurou a enfermeira da unidade básica de saúde para pegar a doação de leite em pó de seus filhos. Além disso, relatou o estado de saúde da mãe, a qual acaba de sair de uma internação, onde foi preciso “desentupir” uma veia.*

Sua irmã Catarina, faxineira do local, ouviu a conversa e resolveu participar. Disse que a mãe tem reclamado da alimentação em casa. Por ser diabética, teve que mudar a dieta inadequada, passando a comer verduras e legumes. Este fato não a agradou, pedindo às filhas que voltem a fazer comida como antes.

Segundo Catarina, outras três irmãs são diabéticas, e isso a preocupa. Lembra-se de uma ferida na perna da avó, que também tinha a doença, a qual “comeu” a perna até o joelho, levando-a a morte. Disse ainda que a mãe aguarda retorno ao médico em NH, no próximo mês. Perguntou à enfermeira se alguém da saúde poderia “ver” a pressão da mãe, sendo orientada a procurar a equipe do programa de saúde da família.

Parte 2: (Centro de saúde – 30-09-2013 – 12:30 h) Logo que a farmácia básica é aberta pela atendente, o Sr. Nilton chega ao local portando duas sacolas. Cumprimenta os presentes na sala e senta-se.

Após ser questionado sobre suas necessidades, o senhor disse que seria rápido. Como sabia que medicamentos não podem ser descartados no lixo comum, trouxe todos aqueles que estavam em sua casa, “sem utilidade”.

Relatou que a esposa encontrava-se em fase de recuperação após “desentupimento” da veia do coração. Estava agora sob cuidados dos médicos “de fora”.

Após sua saída, a profissional do local verificou que dentre os medicamentos, a maioria estava dentro do prazo de validade. Ao contabilizar, encontrou 1340 comprimidos de dois medicamentos para hipertensão, além de quantidades significativas de medicamentos para diabetes e problemas de estômago.

Parte 3: (Visita domiciliar – 15-10-2013 – 14:30 h) A residência visitada é bastante humilde, mas com boas condições. Assim que a técnica de enfermagem chega, é recebida no portão pelo Sr. Nilton, que nos convida a entrar.

No interior da residência, D. Mirtes encontra-se deitada no sofá, recuperando-se do cateterismo realizado há algumas semanas. Sua filha, Cláudia, e uma neta também estão no local.

Sr. Nilton, esposo da paciente, explica que a mulher deveria ter retornado no “dotor” de NH na última semana, mas que não foram porque ele não sabe onde guardou os resultados de exames da mulher. A técnica de enfermagem explica que para voltar ao especialista, é necessário levar todos os papéis e exames entregues pelo hospital, no dia da alta da paciente.

Permanecemos sentados na sala, enquanto o Sr. Nilton resolve procurar os papéis pela casa. Ele diz estar confuso, e fica na dúvida se trouxe mesmo a documentação e os exames para casa.

- *Sempre que saio com ela (esposa) e fico na dúvida com alguma coisa, pergunto duas vezes pro “dotor”. Nesse dia, parece que ele não me entregou nada. Não lembro desse papel!*

A profissional explica que a enfermeira do hospital ligou, e que informou que havia entregado ao acompanhante da paciente, um cd com imagens dos exames, os resultados impressos, e a receita com a medicação.

Cláudia busca em outro cômodo da casa a receita da medicação. Mostra ainda uma cartela de comprimidos, os quais foram necessários comprar. Disse que a mãe não fica sem eles, e que não tinha na farmacinha do posto. A técnica de enfermagem confirma ser o receituário do especialista e questiona os outros papéis que provavelmente estavam juntos.

- *Aqui não tem mais nada, não! Só esse papel de remédio mesmo. Só se ficou no carro que buscou a gente, mais acho que não!*

Depois de procurar em outros papéis na estante da sala, abrir envelopes e correspondências, Sr. Nilton desistiu da procura.

A profissional disse que existe uma vaga para retorno na próxima semana, mas que o hospital cobra todos os papéis. Pediu que a família procure com calma, e caso encontrem, levem imediatamente ao programa de saúde da família.

A comunicação é fundamental aos homens. Gestos, sons, imagens, criam, entre emissor e receptor, a possibilidade da troca de informações, criando vínculos ou fortalecendo barreiras, principalmente quando utilizados para expor fragilidades do corpo adoecido ao outro. Como afirmam Chaveiro *et al.* (2009, p. 148): a palavra comunicar vem do latim *communicare*, que tem por significado “pôr em comum”. Ela pressupõe entendimento entre as partes envolvidas.

No entanto, logo na entrada das unidades de saúde, alguns cartazes orientam os usuários dos serviços ali prestados, com relação a uma regra básica para permanecer no local: silêncio. Em ambas as recepções destas unidades, o único som “permitido” é o da TV, onde são exibidos programas do Canal Minas Saúde²⁵, com entrevistas e orientações profissionais sobre “as regras” a serem seguidas ao se buscar a manutenção de um corpo são.

Quietos, de olhar baixo, a única saída “aos doentes” seria, ao entrar no consultório do médico, falar sobre todas as preocupações, os problemas que afetam o corpo e a mente. No entanto, o tempo é curto. Há muitas outras pessoas na fila que ainda precisam de escuta e

²⁵ Criado em 2008, o canal é uma superintendência da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG) em parceria com a Fundação Renato Azeredo (FRAMINAS) e oferece conteúdo informativo de promoção de saúde e cursos de capacitação aos profissionais de saúde, com o objetivo de fortalecer o SUS.

orientação profissional. Porém, como explicar ao “doutor”, detentor de um saber científico superior, todos os males e doenças, utilizando linguagem simples e rápida? Como compreender suas orientações sobre medicamentos, exames e procedimentos para que a saúde seja reestabelecida?

No sistema público de saúde municipal não existe a possibilidade da escolha do profissional prestador de serviços, afinal, a consulta é de “graça”, e o horário e as fichas para atendimento são limitados. Para Boltanski (2004), os membros das classes sociais economicamente menos favorecidas, como não podem avaliar a competência médica por seus títulos, utilizam-se de critérios como a amabilidade, a boa vontade ou mesmo a arrogância, certos da distância social existente entre ambos. Desta mesma forma, o comportamento médico também é mediado conforme a classe social do doente. As falas de pacientes durante a espera para o início dos atendimentos revelam este fato:

- Não vou pegar ficha! O doutor deixou eu passar na frente porque meu caso é rápido! – Elen – Centro de saúde – 22/10/2014.

- Todo mundo reclama que o doutor Anísio não passa exames, mas pra mim e pros outros lá de casa ele dá muita atenção. – Lígia – Visita domiciliar – 28/10/2014.

- Hoje o doutor não está muito bem humorado, chegou com uma cara feia! – Everaldo – Centro de saúde – 27/10/2014.

De acordo com a relação prévia existente entre profissional de saúde e usuário, a simpatia, a agilidade no atendimento ou mesmo a atenção dispensada durante a consulta são alguns dos “benefícios” concedidos a certos indivíduos. Aos outros, sem argumentos técnicos que possam avaliar e escolher o “melhor” profissional, ou sem recursos para um tratamento em algum consultório particular, cabe esperar a vez de ser atendido. Para Boltanski (2004, p. 33):

Discurso prolixo, o discurso sobre o médico não deixa de ser, em geral, um discurso inquieto, hesitante, oscilando, num mesmo indivíduo, entre a afirmação de uma submissão incondicional ao médico e a enumeração das queixas que nutrem a seu respeito. A ansiedade dos membros das classes populares em relação ao médico provém, em primeiro lugar, do fato de não possuírem nenhum critério objetivo que lhes permita apreciar as qualidades profissionais do médico; nisso diferem dos membros das classes superiores, que podem procurar os conselhos dos médicos detentores de autoridade entre seus pares, esforçando-se para escolher, baseados em seus títulos e

reputação, aqueles que ocupam o centro do campo médico. Isto porque a escolha do médico difere consideravelmente conforme a classe social do doente.

Nas unidades de saúde públicas municipais, diante de indivíduos muitas vezes sem instrução escolar ou que “aparentam” simplicidade, seja pelo modo de se vestir ou falar, o profissional não tem a necessidade de criar vínculos, de gastar tanto tempo com explicações de anatomia, fisiologia, farmacologia etc. ou com a utilização de uma linguagem técnica...

(...) os médicos, em geral, não dão longas explicações senão àqueles que julgam “bastante evoluídos para compreender o que vai lhes ser explicado”. Para o médico, efetivamente, os doentes das classes populares são em primeiro lugar um membro de uma classe inferior à sua, possui o mais baixo nível de instrução, e que, fechado na sua ignorância e seus preconceitos, não está portanto em estado de compreender a linguagem e as explicações do médico, e a quem se quer fazer compreender, convém dar ordens sem comentários, em vez de conselhos argumentados (BOLTANSKI, 2004, p. 38).

Sem grandes explicações sobre os problemas de saúde, a única saída a estas pessoas passa a ser a utilização de uma linguagem comum, a qual consiga explicar aos outros e também aos profissionais, todos os males que causam algum tipo de desordem corporal ou mental. Retomadas de trechos do diário de campo demonstram como os usuários do SUS municipal descrevem procedimentos médicos e doenças...

Mariana procurou a enfermeira da unidade básica de saúde para pegar a doação de leite em pó de seus filhos. Além disso, relatou sobre o estado de saúde da mãe, a qual acaba de sair de uma internação, onde foi preciso “desentupir” uma veia (...).

(...) Segundo Catarina, outras três irmãs são diabéticas, e isso a preocupa. Lembra-se de uma ferida na perna da avó, que também tinha a doença, a qual “comeu” a perna até o joelho, levando-a a morte (...)

Diferente do rebuscado vocabulário adquirido em anos de estudo profissional, o qual denuncia o nível hierárquico de conhecimento daquele que “dita às regras”, os usuários do SUS se utilizam de expressões populares e gestos simples para demonstrar, no ambulatório, as “doenças” que os perturbam, causam constrangimentos e medo. Termos como “desentupir uma veia”, “comer a perna”, “ver a pressão” etc. revelam, na fala deste público, um

mecanicismo biológico representado de maneira informal. Ao referir ao corpo como a mesma máquina a ser tratada fragmentadamente pelo doutor, a chance de fazer-se compreendido pode aumentar.

No entanto, após fazer-se entendido, o usuário deverá ainda compreender uma série de indicações técnicas repassadas pelo representante da outra classe, o “outro” (BOLTANSKI, 2004): os horários para a ingestão de diferentes classes de medicamentos (antibióticos, analgésicos, antirreumáticos etc.), o cuidado com a interação medicamentosa, as dietas e preparos para os exames diagnósticos complementares, a necessidade de encaminhamentos a outras especialidades com nomes pouco conhecidos (nefrologia, imunologia, endocrinologia etc.), a data para o retorno ou qualquer outra orientação prestada pelo profissional. A saúde passa então a “depende” do seguimento das normas impostas, mesmo que nem tudo tenha sido compreendido perfeitamente devido à barreira linguística.

Além disso, a “doença” de tantas pessoas que utilizam os serviços públicos de saúde é inúmeras vezes retratada sob o ponto de vista da patologia, do olhar biomédico, da necessidade do “tratamento e cura”, deixando de ser relacionada, também, sob o ponto de vista social. Como demonstrado em capítulos anteriores, no município de estudo a busca dos agentes de saúde por determinados grupos de indivíduos (hipertensos, diabéticos etc.) demonstra a preocupação do sistema em “produzir dados” o que pode acarretar o que Sabino e Luz (2010) concluíram em pesquisa. Segundo os autores, os profissionais médicos demonstram pouco interesse em acompanhar pacientes com doenças crônicas ou de cura previsível, pois além de não poderem demonstrar “talento diagnóstico”, não há motivos para a perda de tempo e esforço com casos que não contribuem com o “lucro” da economia simbólica...

Percebe-se que, neste caso, o corpo do indivíduo só interessa como suporte da doença ou disfunção biomecânica. A existência de uma dimensão psicológica que sofre, carece de atenção, é singular e humana sequer é aventada e não há qualquer capacitação ou instrumental científico para lidar com a pessoa do paciente. Para o agente biomédico, neste contexto, a única realidade concreta deve ser a da doença, não havendo interesse pela subjetividade do paciente (SABINO; LUZ, 2010, p. 1361).

Por este motivo, a preocupação do próprio sistema em buscar grupos específicos de “doentes” (hipertensos, diabéticos etc.), não garante que verdadeiros cuidados em saúde estejam sendo ofertados a tais pacientes. A cada dia os profissionais estão menos dispostos a ouvir, principalmente se os pacientes forem os que “pouco” tem a oferecer. De acordo com o segundo volume do estudo “Demografia médica no Brasil”, divulgado pelo Conselho

Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), em 2014, dados apontam que, atualmente, existem deficiências de profissionais médicos para atuar no SUS, com 215.640 atuando nos serviços públicos (municipais, estaduais e federais), o que representa 55,5% dos profissionais ativos registrados nos conselhos²⁶. Trechos de uma entrevista realizada com dois médicos recém-formados e atuantes no município em estudo revelam os motivos que os levaram a trabalhar no sistema público de saúde:

Demanda. Como recém-formada, a possibilidade de trabalho que enxergo até passar em uma residência para me especializar. – Luara, um mês de formada.

Única alternativa na região para recém-formados sem especialização. – Edgard, seis meses de formado.

Segundo pesquisa realizada com doze médicos por Sabino e Luz (2010), que lançou mão de pesquisas etnográficas em três hospitais públicos do Rio de Janeiro, sobre a função do ambulatório na dinâmica das relações de poder e construção da identidade da profissão de terapeuta da medicina ocidental contemporânea, tanto nos hospitais quanto em postos públicos, os termos utilizados pelos profissionais para descrever estes locais que recebem as “camadas mais baixas”, evidenciam uma etapa a ser “superada” nos lugares sem impacto no status profissional: “(...) “esculhambatório” (local onde só há pessoas “esculhambadas”), “molambatório” (alusão a molambos ou a pessoas pobremente vestidas), “embromatório” (local onde se perde tempo “embromando” os outros), local de “marcar passo profissional” (SABINO; LUZ, 2010, p. 1360).

A clínica praticada ao público estereotipado do SUS parece desagradar cada vez mais àqueles profissionais que sonham com uma carreira de sucesso. A continuidade da prestação de serviços na área não cria perspectivas de um futuro profissional promissor, podendo este, ao atuar com um público seletivo e rico, cobrar seus honorários segundo sua vontade e humor, tudo a depender da “cara do cliente” (BOLTANSKI, 2004). Ao buscar formação em novas especialidades, que os diferenciem no mercado, estes profissionais passam a não depender mais deste tipo de serviço...

[Quais são seus planos futuros de carreira? Estes planos incluem a continuidade de trabalho no sistema público de saúde?]

²⁶ Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Demografia médica no Brasil**. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=CentroDados&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=30, acesso em: 01 de novembro, 2014.

Luara: Residência médica em radiologia. Acredito que a continuidade no sistema público de saúde não seja tão aberta na minha área, quanto em outras áreas. Porém, não há uma contraindicação direta ao SUS.

Edgard: Eu quero me especializar em cirurgia oncológica. Pretendo continuar no SUS, porém, não exclusivamente.

Geralmente, o sistema público de saúde é tido como vínculo empregatício temporal ou parcial, destinado a profissionais em início de carreira, quando precisam aperfeiçoar a prática, ou no final dela, quando já construíram uma carreira sólida e não dependem mais exclusivamente daquele “ganha-pão”. A força do mercado, aos poucos, tira os bons profissionais que tentam construir carreira no setor público, visto os grandes benefícios financeiros sustentados por consultórios particulares altamente modernos ou através das tentadoras propostas oferecidas pelas empresas farmacêuticas.

Sobre este assunto, que gera inúmeras polêmicas na atualidade, Rego (2004, p. 3) afirma: “(...) as relações entre a indústria farmacêutica e o médico são tão potencialmente perigosas e lesivas para o exercício profissional que as associações profissionais têm buscado, cada vez mais, estabelecer os limites para essa convivência (...)”. Prova disso, é a própria Resolução nº 1595/2000 do Conselho Federal de Medicina, a qual busca impor disciplina às propagandas de equipamentos e produtos farmacêuticos junto à categoria (OSELKA, 2001).

Muitos benefícios foram alcançados certamente por esta parceria, com significativos avanços em pesquisas que já salvaram milhares de vida. No entanto, sabendo da potencial força deste tipo de mercado, uma vez que o lucro ainda é objetivo primordial de qualquer empresa, é preciso cuidado para não se tratar da saúde humana como mera mercadoria. Abaixo, segue um trecho de reportagem divulgada em revista de circulação entre a classe farmacêutica de varejo, disponível na farmácia básica municipal para consulta:

De acordo com o IMS Health, a taxa de crescimento das vendas de medicamentos no Brasil tem sido seis vezes superior ao desempenho dos mercados desenvolvidos. A média de expansão gira em 13% ao ano, enquanto nos países ricos, não passa de 2%, fazendo com que o Brasil se consolide no sétimo lugar do *ranking* global, podendo galgar mais uma posição nos próximos cinco anos. Há projeções que indicam que o setor deve dobrar de tamanho nos próximos cinco anos, movimentando R\$87 bilhões em 2017. “Mantidas as atuais tendências de estabilidade nas taxas de emprego, continuidade do processo de elevação do poder de compra dos brasileiros e crescimento da ‘nova classe média’, cremos que o setor poderá crescer dois dígitos novamente este ano”, acredita o presidente executivo do Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos no Estado de São Paulo (Sindusfarma), Nelson Mussolini²⁷.

²⁷ VALÉCIO, Marcelo de. Junto e misturado. **Guia da farmácia**. São Paulo, ano XXI, nº 263, 2014, p. 36-42.

A preocupação com os gastos da nova classe média parecem cada vez mais interessar aos profissionais da “indústria de saúde”. As necessidades da população diante dos obstáculos da vida, como uma doença, importam apenas se estes puderem adquirir os novos produtos disponíveis no mercado. Apesar de o *ranking* global indicar um adoecimento coletivo no país, a preocupação com o lucro permanece mascarada diante da possibilidade de disponibilizar novos produtos importantes à “garantia” da saúde.

Para vender, é preciso que um profissional receite a medicação. Ainda que a Resolução nº 586 de 29 de agosto de 2013 permita a prescrição farmacêutica, ainda são os médicos os grandes alvos da indústria. No entanto, uma série de questionamentos devem ser feitos: a quem este profissional tem dado prioridade na comunicação? Aos usuários da “classe pobre”, dependentes do sistema público de saúde, que de maneira simples (popular) e rápida precisam se expressar, ou aos “clientes” de suas clínicas particulares, com vocabulário e trajes à altura, consumidores de novíssimas drogas produzidas pelas indústrias farmacêuticas? O entendimento entre as partes envolvidas no processo adoecimento/medicalização tem beneficiado a quem? A saúde do indivíduo perde cada vez mais o foco diante da relação paciente-profissional-mercado.

É fato que inúmeras dificuldades são enfrentadas por aqueles profissionais que decidem “resistir” no trabalho em saúde pública. A baixa remuneração, a falta de estruturas físicas de trabalho adequadas, a falta de equipamentos e materiais para procedimentos clínicos e cirúrgicos, entre outros, trazem desânimo e limitam o desejo de atuar neste tipo de serviço, onde, como afirma Boltanski (2004), estes profissionais lidam diretamente com “os pobres”, os quais não possuem o mesmo “capital cultural” dos ricos.

Sabendo disso e, com inteligência, rapidamente as indústrias farmacêuticas ganham terreno entre profissionais de saúde que atuam neste setor, seja nas grandes ou pequenas cidades. Representadas por homens sempre em traje elegante, com uma conversa convincente, com ofertas tentadoras do custeio de congressos, viagens, oferta de amostras de medicamentos novos e porcentagens por receitá-los aos pacientes, estes indivíduos de “outra classe” realizam visitas às unidades de saúde pública atrás do contato com novos profissionais. A nova comunicação, que neste caso se estabelece sem grandes dificuldades, cria vantagens para ambos os lados – profissional-empresa, porém, nem sempre atinge aqueles que deveriam se beneficiar com os avanços da ciência: os doentes. A situação se agrava se este doente é pertencente a uma classe popular baixa...

(...) não existe nenhum outro meio de saber se os medicamentos caros prescritos pelo médico são todos necessários ao restabelecimento da saúde,

se o médico não os prescreveu de propósito, ou por indiferença, ou porque recebe uma espécie de “comissão” ou porcentagem sobre sua venda (BOLTANSKI, 2004, p. 36).

A passagem retirada do diário de campo ilustra uma destas visitas de um representante comercial a um profissional médico, durante um dia de atendimento no SUS...

Os atendimentos acontecem normalmente na unidade de saúde municipal. Cerca de vinte pessoas aguardam sua vez de receber uma consulta médica, espalhadas entre a varanda e a sala de esperas. Um a um os pacientes são chamados por nome pelo profissional médico de dentro do consultório.

No entanto, após a saída de determinado paciente, um simpático senhor vestido de roupa social e com uma maleta, aguarda para uma rápida conversa com o médico em atendimento naquele dia. Sua entrada na unidade de saúde havia sido permitida pela recepcionista.

Ao abrir a porta do ambulatório, no final de mais uma consulta, o médico percebe a presença do notável homem:

- Bom dia! Gostaria de falar comigo? (risos)

- Bom dia, doutor! Como vai? (aperto de mãos)

- Entre aqui, vamos conversar!

A fila de pacientes é ignorada até o final da conversa entre ambos.

Nota-se, dessa forma, que o diálogo terapêutico nem sempre permite uma real comunicação e aproximação entre classes distintas, como aquelas dos médicos e dos pacientes menos abastados. É possível pensar que a ideia de uma medicina altruísta, baseada na necessidade de cuidar e salvar vidas, não passa apenas de uma invenção. Invenção esta que muitos profissionais já não acreditam, mesmo que tenham proferido um dia um juramento dizendo preocupar-se acima de tudo com o bem-estar do próximo e não com o bem estar pessoal, às custas, muitas vezes, dos inúmeros pacientes que os procuram.

7. Tentando concluir: a saída e a experiência do campo

A opção por método qualitativo (pesquisa etnográfica) demonstrou-se bastante significativa frente aos objetivos propostos a esta pesquisa. A vivência no campo permitiu

aproximações humanas que enriqueceram a pesquisa e o pesquisador, tornando a escrita sobre o cotidiano mais fiel e longe do alicerce exclusivo das teorias.

Devido ao município de estudo possuir uma população inferior a três mil habitantes, alguns relatos não foram incluídos neste trabalho devido ao cuidado de pesquisa com o anonimato dos participantes. Muitos usuários do sistema público municipal de saúde ainda sentem-se estigmatizados por serem tratados como “doentes” frente à população local. Devido às suas maneiras de lidar com o sistema de saúde, seus modos de vida, e por tratar-se de município de pequeno porte, ainda que os nomes sejam preservados, a unicidade das histórias poderia colocar em evidência estas pessoas. Trabalhos futuros com este público ajudariam a compreender a real necessidade de locais “exclusivos” para atendimento a estes usuários no setor público, como as unidades de referência em DST’s, por exemplo.

A aceitação da maioria dos profissionais atuantes no município revelou-se de máxima importância para a realização desta pesquisa. As saídas de campo com a equipe de saúde da família nas zonas rural e urbana fizeram com que muitas realidades em saúde(s) fossem conhecidas e relatadas, já que as estadias nas unidades de saúde da zona urbana foram limitadas a observações que demonstram pouca variedade nos modos de lidar com a “saúde” individual e familiar. Nestes locais, os usuários buscam basicamente assistência curativa, sendo o tema “doença” mais comum.

Ficou evidente que atingir as metas estipuladas pelo Ministério da Saúde torna-se prioridade em detrimento do fator humano, posto que as reais necessidades em saúde dos moradores locais são pouco atendidas. As vozes dos usuários são ouvidas principalmente em eventos que acontecem apenas a cada quatro anos, ficando sob a responsabilidade do setor administrativo em saúde a realização ou não das propostas levantadas. O estigma em “ser do SUS” parece anular o direito participativo e crítico destes cidadãos em construir um sistema público de saúde que garanta os princípios básicos tão discutidos.

A constante preocupação com as metas e com a oferta assistencial baseada em padrões biomédicos pelo sistema local também cria na comunidade uma falsa “necessidade” de que, para melhorar os índices de saúde, seja preciso mais profissionais médicos, mais tempo de funcionamento das unidades de saúde ou um pronto atendimento 24 horas.

O medo de adoecer e não conseguir assistência pode relacionar-se às muitas dificuldades enfrentadas no dia-a-dia dos usuários, como a pouca equidade na oferta de serviços entre zona urbana e rural, a limitação dos horários de funcionamento das unidades de saúde, o medo em ter que buscar em outro município a solução momentânea ao adoecimento etc. Não se nega a importância destes serviços, mas questiona-se a mecanicidade atrelada à

manutenção biológica dos corpos que buscam atendimento em uma localidade de tão pequeno porte.

As falas e ações sobre concepções de saúde no âmbito municipal demonstraram que um conceito científico de saúde não consegue abarcar a pluralidade de maneiras de lidar com este tema. A necessidade do direito à voz torna-se fundamental para uma compreensão ampla sobre as diferentes esferas que envolvem o cotidiano destas pessoas, as quais muitas vezes são incompreendidas pelos detentores do saber tecnocientífico.

O verdadeiro encontro com os profissionais que, mais do que sustentados por seus títulos acadêmicos, estejam dispostos a ouvir e compreender o significado único de estar com o outro, é fundamental na garantia da verdadeira saúde, seja ela ligada ao trabalho, ao cuidado, ao corpo, entre inúmeras outras questões. Como afirmam os autores, Riquinho e Gerhardt (2010, p.322): “O que se espera é que a aproximação dos diferentes saberes contribua para uma melhor leitura das necessidades que as pessoas apresentam e que as mobilizam a procurarem um serviço de saúde”.

Uma atenção especial deve ser dispensada à formação dos futuros profissionais que atuarão nos serviços públicos de saúde, com foco nas reorientações de cuidado, acompanhamento e tratamento da saúde de indivíduos e coletividades (FERREIRA *et al.*, 2010). Aliar conhecimentos teóricos e práticos com a inclusão destes alunos na rotina de serviços do SUS, oportunizando o conhecimento das dificuldades dos usuários e profissionais, tende a facilitar a quebra das barreiras contra a prática hegemônica biologicista, com maior enfoque nas relações humanas.

Além disso, vale ressaltar a necessidade de ações que assegurem a não mercantilização dos serviços de saúde prestados atualmente pelo poder público. Com significativos avanços no sistema único de saúde brasileiro, o qual se diferencia muito de outros países, como demonstra Laurell (2014), os desafios ainda são enormes na tentativa de garantir os princípios básicos instituídos. Os serviços não podem ser ofertados por “classe social”, mas para indivíduos que possuem direitos e deveres iguais perante o Estado.

Uma devolutiva desta pesquisa já foi realizada através de palestra na escola estadual aos professores e estudantes do ensino médio local no início do ano de 2015, os quais também já haviam participado da Conferência Municipal de Saúde. Neste evento, que teve duração de aproximadamente duas horas, cada tópico do trabalho foi destacado, demonstrando a diversidade de maneiras de lidar com o conceito de saúde e incentivando a população local a exercer seu direito a voz frente aos problemas enfrentados no dia-a-dia neste setor. A interação de alunos e professores foi bastante significativa, ficando o pesquisador responsável

por enviar uma cópia da versão final deste trabalho para arquivo na biblioteca escolar municipal.

Os administradores e profissionais de saúde municipais não estavam presentes no evento, embora tenham sido convidados. Por este motivo, firmou-se um acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de que haverá uma data agendada com antecedência para que os usuários e profissionais do SUS residentes no local de estudo participem e debatam os resultados desta pesquisa. Tal evento buscará reforçar nos gestores públicos a necessidade em propor estratégias locais que lidem com a multiplicidade de saúde(s), em que as concepções de saúde dos moradores sejam primordiais frente à produção de números.

Assim como afirma Chammé (2002), ninguém melhor que a própria população usuária dos serviços de saúde para pensar, falar e discutir suas condições de saúde, apresentar seus problemas e propor saídas, normas e condutas aos serviços prestados, além de alternativas aos “ritos” na busca de cura, seus limites e possibilidades. Além disso, a multiplicidade de enfoques nos planejamentos em saúde levando em consideração o saber da população sobre os modos de adoecer e seus cotidianos, junto aos fatores geográfico e cultural, se torna indispensável.

A experiência vivenciada através da realização deste trabalho me permitiu crescer intelectual e humanamente. Ser pesquisador demonstrou-se tarefa menos complexa diante da proposição de “ser humano”.

Como pesquisador, o campo me permitiu criar contatos com pessoas que não se preocupam com a criação de laços por interesse. Para todas aquelas pessoas com as quais pude passar algum tempo, durante a pesquisa, nada importava mais do que a atenção, a escuta. Minha formação acadêmica pouco importava. Para elas, meu interesse em saber sobre os seus desafios na busca por saúde é que as fazia se sentir importantes, assumindo o protagonismo de suas histórias de vida. Histórias cheias de lutas por condições dignas de um direito garantido em Constituição. Histórias que demonstraram o quanto ainda existem, em nosso país, pessoas que diariamente precisam lidar com situações de injustiça, de preconceito, de falta de dinheiro, de informação, apenas para garantir uma “vaga na fila”.

Pude aprender também com os profissionais de saúde. Profissionais extremamente bem formados que, a despeito da pouca valorização, inclusive com reflexos salariais, desempenham seu ofício com bastante dedicação e entusiasmo.

Penso que, ao chegar aqui, após mais de um ano em campo realizando esta pesquisa, este trabalho acaba, mas o campo não. O campo permanecerá vivo nas lembranças, no crescimento intelectual proporcionado, na continuidade em buscar novas soluções para

antigos problemas que permeiam por entre estes e outros inúmeros relatos que se repetem Brasil afora, sobre as necessidades em saúde(s).

Este campo tão rico de falas, de ações, de silêncios, de angústias, será sempre revisitado ao ter a “voz” de tantos usuários do SUS divulgadas em artigos, em palestras, em diversos meios que as puderem reproduzir, até que cheguem onde sem nenhuma dificuldade deveriam chegar: ao poder público.

Referências

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Desenvolvido por Artexpressa. Disponível em: < <http://www.abrasco.org.br/site/>>. Acesso em: 01 maio 2014.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 160 p.

ANDO, Nilson Massakazu *et al.* DECLARAÇÃO DE BRASÍLIA: "O Conceito de rural e o cuidado à saúde". Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade, v.6, 2011, p.142-144

ANGROSINO, Michael. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ARAUJO, E. C. Homeopatia: uma abordagem do sujeito no processo de adoecimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. Apr. 2008.

AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. 1975. 197 p. Tese (Doutorado) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 1975.

ATLAS. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil** (ADHB). Brasil, 2013.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, 2004, p.16-29

AYRES, J. R. C. M. Revisitando “D. Violeta”, nos caminhos do Cuidado. In: PINHEIRO, Roseni et al. (Orgs). **Construção social da demanda por cuidado**: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC/LAPPIS/ABRASCO, 2013, p.15-30

AZEVEDO, Creuza da Silva. A sociedade contemporânea e as possibilidades de construção de projetos coletivos e de produção do cuidado nos serviços de saúde. In: AZEVEDO, Creuza da Silva; SÁ, Marilene de Castilho (Orgs). **Subjetividade, gestão e cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013, p. 51-74.

BALESTRIN, Maria Fátima; BARROS, Solange Aparecida Barbosa de Moraes. A relação entre a concepção do processo saúde e doença e identificação/hierarquização das necessidades em saúde. **VOOS - Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade de Guairacá**. 2009, v. 1, p.18-41.

BARRETO, M. L. A epidemiologia, sua história e crises. Notas para pensar o futuro. In: Costa DC (Org.) *Epidemiologia, teoria e objeto*. São Paulo: **Hucitec-ABRASCO**, 1990, p.19-38.

BEAUD, S.; WEBER, F. **Guia para a pesquisa de campo: produzir e analisar dados etnográficos** – Petrópolis, RJ: Vozes, 2007, 235 p.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. 5. ed. São Paulo: Ática, 2011, 72 p.

BIRMAN, Joel. A Physis da saúde coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: UERJ, v. 1, n. 1, 2005, p. 11-16.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011a. 534 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos./Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2009a. 282 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde**. Brasília: CONASS, 2011b. 320 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: MS, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem** (Princípios e diretrizes). Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 46 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. **Manual de gestão da vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. 1. ed.; 1. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 48 p.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. *Estud. av.* [online]. 2013, vol.27, n.78, p.7-26.

CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, abr. 2014. p.1065-1076.

CHAMME, Sebastião Jorge. Corpo e saúde: inclusão e exclusão social. *Saude soc.*, São Paulo, v. 11, n. 2, Dec. 2002

CHAVEIRO, Neuma; PORTO, Celmo Celeno; BARBOSA, Maria Alves. Relação do paciente surdo com o médico. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* [online]. 2009, vol.75, n.1, p. 147-150.

COSTA, Marcia Regina da; PIMENTA, Carlos Alberto Máximo. **A violência: natural ou sociocultural?**. São Paulo: Paulus, 2006.

COUTO, Márcia Thereza et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface (Botucatu)* [online]. 2010, vol.14, n.33, p. 257-270.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS. Conferências Municipais de Saúde passo a passo. Brasília, DF: Conasems, 2003. 31 p.

CROCHIK, José Leon. (Coord.). **Preconceito e educação inclusiva**. Brasília: SDH/PR, 2011. 215 p.

CRUZ, Marly Marques. **Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde**. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. *Qualificação dos Gestores do SUS*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD. 2011, p. 21-33.

CUNHA, Marcela Silva da; SÁ, Marilene de Castilho. A cooperação prescrita e a cooperação possível: vicissitudes do trabalho em equipe em uma unidade de saúde da família. In: AZEVEDO, Creuza da Silva; SÁ, Marilene de Castilho (Orgs). **Subjetividade, gestão e cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013, p. 51-74.

CZERESNIA, Dina. Interfaces do corpo: integração da alteridade no conceito de doença. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 10, n. 1, Mar. 2007, p. 19-29.

CZERESNIA, Dina. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, Oct. 1999, p. 701-709.

CZERESNIA, Dina; MACIEL, E. M. G. S.; OVIEDO, R. A. M. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013, 119 p.

DAGNINO, Evelina. Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? In: MATO, Daniel (coord.). **Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización**. Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela, p. 95-110.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Disponível em <www.datasus.gov.br> Acesso em: 01 agosto 2013.

DEJOURS, Christophe; DESSORS, Dominique; DESRIAUX, François. Por um trabalho, fator de equilíbrio. *Rev. adm. empres.* 1993, vol.33, n.3, pp. 98-104.

DEMARZO, M. M. P. **Reorganização dos sistemas de saúde**: promoção de saúde e atenção primária à saúde, UNASUS, 2011. 10 p.

DOWBOR, Ladislau. **Democracia econômica**: alternativas de gestão social. Petrópolis: Vozes, 2008, 216 p.

ENRIQUEZ, Eugène. O homem do século XXI: sujeito autônomo ou indivíduo descartável. **RAE- eletrônica**. v. 5, n. 1, jan./jun. 2006.

ENRIQUEZ, Eugène; CARRETEIRO, Teresa Cristina. Reconhecimentos e resistência nas sociedades contemporâneas. In: AZEVEDO, Creuza da Silva; SÁ, Marilene de Castilho (Orgs). **Subjetividade, gestão e cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013, p. 75-87.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini et al . As organizações de saúde na perspectiva da complexidade dos sistemas de cuidado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 57, n. 4, ago. 2004

FERREIRA, Francisco Romão. Algumas considerações acerca da medicina estética. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, Jan. 2010

FERREIRA, Ricardo Corrêa; FIORINI, Vânia Maria Lopes; CRIVELARO, Everton. Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, June 2010, p. 207-215

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saude soc.**, São Paulo , v. 13, n. 3, Dec. 2004, p.30-35.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013. 231 p.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. 1 ed. – São Paulo: Hucitec, 2013. p.199-212.

GALTUNG, Johan. Violence, peace and peace research. **Journal of Peace Research**. Vol. 6, No. 3, 1969, p. 167–191

GOLDSTEIN, Roberta Argento et al . A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, Jan. 2013.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da Identidade Deteriorada. 4 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1963. 158 p.

GOMES, Carlos Alberto Pereira et al. (Org.). **Instrutivo para execução e avaliação das ações de vigilância em saúde**: Projeto Fortalecimento da Vigilância em Saúde em Minas Gerais (Resolução SES no 3.717/2013). Belo Horizonte: SES-MG, 2012. 227 p.

GOMES, Carlos Alberto Pereira et al. (Org.). **Instrutivo para execução e avaliação das ações de vigilância em saúde**: Projeto Fortalecimento da Vigilância em Saúde em Minas Gerais (Resolução SES no 3.717/2013). Belo Horizonte: SES-MG, 2013a. 229 p.

GOMES, Rafael da Silveira et al. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, Roseni et al. (Orgs). **Construção social da demanda por cuidado**: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC/LAPPIS/ABRASCO, 2013b, p. 173-185.

GOMES, Romeu et al . As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, Dec. 2008.

GUALDA, Dulce Maria Rosa and HOGA, Luiza Akiko Komura. Pesquisa etnográfica em enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 1997, vol.31, n.3, pp. 410-422.

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a história**. São Paulo: Paz e Terra, 2008, 124 p.

LACERDA, Alda; VALLA, Victor Vincent. Um outro olhar sobre a construção social da demanda a partir da dádiva e das práticas de saúde. In: PINHEIRO, Roseni et al. (Orgs). **Construção social da demanda por cuidado**: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC/LAPPIS/ABRASCO, 2013, p. 89-101.

LAURELL, Asa Cristina. Contradicciones en salud: sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, Dec. 2014, p. 853-871

LEFEVRE, Fernando. A função simbólica dos medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 17, n. 6, Dec. 1983, p. 500-503.

LISBOA, Severina Sarah; HELLER, Leo; SILVEIRA, Rogério Braga. Desafios do planejamento municipal de saneamento básico em municípios de pequeno porte: a percepção dos gestores. **Eng. Sanit. Ambient.**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 4, Dec. 2013, p.341-348

MAGNANI, José Guilherme Cantor. De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. **Rev. bras. Ci. Soc.** 2002, vol.17, n.49, pp. 11-29.

MARQUES, Maria Inez M. O conceito de espaço rural em questão. **Terra Livre**, São Paulo, Ano 18, n.19, 2002, p. 95-112.

MARTUCCI, E.M. Estudo de caso etnográfico. **Revista de Biblioteconomia de Brasília**, v. 25, n.2, p. 167-180, 2001, p. 1-11.

MEIRELLES, Ricardo M. R.; HOHL, Alexandre. Saúde masculina: tão negligenciada, principalmente pelos homens. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 53, n. 8, Nov. 2009, p.899-900

MELLO, Débora Falleiros de et al. Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do cuidado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 4, Aug. 2012.

MELLO, Sylvia Leser de. Das bruxas, dos índios, dos negros e dos jovens da Febem. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 20, 2001.

MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. 1 ed. – São Paulo: Hucitec, 2013. p.68-94.

MERRHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MONTEIRO, D. A.; IRIART, J.A.B. Homeopatia no Sistema Único de Saúde: representações dos usuários sobre o tratamento homeopático. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, Aug. 2007.

MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B.. Medicina sob as lentes da História: reflexões teórico-metodológicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, Apr. 2014. p.1085-1094.

NUNES, E.D. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p.17-37.

OLIVEIRA, F. J. A. Concepções de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto? In: Duarte L. F. D.; Leal, O. F. (Org.) **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998, p.81-94.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Constituição (1946). Constituição da Organização Mundial de Saúde. Nova Iorque, EUA, 1946.

OSELKA, GABRIEL. Os médicos e a indústria farmacêutica e de equipamentos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 47, n. 3, Sept. 2001, p.183-183

PACHE, Dário Frederico. Desafios éticos para a consolidação do SUS. In: PINHEIRO, Roseni *et al.* (Orgs). **Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC/LAPPIS/ABRASCO, 2013, p. 81-88.

PARKER, Richard. Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial. In: MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza (Orgs). **Estigma e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013, p. 25-46.

PATTO, M. H. S. Teoremas e cataplasmas no Brasil monárquico. **Novos Estudos Cebrap**, n.44, Mar. 1996, p.180-99.

PERES, Cássia Regina Fernandes Biffe et al. Ser agente comunitário de saúde: motivação e significado. **REME rev. min. enferm**, v. 14, n. 4, 2010, p. 559-565.

PESSOA, Vanira Matos et al . Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, Aug. 2013.

PINHEIRO, Roseni *et al.* Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, Roseni *et al.* (Orgs). **Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC/LAPPIS/ABRASCO, 2013, p. 33-54.

PINHEIRO, Thiago Félix. **A abordagem à sexualidade masculina na atenção primária à saúde**: possibilidades e limites 2010. 171 p. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

RABELLO, Elaine Teixeira; CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel de. Propagandas de medicamentos: a saúde como produto de consumo. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 41, June, 2012

REGO, S. Escola não é lugar de propaganda. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v.28, n.1, 2004, p.3-6.

RIQUINHO, Deise Lisboa; GERHARDT, Tatiana Engel. Doença e incapacidade: dimensões subjetivas e identidade social do trabalhador rural. **Saude soc.**, São Paulo , v. 19, n. 2, June 2010.

SABINO, Cesar; LUZ, Madel T.. O ambulatório no discurso dos médicos residentes: reprodução e dinâmica do campo médico. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, Dec. 2010, p. 1357-1375.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro , v. 8, n. 3, Nov. 2010

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2007, vol.17, n.1, p. 29-41.

SILVA, Emiliana Domingues Cunha da; TESSER, Charles Dalcanale. Experiência de pacientes com acupuntura no Sistema Único de Saúde em diferentes ambientes de cuidado e (des)medicalização social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, Nov. 2013.

SILVEIRA, Rodrigo; PINHEIRO, Roseni. Sobre o rural, a interiorização na saúde e a formação médica: concepções e ações com destaque para o contexto da Amazônia Legal. In:

PINHEIRO, Roseni et al. (Orgs). **Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC/LAPPIS/ABRASCO, 2013, p. 147-172.

SIQUEIRA, Denise da Costa Oliveira; FARIA, Aline Almeida. Corpo, saúde e beleza: representações sociais nas revistas femininas. **Comunicação, mídia e consumo.** São Paulo: ESPM, vol.4, n.9, pp. 171-187, 2007, p.171-188.

SOUSA, Francisca Georgina Macedo de; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Qualificando o cuidado à criança na Atenção Primária de Saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 5, Oct. 2012

STEPKE, Fernando Lolas. **Muito além do corpo: a construção narrativa da saúde.** São Paulo: Loyola, 2006. 191 p.

SUDO, Nara; LUZ, Madel T.. O gordo em pauta: representações do ser gordo em revistas semanais. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro , v. 12, n. 4, Aug. 2007, p.1033-1040.

TEIXEIRA, Julio Cesar et al . Estudo do impacto das deficiências de saneamento básico sobre a saúde pública no Brasil no período de 2001 a 2009. **Eng. Sanit. Ambient.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, Mar. 2014

TEIXEIRA, Júlio César; GOMES, Maria Helena Rodrigues; SOUZA, Janaina Azevedo de. Associação entre cobertura por serviços de saneamento e indicadores epidemiológicos nos países da América Latina: estudo com dados secundários. **Rev Panam Salud Publica,** Washington , v. 32, n. 6, Dec. 2012, p. 419-425.

TELLES, Vera da Silva. Sociedade civil, direitos e espaços públicos. In: VILLAS-BÔAS, Renata (Org.). **Participação popular nos governos locais.** São Paulo: PÓLIS, 1994, p. 43-53

TESSER, Charles Dalcanale. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, Aug. 2009.

WESTPHAL, M.F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de saúde coletiva.** 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p.681-717.

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: **Cotidiano e saúde(s): estudo etnográfico dos usuários do SUS em um município do Sul de Minas.** Através desta pesquisa queremos conhecer o que significa a palavra “saúde” para cada pessoa e como são utilizados os serviços públicos de saúde nesta cidade. Os procedimentos de coleta de material serão da seguinte forma: através de conversas com os usuários do serviço municipal de saúde, através de observação nas unidades de saúde e pela análise de documentos fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

DESCONFORTOS E RISCOS: Existe um desconforto mínimo devido à realização de entrevistas e risco também mínimo, podendo você sentir-se constrangido em contar o que pensa sobre sua saúde, a de sua família e suas opiniões sobre o funcionamento do sistema público de saúde nesta cidade. **MINIMIZAÇÃO DE RISCOS:** Para que você sinta-se a vontade para conversar com o pesquisador, você terá total liberdade para escolher um local fechado e sem a presença de outras pessoas (sua casa, uma sala reservada, etc.), além da melhor data e horário para a realização da entrevista.

BENEFÍCIOS: A opinião de todos, inclusive a sua, pode contribuir para melhora na assistência de saúde oferecida, que possa atender às reais necessidades de todos os moradores locais.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSINTÊNCIA: Você pode dar sua opinião a qualquer momento, pedir ou indicar a presença do pesquisador em locais onde fique a vontade para mostrar suas opiniões ou tirar dúvidas referentes a pesquisa.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido(a) sobre qualquer dúvida referente a esta pesquisa. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu permissão ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O pesquisador não irá revelar sua identidade, mantendo total sigilo sobre suas opiniões. Os resultados da pesquisa final serão enviados para você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não serão liberados sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação na pesquisa não trará custos para você e não há nenhuma forma de pagamento para que você participe. No caso de você sofrer algum dano decorrente dessa pesquisa o pesquisador deverá ser informado para que sejam tomadas as devidas providências.

DECLARAÇÃO DA (O) PARTICIPANTE :

Eu, _____, residente a

_____ (Endereço), portador

do RG nº _____, Profissão _____ fui

informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e mudar minha decisão se assim o desejar. Em caso de dúvidas poderei chamar o estudante RENATO AUGUSTO PASSOS, ou a professora orientadora SYLVIA DA SILVEIRA NUNES no telefone (35) 9967-3570, ou ainda procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Itajubá, situado na Avenida Renó Júnior, nº 368 – São Vicente, Itajubá, CEP 37502-138, TEL: (35) 3629-8700, que aprovou este estudo.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do Participante	Data

Nome	Assinatura do Pesquisador	Data