

Vera Catarina Degani

A resolutividade dos problemas de saúde:
opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde

Porto Alegre, setembro de 2002

Vera Catarina Degani

A resolatividade dos problemas de saúde:
opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Olga Rosaria Eidt
Co-orientadora: Prof^a. Dr^a Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha

Porto Alegre, setembro de 2002

Vera Catarina Degani

A resolutividade dos problemas de saúde:
opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde Comunitária

Aprovada em: Porto Alegre, _____

Comissão examinadora

Agradecimentos

Aos usuários da unidade básica de saúde do Centro de Saúde Murialdo, motivadores e participantes desta pesquisa, pela disponibilidade e pelas informações prestadas, sem os quais não teria sido possível esta realização, a minha gratidão, admiração, respeito e, sobretudo, minha solidariedade.

À coordenação do Centro de Saúde Murialdo, na pessoa do Dr. Elson Romeu Farias e à chefe da unidade, Zilda de Moraes Martins, assim como aos profissionais da equipe de saúde, por compreenderem e acolherem esta proposta, muito obrigada.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aos docentes do Programa de Mestrado em Enfermagem, o meu agradecimento pela aprendizagem que me possibilitaram.

À direção da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na pessoa da Diretora, Ida Haunss de Freitas Xavier, que tem dado mostras de um trabalho competente, criando um espaço agradável, acolhedor, operacional e, sobretudo, formador de futuras enfermeiras que, muito em breve, estarão substituindo a nossa geração na busca por melhores condições de vida para a população riograndense.

Às equipes das bibliotecas da Escola de Saúde Pública e da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em especial à bibliotecária Lúcia Volthier Machado Nunes, por sua disponibilidade e pelo auxílio prestado em referência à bibliografia, quando da qualificação do projeto de pesquisa.

Às Prof^{as}. Dr^{as}. Marta Júlia M. Lopes e Olga R. Eidt pelo estímulo e compreensão dispensada às questões de saúde pessoais e familiares enfrentadas por mim durante o mestrado, a minha admiração e reconhecimento.

Às Prof^{as}. Dr^{as}. Beatriz Lara, Marta Júlia M. Lopes e Olga R. Eidt pelas valiosas sugestões a este estudo durante a banca de qualificação do projeto.

À Prof^a. Dr^a. Liana Lautert, pelos ensinamentos na disciplina de metodologia da pesquisa, meu agradecimento.

À Prof^a. Dr^a. Maria da Graça O. Crossetti, pelo apoio e pela relação humanizada com que conduz as suas aulas, a minha admiração.

Às Prof^{as}. Dr^{as}. Olga R. Eidt e Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha, modelos de profissionais a serem seguidos, pela dedicação, estímulo e entusiasmo com que prosseguiram à realização deste estudo. Meu carinho, respeito e reconhecimento.

Ao Dr. Germano M. Bonow, meu professor de saúde pública e amigo, pelo apoio e incentivo, muito obrigada.

Aos colegas da Escola de Saúde Pública, do meu último ano de gestão naquela instituição, pelas demonstrações de afeto e entusiasmo quando da minha aprovação na seleção para o mestrado. Quero registrar que esta lembrança ficou guardada no meu íntimo.

À colega Beatriz Waldmann pela reciprocidade e estímulo para que eu realizasse o mestrado.

Às colegas de Mestrado pelo convívio fraterno.

Ao querido professor Alexandre Salvaterra, que me conduziu na aprendizagem da língua inglesa e que acreditou na minha capacidade de aprender, minha gratidão.

A todos que, direta ou indiretamente, apoiaram e colaboraram para o meu crescimento pessoal e para a realização desta pesquisa, o meu agradecimento.

Agradecimentos especiais

Ao meu querido pai (*in memoriam*) e à minha querida mãe, pelo dom da vida. O que sou hoje devo muito a vocês, pelo amor, apoio e pela benção das orações maternas diárias.

Ao João Claudio, meu marido, pelo apoio incondicional tão necessário para essa realização.

Às minhas amadas filhas, Isabela e Patrícia, por terem compreendido a importância desse momento para mim, pela ajuda afetuosa e a disponibilidade na digitação deste trabalho, sem as quais não teria sido possível atingir mais este objetivo.

Aos queridos craques da informática, meu filho Giovanni, meu genro Norman, de plantão sempre que o microcomputador entrava em pane, obrigada pelo socorro.

Ao meu irmão Flávio, por compreender minha ausência nesses últimos meses e por ter me encorajado e colaborado com a presença necessária junto à nossa querida mãe durante o meu impedimento, o meu reconhecimento e agradecimento.

A ciência como problema social possui uma dupla determinação: a que provém dos conteúdos específicos e concretos próprios do enigma que procura resolver e a procedente do contexto social, que determina sua adequação ou inadequação a tal contexto. A primeira é [...] o que a torna universal e [...] a segunda o que a torna um instrumento útil. (TESTA, 1992, p. 64)

Resumo

Este é um estudo qualitativo do tipo descritivo exploratório. Teve como objetivo conhecer as opiniões dos usuários sobre a resolutividade de seus problemas de saúde no atendimento em uma unidade básica de saúde localizada no bairro Partenon, Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Participaram desta pesquisa 25 usuários, que utilizam o atendimento na unidade básica, em média, há 11 anos. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada, sendo após submetidos ao método de análise de conteúdo segundo Bardin (1977). Para a esquematização do processo gradativo de categorização seguiu-se Moraes (1999). A partir da análise dos dados, emergiram cinco temas: opinião dos usuários sobre saúde e problemas de saúde, determinantes da procura pelo serviço, expectativas dos usuários com relação ao atendimento na unidade básica de saúde, a presença de resolutividade dos problemas de saúde no atendimento aos usuários e o processo participativo em movimentos organizativos e/ou associações comunitárias. Este estudo procurou identificar, no cotidiano do atendimento, se a resolutividade faz-se presente e espera-se que ele possibilite a reflexão de profissionais de saúde sobre o atendimento prestado, sua adequação, competência, criatividade, qualidade e resolutividade para o atendimento dos problemas aportados pelos usuários na unidade básica e, nessa medida, contribua de alguma forma para que as ações praticadas no serviço possam conduzir ao atingimento de uma alta resolutividade, como um dos desafios a ser alcançado pelo Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: saúde, doença, problema de saúde, resolutividade e participação comunitária.

Abstract

This is a qualitative study of a descriptive-exploratory nature. It had the goal of investigating patients' opinions on the resolvability of their health problems at a outpatient unit located at Partenon neighborhood, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. 25 patients who have attended the unit for a mean time of 11 years participated in this survey. The data were collected by means of a semi-structured interview and were subsequently subjected to Bardin's analysis of content (1977). For outlining the gradual process of categorization, Moraes was followed (1999). From data analysis emerged five topics: patient opinion on health and health problems, causes for seeking the clinic, patient expectation concerning health care at the outpatient unit, resolution of patients' health problems and participative process in organizing movements and/or community associations. This survey attempted to establish if resolvability is present in the clinic routine and is expected to elicit a reflection from health professionals on the care provided, its suitability, competence, creativity, quality and resolvability to help the patients in the problems they bring to the clinic, thereby contributing to the achievement of a high resolvability in the work performed at the clinic, as one of the challenges to be taken on by the Unified Health System.

Key-words: health, disease, health problem, resolvability, community participation.

Resumen

Este es un estudio cualitativo de tipo descriptivo exploratorio. Tuvo como objetivo conocer las opiniones de los usuarios sobre la resolución de sus problemas de salud en la atención en una unidad básica de salud localizada en el barrio Partenon, Porto Alegre, Río Grande del Sur. Participaron de esta investigación 25 usuarios, que utilizan el atendimento en la unidad básica en media, hace once años. Los datos fueron colectados por medio de entrevista semi-estructurada siendo después sometidos al método de análisis del contenido según Bardin (1977). Para el esquema del proceso gradativo de categorización se siguió Moraes (1999). A partir del análisis de los datos, emergieron cinco temas: opinión de los usuarios sobre salud y problemas de salud, determinantes de la búsqueda por el servicio, expectativas de los usuarios con relación a la atención en la unidad básica de la salud, la presencia de resolución de los problemas de salud en la atención a los usuarios y proceso participativo en los movimientos organizativos e o asociaciones comunitarias. Este estudio procuró identificar, en el cotidiano del atendimento se la resolutividad se hace presente y se espera que el posibilite la reflexión de profesionales de salud sobre la atención prestada, su adecuación, competencia, creatividad, cualidad y resolutividad para el atendimento de los problemas aportados por los usuarios en la unidad básica e en esa medida, contribuya de alguna forma para que las acciones practicadas en el servicio puedan conducir al alcance de una alta resolución con uno de los desafíos a ser alcanzados por el Sistema Unico de Salud.

Palabras Claves: Salud, enfermedad, problema de salud, resolutividad y participación comunitaria.

Sumário

1 Introdução	13
1.1 <i>Motivação para o estudo do tema</i>	13
1.2 <i>Fundamentação teórica do problema</i>	17
2 Objetivos	36
3 Metodologia	37
3.1 <i>Caracterização do estudo</i>	37
3.2 <i>Aspectos éticos</i>	38
3.3 <i>Local de realização do estudo</i>	38
3.4 <i>Participantes do estudo</i>	41
3.5 <i>Coleta de dados</i>	45
4 Análise e interpretação dos dados	48
4.1 <i>Tema um: Opinião dos usuários da unidade básica de saúde sobre saúde e problemas de saúde</i>	51
4.1.1 <i>O processo saúde-doença como dimensão individual e coletiva</i>	64
4.1.2 <i>Qualidade de vida, autonomia, produtividade e a inserção social</i>	68
4.2 <i>Tema dois: Determinantes da procura pelo serviço</i>	73
4.2.1 <i>Atendimento para o enfrentamento de doenças agudas, crônicas e emergenciais</i>	76
4.2.2 <i>Atendimento preventivo e/ou promocional de saúde</i>	78
4.2.3 <i>Atendimento complementar às necessidades sócio-econômicas e terapêuticas</i>	82
4.3 <i>Tema três: Expectativas dos usuários com relação ao atendimento na unidade básica de saúde</i>	84

4.3.1	Qualidade no atendimento: acolhimento, competência e agilidade	85
4.3.2	Condições de trabalho do profissional cuidador	110
4.3.3	Melhoria de condições organizacionais e tecnológicas	114
4.4	<i>Tema quatro: A presença de resolutividade dos problemas de saúde no atendimento aos usuários na unidade básica de saúde</i>	124
4.4.1	Condições propícias à sua obtenção	133
4.4.2	Condições restritivas ao seu alcance	136
4.4.3	Encaminhamento para integralização do atendimento	143
4.5	<i>Tema cinco: O processo participativo em movimentos organizativos e/ou associações comunitárias</i>	149
5	Considerações finais	
	165	
	Referências	173
	Apêndices	
	APÊNDICE A – Termo de consentimento informado	186
	APÊNDICE B – Roteiro para entrevista com usuários da unidade básica de saúde	187
	APÊNDICE C – Transcrição de entrevista com usuário da unidade básica de saúde	189
	Anexos	
	ANEXO A - Localização da unidade básica de saúde, locus do estudo (distrito sanitário 7 – Partenon)	196
	ANEXO B - Processo gradativo de categorização (MORAES, 1999)	197

1 Introdução

1.1 Motivação para o estudo do tema

A temática deste estudo é a resolutividade do atendimento em uma unidade básica de saúde da rede pública estadual de Porto Alegre e a opinião de seus usuários sobre o tema.

O motivo da escolha desse tema foi se conformando durante o mestrado na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e sua definição foi a de realizar esta pesquisa em um serviço de atendimento básico de saúde, denominado de sistema de saúde comunitária.

Na década de 70, durante o curso de graduação em enfermagem, surgiu a oportunidade de realização de estágio curricular em um serviço de saúde comunitária e, dentre todas as experiências vivenciadas como estudante, as de atenção básica foram as que mais positivamente me impressionaram. Especialmente por tratar-se do primeiro contato com a saúde pública e com a comunidade e também por apresentar-se como uma abordagem diferente das disciplinas do currículo de graduação que eram desenvolvidas, em sua maioria, em torno da assistência de enfermagem na relação enfermeira-paciente, com base no conhecimento das doenças e das respostas à terapêutica, comuns nas práticas hospitalares.

No desempenho de minhas funções gerenciais desenvolvidas na Secretaria Estadual de Saúde/RS, na década de 90, houve a oportunidade de reaproximação com o Centro de Saúde Murialdo durante a recuperação de sua área física e de participação em reuniões do Conselho Local de Saúde. Fez-se necessária, na oportunidade, a avaliação do atendimento que vinha sendo prestado à população através de seu sistema de saúde comunitária, tornando-se objetivo conhecer o

impacto das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde que atuavam em suas unidades básicas e sua resolutividade para os problemas de saúde dos seus usuários.

Houve a preocupação, como dirigente, em realizar uma avaliação diagnóstica do serviço antes da tomada de decisão de recuperação de sua área física, não só pelas suas instalações que necessitavam de reformas, mas também pelo desejo de encontrar uma alternativa de ação mais efetiva para o seu desenvolvimento.

Levando-se em consideração os princípios da saúde coletiva, algumas questões foram relevantes na avaliação realizada: a pertinência do serviço com a realidade, a indagação sobre sua formulação inicial e como se apresentava sua implementação na oportunidade e que modificações poderiam ser feitas através de redefinição de objetivos ou metas frente aos procedimentos organizativos e operativos utilizados, e, principalmente, conhecer os avanços sociais e seus resultados em termos de eficiência, produtos, efeitos, impactos e efetividade para os seus usuários. A intenção era também de adquirir conhecimentos sobre essa experiência com vistas à sua extensão para outros locais do estado.

À época, procurou-se obter dados que pudessem informar, além das questões já referidas, a articulação do serviço com os demais daquele distrito, por tratar-se de um serviço que trabalha com área descentralizada. Também foi uma preocupação saber qual era a participação dos usuários na definição de seu atendimento, assim como a realização de visitas domiciliares que conduzissem à saúde coletiva.

Não tendo obtido todas essas respostas com a clareza que um estudo mais profundo poderia oferecer, ao iniciar o mestrado, esses questionamentos foram se tornando reflexões muito intensas, que resultaram na opção por realizar esta pesquisa naquele local, privilegiando a opinião dos usuários sobre a resolutividade de seus problemas de saúde em uma unidade básica de saúde.

No exercício profissional cotidiano e em contato direto com serviços básicos de saúde, é possível observar a desarticulação existente nas ações de

atenção aos usuários. Alguns fatos são exemplo, tais como: no verão de 1999, em um dia terrivelmente quente, crianças retornavam de um serviço básico de saúde sem serem vacinadas, tendo sido no entanto levadas até o serviço por suas mães exclusivamente com esse objetivo. Também observa-se a busca de preservativos por soropositivos que vão ao posto¹ e não conseguem obtê-los. São usuais as queixas dos usuários pela demora do atendimento e por não conseguirem ser atendidos no dia da procura pelo serviço. Há, ainda, os que esperam por uma agenda médica há vários meses, o que os faz retornar diariamente ou recorrer a outros serviços na tentativa da obtenção do atendimento. Há, também, aqueles que procuram apenas medicamentos com atendimento realizado em outros serviços e alguns com consulta realizada na UBS encaminhados para o nível intermediário e que não obtêm a medicação para o atendimento de sua prescrição médica. Esses fatos estão relacionados à expectativa dos usuários com a resolutividade de seu atendimento em saúde.

Quanto à obtenção de medicamentos especiais, principalmente no tratamento da AIDS, hemofilia, diabetes e de transplantados, entre outros, a questão é ainda mais grave, pois a sua distribuição é descontínua. Outros problemas dizem respeito à falta de agilidade, que é motivo de queixas apresentadas pelos usuários ao sistema, seja nos serviços disponibilizados pela UBS, seja nos encaminhamentos complementares para integralização do atendimento, bem como o horário de atendimento, uma vez que ele vem sendo reduzido em alguns serviços, quando precisaria ser ampliado com o estabelecimento de um terceiro turno (noturno), que viesse a facilitar o acesso à população trabalhadora em horário compatível com a sua possibilidade.

Em alguns serviços básicos de saúde, existem ainda outras questões não atendidas, como a prática da visita domiciliar, abandonada por algumas UBSS ao longo dos anos e priorizada hoje pelo Programa de Saúde da Família (PSF).

¹Tradicionalmente chamado na saúde comunitária de posto ou posto avançado, termo substituído por unidade básica de saúde (UBS) e tratado por autores nacionais como “atendimento de primeira linha” (TREZZA, 1994).

Diante desse quadro, tornou-se importante aprofundar a análise de questões referentes ao serviço prestado através de algumas premissas básicas, entre as quais, a resolutividade das ações desenvolvidas para o atendimento de saúde dos usuários.

Destaca-se a seguir algumas reflexões consideradas importantes e que podem contribuir para a questão da resolutividade no atendimento:

- o serviço atinge a população destinatária?
- o serviço é efetivo, na opinião dos usuários, quanto a seus objetivos?
- os usuários conhecem todas as ações disponibilizadas pelo serviço?
- há possibilidade de participação dos usuários através de sugestões para qualificar o atendimento?
- o nível de qualidade do serviço e do seu funcionamento é avaliado periodicamente pelos usuários que o utilizam?

E, por fim,

- as ações desenvolvidas pelo serviço trazem resolutividade para o atendimento dos problemas de saúde dos usuários?

Tem-se opinião que a aproximação com os usuários de uma UBS e a possibilidade de escutá-los oportuniza a identificação de quais as necessidades sociais e de saúde que o serviço está priorizando e resolvendo e, também, quais são as almejadas pelos seus usuários.

Cabe salientar que a Enfermagem, assim como outras profissões, necessita de uma base de conhecimentos para seu exercício. Dentre eles, destaca-se o conhecimento científico, por possibilitar, através de estudos e pesquisas, o aprimoramento e a ampliação da base científica que é fundamental para o exercício profissional e seu aperfeiçoamento contínuo.

No mestrado, percebi a necessidade de ampliar esses conhecimentos por meio deste estudo sobre a relação dos usuários com o serviço no que tange à resolutividade dos seus problemas de saúde e pelo entendimento de que os serviços

básicos devam se constituir como o ingresso primordial da população no Sistema Único de Saúde.

1.2 Fundamentação teórica do problema

As condições de saúde dos grandes conglomerados urbanos têm se modificado consideravelmente nos últimos anos. Essa situação se interrelaciona com a concentração industrial e a pressão demográfica sobre o meio ambiente, provocando a coexistência de importantes contrastes sociais.

Esses processos têm afetado significativamente as condições de vida e a situação de saúde das populações nas últimas décadas, e, provavelmente, continuarão causando um impacto importante nos próximos anos. Eles são apontados, entre outros, pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPS, 1994) como: as iniquidades e desigualdades sociais; o aumento da expectativa de vida; o intenso processo de urbanização das cidades; os aspectos que se referem às trocas da composição da força de trabalho (inserção da mulher) e às mudanças na organização dos serviços públicos assim como o papel dos governos frente a esses processos. Somam-se a isso, ainda, agravos emergentes, que são referidos por Becker (2002) como: a violência e a criminalidade, os acidentes, a solidão, a angústia, a depressão e o stress, as drogas, o sedentarismo, a má alimentação e comportamentos de risco. Os profissionais de saúde que trabalham na rede básica precisam considerar e interferir nesses processos ao realizarem as ações de saúde.

No decênio passado, surgiram novas idéias sobre como cuidar da saúde para promover uma população mais sadia, e, por conseguinte, para atingir uma melhor qualidade de vida. Foram apontadas, para assegurar a equidade no setor, além das indicações para a criação de alianças intersetoriais em prol da saúde e dos entornos propícios, o fortalecimento da promoção da saúde mediante ações comunitárias – entre outras, a habilitação e a autonomia das comunidades e das pessoas para que assumam o controle da sua própria saúde – e a mediação e

regulação pelos gestores em casos de conflito de interesses no setor. Preenchidas essas condições, os serviços de saúde promoveriam não só um estilo de vida saudável, mas também o bem-estar global do indivíduo e das coletividades.

No Brasil, os primeiros programas de saúde comunitária começaram a ser criados no início da década de 70, sob forte influência da prática de saúde que orientava a política social norte-americana. Nos Estados Unidos, a medicina comunitária, como forma de prestação de serviços, havia sido uma resposta aos movimentos por direitos civis e raciais ocorridos na década de 60 (CARVALHO, 1995).

A medicina comunitária, segundo Donnangelo e Pereira (1979, p. 88), “confunde-se, em suas origens, com um movimento que transcendeu os limites da atenção médica e orientou a política social norte-americana na década de 60, para programas assistenciais destinados à pobreza.”

Segundo os autores, a medicina comunitária é aquela que promove a extensão de serviços de saúde através de tecnologia simplificada e simultaneamente ampliada pela participação comunitária.

Assim como na América do Norte, também na América Latina e no Brasil a medicina comunitária surge como prática de saúde através de agências internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPS). O país encontrava-se no período caracterizado como o do “milagre brasileiro”, com uma política econômica aberta ao capital estrangeiro e com uma política interna de arrocho salarial, determinando condições precárias à preservação do estado de saúde da população, tendo sido a saúde comunitária incorporada por alguns setores do Estado, que não mais conseguiam atender a demanda por serviços médicos (BOHADANA, 1982).

Ao longo de quase 30 anos de existência da saúde comunitária, assistimos a várias transformações que ocorreram no sistema nacional de saúde, decorrentes de seu caráter processual e de movimento histórico.

As transformações abrangeram desde os programas de atenção básica à saúde fundamentados na educação sanitária, como mudanças determinadas pelas diretrizes das Ações Integradas de Saúde (AIS) e do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), até o modelo assistencial preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal Brasileira de 1988, com legislação posterior pela Lei Orgânica da Saúde – Lei nº. 8080 (BRASIL, 1990a) e nº. 8142 (BRASIL, 1990c), especialmente em relação ao direito universal à saúde de qualquer cidadão e a sua participação na gestão dos serviços através dos conselhos locais, municipais, estaduais e das conferências de saúde, entre outros.

O Sistema Único de Saúde propõe a intencionalidade de inclusão e equidade no Brasil, que é um país com história político-social excludente. O processo, desenvolvido a partir do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, estabeleceu um sistema de saúde público, universal, gratuito e com controle social, com diretrizes e princípios de universalização, regionalização, hierarquização, equidade e integralidade. Constituiu-se, assim, uma das mais importantes formulações no terreno das reformas sociais necessárias ao Estado.

A universalização estabelecida pelo Sistema Único de Saúde pretendia que todos os cidadãos se beneficiassem com sua inclusão no sistema público. Ocorre, porém, que o mandamento constitucional, no cotidiano das práticas sociais, foi reinterpretado não como um universalismo inclusivo, que seria a expressão máxima de cidadania, mas como um universalismo excludente, que gerou um sistema de saúde regressivo no seu conjunto, ao criar, para clientela distintas, modalidades assistenciais diversas e discriminatórias, tornando-se em mais uma modalidade de assistência para os pobres, pois os grupos sociais de camadas médias e o operariado mais qualificado, justamente os formadores de opinião, deslocaram-se para o subsistema privado de atenção médica supletiva (MENDES et al., 1994). É o caso das Centrais Sindicais e dos grandes sindicatos, mesmo que alguns deles estivessem comprometidos com os princípios do Sistema Único de Saúde. Esse

afastamento contribuiu para diminuir a pressão e a mobilização social pela implementação plena do Sistema Único de Saúde.

Cabe salientar, ainda, que os setores sociais expulsos do Sistema continuaram a depender da tecnologia no que se refere a serviços de alto custo, porque não há cobertura integral pela atenção médica supletiva (MENDES et al., 1994).

Raggio e Giacomini (1994) referem que, em seu texto constitucional, o projeto nacional de saúde é ambicioso e transformador, imprescindível e necessário para o controle de variáveis (políticas, administrativas e técnicas) abrigadas pelo Estado e pela sociedade para contribuir para a estruturação de novas políticas sociais no Brasil.

A 3ª. Conferência Nacional de Saúde, na década de 60, refere a municipalização da saúde com o reordenamento dos serviços no nível local e, em 1988, a OPS/OMS financiou e assessorou um projeto no Brasil denominado “Implantação de Silos nos Estados”. Contribuições teóricas de diversos autores, entre eles, Donnangelo (1979) e Mendes et al. (1994), indicam propostas como os Sistemas Locais de Saúde, a territorialização e o distrito sanitário como as formas mais adequadas de organização dos serviços básicos para obter-se impacto sobre a situação de saúde da população. A saúde comunitária, desde a sua criação, tem como princípio responder às demandas da população e contribuir para a solução de seus problemas de saúde em um espaço territorial e social delimitado.

As estratégias definidas para o atendimento na saúde comunitária são as de proporcionar a promoção da saúde e a proteção de doenças (prevenção primária), o diagnóstico precoce, o pronto tratamento e a diminuição da incapacitação (prevenção secundária), assim como a reabilitação (prevenção terciária) dos problemas de saúde apresentados por uma população definida e com acessibilidade geográfica².

² Segundo a Organização Mundial de Saúde (UNICEF, 1979, p. 48), por “acessibilidade geográfica entende-se uma distância, o tempo necessário para cobri-la e meios de transporte aceitáveis para a população”.

Os serviços de saúde comunitária têm como propósito priorizar o acesso aos serviços da rede básica, o estabelecimento do vínculo entre o usuário e os profissionais de saúde, a integralidade e o atendimento continuado, evitando ou reduzindo a ocorrência de doenças e promovendo a saúde, além da participação comunitária.

Alguns conceitos são trabalhados neste estudo, entre eles: problema de saúde, resolubilidade, resolutivo e resolutividade. Como definição de problema, a Enciclopédia Mirador Internacional (1977, p. 1396), entre outras definições, refere que problema é uma “questão levantada para inquirição, consideração, discussão, decisão ou solução”. Refere, ainda, que, sob o ponto de vista social, problema é uma “situação que ameaça certos valores básicos e culturais, causados pelos desajustes individuais, às normas adotadas ou falhas existentes na própria estrutura social”. A mesma fonte também define problema como “qualquer assunto ou questão que envolve dúvida, incerteza ou dificuldade”.

Mendes, (1996, p. 249) descreve problema como “[...] a formulação para um ator social de uma discrepância entre a realidade constatada ou simulada e uma norma aceita ou criada como referência”, ou seja, é a evidência da diferença entre o que é e o que deveria ser, conforme os valores e padrões desejados na visão de um ator social.

Diante desses conceitos, pode-se definir sucintamente que problema é o elemento indesejável de uma situação ou processo vivenciado. Na área social ou comunitária, encontramos definições que apresentam forte elemento prático face a solução de problemas quando se analisa os efeitos e as conseqüências dos diferentes modos de atuação sobre uma situação (DUTRENIT, 1984).

Os problemas de saúde são contingências humanas presentes em qualquer serviço e carregados de significação social. Minayo (1993, p.15) afirma que “a saúde enquanto questão humana e existencial é uma problemática compartilhada por todos os segmentos sociais”. Na abordagem materialista de Minayo, “[...] as condições de vida e de trabalho é que qualificam de forma diferenciada a maneira

pela qual as classes sociais e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito” da saúde.

Estudos publicados demonstram que a maioria das desigualdades na saúde não provêm somente das condições fisiológicas do indivíduo, mas são, também, socialmente determinadas: pobreza, desemprego, habitação inadequada, condições de trabalho estressantes e perigosas, suprimento alimentar escasso, suporte social e educativo deficientes, assim como a poluição do ar e da água. (TEIXEIRA, 1997).

Portanto, com base nos autores citados, podemos considerar que a saúde pressupõe a íntima relação do ser humano com a sua realidade vivida (cultural ou societária), ou seja, o exercício da vivência e da reflexão crítica dentro do seu contexto. E ela ocorre através da resolução de problemas da sua realidade, constituindo-se como um processo de desenvolvimento dinâmico e de trocas contínuas, em que a pessoa, o grupo e a comunidade e/ou sociedade aceita ou rejeita as novas informações, os novos serviços e os novos comportamentos frente às necessidades de saúde.

Há que se reconhecer que o campo da saúde refere-se a uma realidade complexa e de múltiplas causas, que demandam, portanto, múltiplas respostas. Segundo Wennberg (1989), há um limite na capacidade dos serviços de resolver problemas. Isso acontece pela sua natureza complexa, que exige intervenção de diferentes tipos, e também pela sua própria ineficácia relativa, constatada pelas avaliações científicas de que se tem conhecimento, entre elas, a de Morin (1990), a de Santos (1995) e a de Hartz (1997).

Aspectos do processo saúde-doença conduzem-nos a examinar a forma como se realiza o atendimento de saúde prestado na rede pública, sobretudo em uma UBS comunitária, quando buscamos a opinião dos usuários quanto ao atendimento disponibilizado e se ele responde às suas necessidades de saúde com resolutividade.

Para Merhy (1994, p. 139), a ação resolutiva não se reduz a uma conduta. Ele afirma que resolutividade “é colocar à disposição do paciente toda a tecnologia disponível a fim de se conseguir o diagnóstico e o tratamento adequado a cada caso, a fim de abordar a dimensão individual e coletiva dos problemas de saúde.”

Assim, a intervenção efetiva em saúde necessita de uma abordagem integral dos problemas. Salienta o autor que a clínica não poderia sozinha dar todas as respostas para as várias dimensões de como se apresentam os problemas de saúde dos usuários. Problemas, esses, que hoje transcendem na sua maioria a questão individual. Torna-se, portanto, fundamental a associação de ações coletivas, que possibilitem identificar os problemas de saúde na abrangência de determinada área populacional. Só assim será factível buscar respostas reais e concretas para alterar positivamente o quadro da saúde do grupo populacional para o qual se direcionam as ações praticadas no sistema.

Para o entendimento da resolutividade torna-se necessário o exame de algumas definições. A Enciclopédia Mirador Internacional (1977, p. 1503), apresenta resolver e resolutivo como: “o que resolve, que produz efeito resoluto, achar a solução de...; dar solução a...”. O dicionário Michaelis (2001) não difere ao apresentar resolutivo como: “Achar a solução de...; dar solução a... [...] Resolver uma pretensão”.

A qualidade de resolver, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1990b, p. 10) na sua referência à resolubilidade, é descrita como

[...] a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.

E, finalmente, o entendimento de que a resolutividade refere-se à aptidão do sistema de saúde dentro de seus limites de complexidade e capacidade tecnológica de resolver os problemas de saúde que levam o usuário a procurar os seus serviços, em cada nível de assistência. E também atender os problemas que causam impacto coletivo sobre a saúde, a partir do ideário de que os serviços têm

que ter responsabilidade pela vida dos cidadãos na abrangência de seu território, dando respostas até o nível de sua complexidade (CHIORO; SCAFF, 1999).

Além do atendimento à demanda, da complexidade e da capacidade tecnológica dos serviços, para a obtenção da resolutividade dos problemas de saúde, é preciso considerar a abordagem integral e a ênfase na prevenção e na participação comunitária para qualificar os serviços, trazendo uma maior resolutividade e satisfação aos usuários. Muitas vezes, na prática cotidiana, esses propósitos perdem-se frente às demandas individuais e urgentes definidas pelas necessidades de cada indivíduo, seja ele profissional de saúde ou usuário do serviço, e desconsidera-se um projeto de atenção que explicitamente conduza ao atendimento integral e à produção de saúde coletiva.

Quando isso ocorre, os cuidados disponibilizados à população adquirem uma forma desarticulada, havendo nítida dissociação entre prevenção, tratamento, cura e reabilitação. Essa é uma situação que não atinge apenas o primeiro nível de atendimento; ela se dá, também, nos diversos serviços de saúde existentes dentro das comunidades e, por vezes, até mesmo dentro de um mesmo serviço.

Os aspectos anteriormente referidos sob o enfoque social podem ser entendidos como ações sociais e políticas que devem oportunizar um compromisso de diversos setores, como o político, o social e o produtivo, na diminuição das probabilidades de fracasso de serviços como os da área de saúde, de relevante significado individual e coletivo para a população.

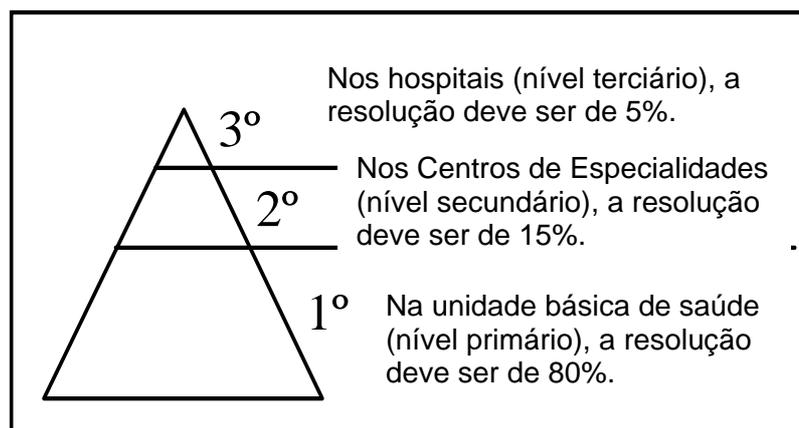
Conforme descrito por Chioro e Scaff (1999), o acesso da população à rede de atendimento teria que se dar através dos serviços de nível primário de atenção (unidade básica de saúde), que deveriam estar qualificados para atender e resolver cerca de 80% dos problemas de saúde dos usuários que a eles recorrem. Apenas os casos não resolvidos nas unidades básicas de saúde (em torno de 15%) é que seriam referenciados para o nível secundário (centros de especialidades), e apenas uma minoria de casos – por volta de 5% – atingiriam o nível terciário de

atenção (hospitais), devido à sua maior complexidade tecnológica e capacidade para atender as questões não resolvidas nos primeiros níveis.

Contudo, na prática, identifica-se que a distribuição e a resolução dos serviços não ocorre da forma descrita pelos autores citados. Uma série de problemas acumula-se em todos os níveis de atenção, fragmentando o atendimento. Soma-se também a essa fragmentação, a dissociação entre a saúde física, psicológica e social no atendimento de usuários em qualquer nível dos serviços. Essa situação aponta também para a falta de um atendimento integral.

A figura a seguir ilustra a resolutividade anteriormente referida.

Figura – Níveis de atenção e resolução dos problemas de saúde nos serviços



Fonte: Chioro; Scaff (1999, p. 11).

Os níveis de atenção e resolução dos problemas de saúde nos serviços acima diagramados, conforme Chioro e Scaff (1999), procuram demonstrar como deveriam estar organizados os serviços para a utilização e atendimento adequado aos usuários.

No nível primário, observa-se uma fragmentação não só do atendimento, mas também do processo de trabalho dos profissionais de saúde, que os leva à alienação com relação ao atendimento dos usuários e, como resultado, instala-se o enclausuramento tanto do serviço quanto dos profissionais sobre si

próprios. A importância dos problemas de saúde apresentados pelos usuários fica diminuída ou perdida nos meandros dessa rotina diária fragmentada e desarticulada.

No nível secundário, um dos problemas importantes a ser destacado, por trazer prejuízo ao atendimento, é a questão das especialidades médicas e odontológicas. Frequentemente há falta de disponibilização de consultas na rede pública de serviços com relação a especialidades como, por exemplo, atendimento à saúde mental, cirurgias vasculares, dermatologia, neurologia, odontologia, oftalmologia, otorrinolaringologia e traumatologia. Essa falta de disponibilização de consultas ocasiona o agendamento para vários meses – muitas vezes até anos – após a sua procura. A demora na obtenção do atendimento leva o usuário agendado a faltar, uma vez que ele não pode esperar tanto tempo. Assim sendo, ele procura outros serviços e o prejuízo se dá para o conjunto de usuários e para o sistema, pois justamente as consultas de difícil acesso acabam, algumas vezes, “sobrando” pela desistência e pela falta de agilidade para o atendimento do usuário, evidenciando-se como falhas na forma de organização dos serviços.

O plano de atendimento ao usuário, quando se trata de serviços complementares ou de internação hospitalar, é outra questão a ser destacada. Após a longa espera do usuário por uma consulta, ocorre a solicitação de inúmeros exames complementares que, dependendo dos serviços utilizados, demanda uma busca exaustiva pelo usuário para cumprir procedimentos muitas vezes excessivamente burocratizados e fora de seu referencial geográfico, que antecedem um atendimento especializado ou os casos que necessitam de hospitalização.

Na prática, no nível terciário é que acaba ocorrendo a concentração da procura por atendimento, devido à falta de resolutividade nos níveis anteriores. O desejo dos usuários é o de buscar todos os cuidados de que necessitam de uma só vez e no mesmo serviço. Essa não é a única das causas da concentração da procura nos hospitais. A deformação dos serviços também indica que os usuários deixam de procurar a consulta ambulatorial nas unidades básicas de saúde por considerá-la como uma assistência menos qualificada, de difícil acesso e de pouca tecnologia

para a resolutividade de seus problemas de saúde e preferem buscar o seu atendimento diretamente nas emergências hospitalares públicas (STEIN, 1998).

Os motivos apontados, segundo os autores, fazem com que a procura da população por serviços de saúde ocorra fora de seu referencial geográfico e desorganizadamente, deixando de ocorrer o vínculo desejado a um serviço básico de saúde. Com isso, alguns serviços acabam perdendo a sua relevância e credibilidade sob a ótica dos usuários, por não lhes prestarem um atendimento vinculado, integral, humanizado e resolutivo.

A participação dos usuários nos serviços de saúde também precisa ser destacada. Ela diz respeito à participação “[...] do conjunto de indivíduos e grupos sociais, cuja diversidade de interesses e projetos integra a cidadania e disputa com igual legitimidade espaço e atendimento pelo aparelho estatal” (CARVALHO, 1995, p. 25).

Os usuários são atores sociais que, em sua grande maioria, estiveram, por muitos anos, praticamente ausentes da gestão dos serviços de saúde. Antes de sua possibilidade de participação no nível primário (serviços comunitários) e nos Conselhos de Saúde, a maioria dos serviços estruturava-se sem consulta à comunidade, fosse ela feita de forma direta, com sua participação em todo o processo de planejamento e organização, ou indiretamente, através de estudos, de análise e de interpretação das pesquisas epidemiológicas, sociais e culturais existentes.

A participação dos usuários na avaliação da resolutividade dos serviços de saúde não pode mais ser postergada, não só por serem seus usuários, mas por terem a ela direito como cidadãos. O surgimento da medicina comunitária e de seus preceitos, além de ter possibilitado um novo enfoque da dimensão social do processo saúde/doença, contribuiu enquanto espaço de participação da comunidade para a sua evolução histórica e deverá atingir o estágio de uma participação social associada à idéia do controle social do Estado que, em 1988, institucionalizou-se como um processo de democratização do País, inspirando a

criação dos Conselhos de Saúde garantidos em nossa sociedade na Lei Federal nº 8142 (BRASIL, 1990c).

A opinião pública aponta uma insatisfação dos usuários com os serviços de Saúde. A divulgação de matéria com o título “Saúde pública é reprovada na região metropolitana” (UFRGS/CEPA, 1999) demonstra essa insatisfação. A pesquisa em questão centrou-se na avaliação feita por usuários dos serviços de saúde na Região Metropolitana e destacou a nota média atribuída por eles ao setor saúde da cidade de Porto Alegre de 4,91.

O estudo enfatiza, entre outros aspectos, que o maior problema do sistema público de saúde não está só nos hospitais nem nas UBSs, mas nos gabinetes dos gestores e governantes. Essa afirmativa procura atribuir a um único segmento, mesmo que ele seja um dos mais importantes, a responsabilidade pelas falhas do sistema. Porém, a sociedade e sua organização, como um todo, influenciam o processo saúde-doença e os indicadores epidemiológicos que caracterizam determinada população.

Mendes (1995, p. 1), em mesa redonda sobre saúde e qualidade de vida, referindo-se à insatisfação na Saúde, ponderou que:

[...] esse ‘caos da saúde’, percebido, seja por vivências cotidianas da população em centros de atenção médica, além de sua constante reverberação na mídia, também está associada a filas, pacientes jogados em macas, profissionais em greve, carência de medicamentos, equipamentos inutilizados, etc.

A situação da qual temos conhecimento, diariamente, através da imprensa local e nacional, ou em contato direto com os usuários do serviço, expõe uma grave deformação nos serviços de saúde. A atualidade do tema e seus desdobramentos estão intrinsecamente ligados à superlotação das emergências da rede hospitalar pública e à insatisfação dos usuários com a resolutividade dos serviços de saúde a eles disponibilizados. Essa problemática vem ocupando espaços freqüentes nos meios de comunicação, através de debates e notícias impactantes.

Ocorre que o Sistema Único de Saúde, segundo Teixeira (1997, p.102)

foi

[...] vinculado à idéia de saúde para pobre e a velha lição que o Estado nos tem dado é de que o que é para pobre não funciona, falta ou está estragado. [...] uma postura totalmente preconceituosa e antiética desse problema, reforçada por certas campanhas de momento ou políticas emergenciais de atendimento a determinadas carências dos pobres.

Algumas ações governamentais e a forma como se organizam os serviços, em alguns segmentos sociais, acabam por reforçar a idéia de que os serviços a eles destinados são mesmo precários e de má qualidade.

A escassez de recursos nas unidades básicas de saúde, seja de profissionais, equipamentos, medicamentos, seja de acesso facilitado, entre outros, são fatores que determinam uma demanda por outros serviços, marcada culturalmente pela valorização do atendimento curativo, hospitalocêntrico e fragmentado da prestação de serviços, inclusive em alguns serviços de saúde comunitária, comprometendo sua qualidade (STEIN, 1998).

Dentro dessa realidade, há também uma clientela eletiva que não consegue ser absorvida pelos serviços da rede básica e que se desloca até centros urbanos distantes de seu referencial geográfico, principalmente para os hospitais públicos, em busca de um acesso presumido onde pretende encontrar a garantia de profissionais disponíveis e de tecnologias apropriadas ao seu atendimento (STEIN, 1998).

Observa-se que a procura que o usuário faz por diferentes serviços não se dá somente pelo desejo e esperança de ser atendido, mas baseia-se também em avaliações experienciadas anteriormente por ele, por seus vizinhos ou por seus familiares, que acabam por determinar o serviço a ser procurado.

O próprio usuário faz sua triagem e referenciamento para outros serviços, sejam eles especializados ou não e que, sob sua avaliação, se apresentam como de maior acesso, tecnologia e resolutividade, independentemente do encaminhamento feito por um profissional de saúde ou pelo serviço. Se o sistema funcionasse organizadamente e fosse reconhecidamente resolutivo, certamente a

maioria dos usuários procuraria seguir o recomendado na utilização dos níveis primário, secundário e terciário para o seu atendimento.

Pressupõe-se que serviços de atenção básica, abertos à participação comunitária, resolutivos e acessíveis aos usuários, assim como o estabelecimento da continuidade, da integralidade e da equidade no atendimento, possam contribuir para uma melhora organizativa do sistema de saúde e para o alcance da qualidade e resolutividade esperada, principalmente pela população desprovida de outros recursos e que tem, muitas vezes, nos serviços de pronto atendimento e nas emergências hospitalares, a única opção para a solução de seus problemas de saúde.

Um serviço de saúde deve caracterizar-se por ser de fácil acesso, especialmente à população de baixa renda, e deve procurar atender as necessidades de saúde dos usuários, com atuação inter e multidisciplinar em um determinado território. Quando isso ocorre nos serviços, estabelece-se o acolhimento, que, segundo Bueno e Merhy (1998, p. 3),

[...] passa pela subjetividade, pela escuta das necessidades do sujeito, passa pelo processo de reconhecimento de responsabilização entre serviços e usuários, e abre o começo da construção do vínculo. Componentes fundamentais para um reinventar a qualidade da assistência.

No pronto atendimento, seja ele hospitalar ou ambulatorial, é que aportam as mais diversas demandas não resolvidas nos serviços básicos de saúde a exigir um tipo de resposta dos outros níveis do sistema.

Os usuários com condições não urgentes enfrentam, com frequência, longas esperas nos serviços de emergência, particularmente em hospitais públicos, utilizando o atendimento que deveria ser prioritariamente destinado para usuários em situação grave. Além desse aspecto, o atendimento na emergência é, por natureza, episódico e não propicia uma relação personalizada e humanizada entre a equipe de saúde e os usuários, comprometendo o acolhimento, o vínculo, a continuidade, a integralidade e a resolutividade do atendimento.

Essa realidade traz prejuízo para o atendimento promocional, integral e hierarquizado e o posterga, determinando o hospital como o serviço mais procurado do sistema, em detrimento da utilização de serviços básicos de saúde.

O clamor da população através dos meios de comunicação, usual em nossos dias, pode ser traduzido também como a busca por um atendimento continuado e de fácil acesso que seja humanizado e integral para responder com qualidade e resolutividade aos seus problemas de saúde. Segundo Stein (1998, p. 4), “o atendimento continuado é fator importante para assegurar a qualidade dos serviços de saúde, porque se presume que ele tenha efeito positivo no desfecho da saúde do usuário.”

A integralidade é um dos mais importantes princípios para o atendimento em saúde, porque através dela pode-se assegurar aos cidadãos o direito à atenção à saúde, dos níveis mais simples aos mais complexos, da atenção promocional à curativa, assim como a compreensão dos cidadãos em sua totalidade e dos cidadãos/coletividades em suas singularidades (CARVALHO, 1991).

Um atendimento desse tipo promove a confiança e o vínculo do usuário ao serviço, proporcionando benefícios para a aceitação de medidas de promoção à saúde e/ou à terapêutica indicada, com desdobramentos na diminuição dos níveis de morbidade e nas taxas de hospitalização, assim como na diminuição dos custos desses serviços, no orçamento da saúde, principalmente dos recursos disponíveis para o atendimento básico, quase sempre tão escassos e precários.

A população vulnerável que utiliza freqüentemente consultas nas emergências hospitalares pode ser identificada por problemas intrassetoriais como: carência de serviços básicos e promocionais, falta de acesso e vínculo aos serviços básicos de saúde disponíveis, ausência ou inadequação de serviços sociais e sujeição a serviços desestruturados. A utilização exagerada dos serviços de emergência em hospitais públicos por usuários mais pobres é freqüentemente relacionada a falta de outros recursos disponíveis no setor saúde (STEIN, 1998).

A insatisfação com serviços de saúde não acontece só em Porto Alegre. Os meios de comunicação do país estão constantemente divulgando notícias sobre o tipo de atendimento prestado pelo SUS.

Segundo Mendes (1995), nas grandes cidades, especialmente em hospitais de emergência, existe uma grave crise de atenção médica. Esse autor ilustra sua afirmação exemplificando dois eventos nacionais ocorridos em 1994 e suas repercussões na imprensa nacional. Em 12 de outubro de 1994 aconteceu a entrega pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) ao Presidente da República do Brasil da certificação de erradicação da poliomielite. Algumas horas depois, ocorreu um parto na pia do Hospital Souza Aguiar no Rio de Janeiro. A notícia veiculada pela mídia, de maneira sensacionalista, não foi a erradicação da poliomielite e sim o parto “escandaloso” no Souza Aguiar.

Estudos com enfoque na rede básica de saúde realizados em outros estados, como por exemplo em São Paulo, tendo como objeto os profissionais de saúde, apontam como núcleo do modelo assistencial a consulta médica do tipo pronto atendimento, com controle da demanda espontânea que sempre extrapola as possibilidades da oferta. Identifica-se no estudo referido que as ações de recepção da clientela, pré-consulta, consulta médica e pós-consulta são o trabalho prioritário desenvolvido pelas unidades básicas de saúde. Foi enfatizado, ainda, que outras ações promocionais, como as visitas domiciliares, os trabalhos educativos, as atividades externas com grupos populacionais ou em instituições, a vigilância sanitária e epidemiológica são realizadas como exceção, em algumas dessas unidades básicas estudadas, dificultando o alcance da saúde coletiva (ALMEIDA, 1991).

As distorções no atendimento básico de saúde encontradas nos estudos realizados (ALMEIDA, 1991; MENDES, 1995; STEIN, 1998) e a divulgação de matérias de que temos notícia, reforçam que a porta de entrada no sistema de saúde continua sendo, ainda, o hospital, e que o modelo de atendimento continua centralizado na consulta médica.

No Rio de Janeiro, pesquisa realizada por Santos (1995) para avaliar a qualidade dos serviços públicos sob a ótica dos usuários, em suas considerações finais, indica que a avaliação do sistema por parte do usuário ainda está centralizada prioritariamente no atendimento médico, e essa busca ocorre de acordo com a percepção que o usuário tem do processo saúde-doença, a forma de organização dos serviços e a classe social a que essa clientela usuária pertence – fatores a serem considerados também na determinação de uma consciência de cidadania.

Quanto à satisfação do usuário com seu atendimento, há uma relação intrínseca ligada ao motivo que o levou a buscar o serviço. Quando essa busca se faz por serviços preventivos, o usuário tende a valorizar a relação interpessoal que se estabelece. Quando a busca é por serviços curativos é a eficácia que é valorizada, por tratar-se de momentos que apontam necessidades diferenciadas sentidas por ele (SANTOS, 1995).

O Sistema Único de Saúde, como proposta, não é responsável pela crise na saúde, pois essa crise é anterior ao seu surgimento. Ela advém da crise do Estado brasileiro; crise política, econômica, moral e ética, que propicia um ambiente desfavorável para a implantação, na prática social, de suas diretrizes e princípios (MENDES, 1995).

Para Cantarino (1997), quando o cidadão comparece ao sistema, traz consigo suas condições de vida e de saúde, determinadas por um modelo econômico e fiscal do Estado que faz do indivíduo seu refém. Assim, em nome de uma duvidosa racionalização de custos, o Estado deixa de investir na saúde, garantindo apenas mínimos sociais para os pobres. Esse modelo reproduz desigualdades e legítimas discriminações, além de ignorar os dispositivos constitucionais. Essa situação deforma o sistema por negar a seus usuários seus direitos de cidadania, contribuindo para a desuniversalização da atenção à saúde.

Apesar do amparo legal do Sistema Único de Saúde, não existe ainda uma experiência acumulada para a sua organização, e não podemos esquecer que processos de mudança, com a profundidade que o SUS preconiza, demandam

algum tempo. O caso italiano, na experiência internacional, teve início em 1978 e mostra que processos dessa natureza envolvem deslocamento de espaços de poder, transformações de práticas e reorientação de recursos alocados (BARROS, 1996). Essas mudanças não se fazem sem resistências e normalmente caracterizam processos demorados de negociação. A implementação plena do SUS ainda está por acontecer, uma vez que um de seus princípios é a descentralização dos serviços nos diferentes níveis de governo e de sua redistribuição em distritos sanitários. Em nosso país, o distrito sanitário vem sendo abordado desde a década de 60 e está contido no artigo 10 e parágrafos da lei de nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990, tratando-se da legislação que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como sua organização e implantação.

Em Mendes et al. (1994) o distrito sanitário é considerado, em suas dimensões política, ideológica e técnica, como um processo social de mudança das práticas sanitárias. Em sua dimensão política, o distrito sanitário busca a transformação do sistema nacional de saúde a partir de sua base operacional, de nível local, onde o poder deve ser exercido conjuntamente pelos atores sociais e seus diversos interesses. Pode ser caracterizado como o microespaço de disputa política entre atores sociais que representam projetos distintos.

A dimensão ideológica está representada pela opção por determinada lógica de atenção às necessidades e problemas de saúde da população, que se caracterizam por determinado paradigma de atenção, ou abrigam uma concepção ampliada do processo saúde-doença, estabelecendo, em sua implantação, a busca de uma mudança cultural. Por isso, o distrito sanitário também pode ser entendido como um microespaço de embates ideológicos.

Em seus aspectos técnicos, o distrito sanitário, para ser implantado, necessita utilizar conhecimentos e tecnologias que devem estar de acordo com os critérios políticos e ideológicos do projeto de saúde que o respalda.

Na cidade de Porto Alegre, esse processo teve início no ano de 1987 (PORTO ALEGRE, 1987) e ainda está em configuração. O ritmo e a forma de sua

colocação em prática apresentam características diferentes em várias regiões. Indicadores de saúde, principalmente os de mortalidade infantil, demonstram bem essas diferenças regionais e sociais em nosso país, indicando que no sul há a classe dos que podem morrer mais tarde, e no nordeste a dos que podem morrer mais cedo. Essas diferenças regionais são advindas de realidades locais diversas e adversas, de disputas políticas e do grau de participação da comunidade, que também é parte de um contexto local variável, para que aconteça a incorporação das diretrizes e princípios da nova proposta de organização da saúde e de seu controle social.

Apesar do ambiente desfavorável, devemos enfatizar aspectos favoráveis e importantes destacados por Mendes (1995, p. 2) sobre o sistema. Ele afirma que o Sistema Único de Saúde é o

[...] 'locus' de criação de cidadania; os resultados favoráveis nos campos das doenças imunopreveníveis, do controle vetorial da doença de Chagas e esquistossomose (redução de formas graves) [...]; a auto-suficiência em soros e vacinas e os resultados inquestionáveis da municipalização onde criaram-se ilhas de modernidade sanitária no País e onde instituíram-se colchões amortizadores das tensões sociais geradas por um Estado em crise.

O Sistema Único de Saúde representa a única saída humanitária que temos e a mais democrática que conseguimos alcançar para o atendimento à saúde da população ao longo de toda a república (TEIXEIRA, 1997).

O grande desafio que se coloca é o da consolidação do Sistema Único de Saúde com seu caráter público e universal, entendendo que a saúde não é responsabilidade exclusiva dos gestores e dos profissionais de saúde, nem somente deste setor, mas que resulta de um conjunto de fatores sociais, e que ela só será factível através de uma ação coordenada e intersetorial de toda a sociedade: governo, setor saúde, usuários, setores sociais, políticos e econômicos, culturais, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e mídia, que também a determinam.

2 Objetivos

Esta investigação teve como objetivo geral conhecer a opinião dos usuários sobre a resolutividade de seus problemas de saúde em uma unidade básica de saúde.

Os objetivos específicos foram:

- 1 Identificar a opinião dos usuários sobre o que é saúde e problema de saúde.
- 2 Identificar os determinantes que levam o usuário à procura por atendimento em uma UBS.
- 3 Identificar as expectativas dos usuários com relação ao atendimento para resolver os seus problemas de saúde.
- 4 Identificar o que os usuários referem por resolutividade de seus problemas de saúde.
- 5 Identificar necessidades referidas pelos usuários para que o seu atendimento atinja a resolutividade de seus problemas de saúde.
- 6 Identificar a existência de movimentos organizativos e colaborativos para resolver os problemas de saúde dos usuários e a sua participação nesses movimentos.

3 Metodologia

3.1 Caracterização do estudo

A escolha metodológica foi por pesquisa qualitativa. Essa abordagem não tem a preocupação em quantificar, como afirma Minayo (1993, p. 11),

[...] mas de lograr explicar os meandros das relações sociais consideradas essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional que pode ser apreendida através do cotidiano da vivência, e da explicação do senso comum.

Dentre os métodos qualitativos, a opção foi pelo estudo exploratório descritivo. De acordo com Triviños (1987), o estudo exploratório possibilita ao investigador aumentar sua experiência sobre determinado problema.

Trata-se de um método que permite aprofundar o estudo nos limites de uma realidade específica, possibilitando encontrar os elementos necessários, através do contato com determinada população ou grupo social, para a obtenção de resultados. Para Triviños (1987), os estudos descritivos do tipo exploratório possibilitam, muitas vezes, o surgimento de outros problemas de pesquisa que podem conduzir a outras investigações.

As comunicações dos usuários sobre seus problemas de saúde, neste estudo, foram parte de um todo que procurou identificar a opinião dos participantes sobre saúde, problemas de saúde, determinantes da procura pelo serviço, expectativa de atendimento, encaminhamento para integralização do atendimento e participação comunitária no que se refere à resolutividade dos serviços a eles disponibilizados.

A abordagem utilizada levou à apreensão do material empírico em uma aproximação íntima da pesquisadora com o objeto a ser investigado, que foi a opinião dos usuários sobre a resolução de seus problemas de saúde em uma unidade básica de saúde da rede pública estadual, do distrito 7 de Porto Alegre.

3.2 Aspectos éticos

A preocupação com os princípios éticos esteve presente durante todo o período de desenvolvimento da pesquisa, procurando proteger os direitos dos usuários envolvidos no estudo, levando-se em consideração as Normas de Pesquisa em Saúde existentes no Brasil, principalmente no que se refere ao princípio de autonomia, conforme resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e os aspectos éticos para pesquisas em enfermagem expressos por Polit e Hungler (1995). Foi encaminhado ofício de solicitação de autorização para a realização do estudo à Secretaria Estadual de Saúde/Escola de Saúde Pública/Centro de Saúde Murialdo, que permitiram a realização do estudo.

Para os usuários, foi utilizado o termo de consentimento informado (Apêndice A) segundo Goldim (1997), em duas vias, com cópia para a pesquisadora e para os participantes do estudo. Foi garantido o seu anonimato e o direito de interromper a entrevista em qualquer momento de sua realização. Cabe informar, também, que foram omitidos nomes de profissionais e instituições de saúde cujas identificações nominais fluíram espontaneamente nas comunicações dos participantes. Saliente-se que os participantes não tinham relação anterior com a pesquisadora.

3.3 Local de realização do estudo

O local selecionado para este estudo foi uma das unidades básicas de saúde (UBS) do Centro de Saúde Murialdo no bairro Partenon (Anexo A), em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, indicada pela coordenação do serviço dentre as UBSS existentes naquele sistema de saúde. O motivo da escolha por um serviço de saúde comunitária deveu-se aos fatos de que o mesmo trabalha com uma filosofia de regionalização em rede de serviços, com uma população com referencial geográfico

definido, de estar há quase trinta anos em rede ambulatorial através de postos avançados (UBS) e de ter programas de ensino, principalmente de pós-graduação, desde a década de 70, com residências multiprofissionais, além dos já referidos na introdução deste estudo.

A medicina social teve início no Rio Grande do Sul na década de 60 como campo de estágio em saúde pública, denominado na data de sua criação como Centro Social São José do Murialdo, localizado na região do Grande Partenon, que à época caracterizava-se por uma população de aproximadamente 30 mil habitantes distribuídos em seis mil famílias, abrangendo diversas vilas que compõem a região.

Na década de 70, foi coordenado pelo visionário Dr. Ellis D'Arrigo Busnello e um grupo de profissionais de saúde, tendo sido o primeiro programa de saúde geral comunitária voltado ao atendimento de famílias e envolvendo a comunidade instalado em nosso estado e pioneiro no país.

Hoje, este serviço está integrado à Escola de Saúde Pública da Secretaria Estadual de Saúde/RS, sendo o setor dessa secretaria que, na década de 70, implantou o modelo alternativo de prestação de serviços chamado de saúde comunitária. Seus objetivos desde a sua implantação foram, além de buscar elevar o nível de saúde da população por meio de atividades de promoção e manutenção à saúde, combater os fatores de risco a indivíduos e a grupos, dentro de um conceito de saúde-doença que possibilitasse a integralidade do atendimento. Incluía treinamento em serviço com o desenvolvimento de programas integrados ao serviço e de atividades de ensino, com atendimento domiciliar e de grupos, e a auto-aprendizagem, preconizada pela saúde comunitária (RIO GRANDE DO SUL, 1983).

A equipe de cada uma das UBSs, conhecida como equipe primária, é constituída por médicos especialistas em medicina geral comunitária, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, residentes de diferentes áreas profissionais, estagiários e médicos especialistas. O objeto de todas as ações das equipes de saúde e

denominador de seu serviço foi, desde sua criação, a de atender uma população geograficamente definida. As UBSs que compõem a atenção básica são coordenadas pela sede central do Sistema de Saúde Murialdo, que acompanha as ações desenvolvidas na rede de serviços. A sede central é composta por um ambulatório que atende das 8:00 as 22:00 horas e é referência em algumas especialidades de atenção secundária. Conta, em seu quadro de recursos humanos, com um total de 175 funcionários, sendo que 139 destes possuem formação na área de saúde e 36 são da área de apoio administrativo.

Para o desenvolvimento do atendimento à população, o Centro de Saúde Murialdo trabalha com a supervisão de especialistas ginecologistas-obstetras, psiquiatras, entre outros, e de equipes multiprofissionais constituídas por nutricionistas, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos e médicos gerais comunitários.

Na sede central do sistema concentram-se atividades gerenciais, de atendimento e encaminhamento e de infraestrutura para o suprimento de material permanente e de consumo no abastecimento da rede de UBSs que o compõem, havendo, ainda, suporte teórico-metodológico de ensino para as residências multiprofissionais. Possui, também, laboratório de análises clínicas próprio, eletrocardiografia, central de atendimento odontológico, bem como refeitório para funcionários e estudantes em formação.

Os serviços de saúde que compõem esse sistema são o Centro de Saúde Murialdo (CSM) e os postos avançados de saúde (UBS) localizados no distrito de saúde 7 - Partenon.

A municipalização da Saúde de Porto Alegre ocorreu em 1996, e cabe salientar que o Centro de Saúde Murialdo (CSM) e suas UBSs são os únicos serviços ambulatoriais estaduais ainda não municipalizados.

Em 1997, o Centro de Saúde Murialdo prestou 304.800 atendimentos, com uma média mensal aproximada de 25.400 atendimentos/mês (RIO GRANDE DO SUL, 1997). Esse serviço, quando foi criado na década de 70, atendia

aproximadamente 30.000 habitantes. Segundo dados de 1996, a população do distrito 7 é composta por 104.315 habitantes (PORTO ALEGRE, 1996).

3.4 Participantes do estudo

A amostra deste estudo foi intencional e constituída por sujeitos sociais vinculados ao problema a ser investigado e oportunizou a diversidade de usuários que buscam atendimento na UBS, excluindo-se as crianças.

Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas, com 25 participantes, sendo 17 mulheres e 8 homens, com idades que variaram de 16 a 73 anos, todos moradores do distrito 7, com uma média de utilização dos serviços da UBS de 11 anos e 2 meses. Buscou-se captar o discurso do usuário e, a partir dele, identificar sua compreensão sobre saúde, problemas de saúde, os determinantes da procura pelo serviço, as expectativas de atendimento e seu encaminhamento, a resolutividade de seus problemas de saúde e a sua participação em movimentos organizativos e/ou associações comunitárias.

Tendo sido intencional a amostra deste estudo, houve, portanto, o privilegiamento de sujeitos sociais que detinham, entre os atributos necessários, utilizar os serviços de saúde da UBS no mínimo há 3 anos e entrevistá-los logo após o seu atendimento na unidade.

A fim de preservar o anonimato dos participantes, eles foram denominados por nomes bíblicos. Essa escolha ocorreu, também, por ter-se utilizado neste estudo a análise de conteúdo de Bardin (1977) na interpretação dos dados, que é uma técnica milenar utilizada na Antigüidade na arte de interpretar textos sagrados (exegese).

A seguir, apresentamos alfabeticamente a denominação dos sujeitos pelo codinome atribuído e as características consideradas necessárias para uma melhor compreensão das informações apresentadas.

- ANA, 32 anos, 1º grau incompleto, não trabalha, utiliza os serviços da UBS há 13 anos.
- DALILA, 20 anos, 1º grau incompleto, atendente de lancheria, utiliza os serviços da UBS há 13 anos.
- DAVI, 57 anos, 1º grau completo, jardineiro, utiliza os serviços da UBS há aproximadamente 20 anos.
- DÉBORA, 16 anos, 1º grau incompleto, babá, utiliza os serviços da UBS há 3 anos.
- DINÁ, 35 anos, 1º grau incompleto, doméstica, utiliza os serviços da UBS há 10 anos.
- ESTER, 46 anos, 1º grau completo, não trabalha, utiliza os serviços da UBS há 12 anos.
- EVA, 32 anos, 1º grau incompleto, desempregada, utiliza os serviços da UBS há 12 anos.
- JOÃO, 34 anos, 1º grau completo, trabalha em casa de religião, utiliza os serviços da UBS há aproximadamente 20 anos.
- JOSABETE, 22 anos, 2º grau completo, estudante, utiliza os serviços da UBS há 3 anos.
- JOSÉ, 27 anos, 2º grau incompleto, gari, utiliza os serviços da UBS há 18 anos.
- JUDITE, 21 anos, 1º grau incompleto, não trabalha, utiliza os serviços da UBS há 7 anos.
- LEÁ, 20 anos, 1º grau incompleto, desempregada, utiliza os serviços da UBS há 16 anos.
- MADALENA, 41 anos, 1º grau incompleto, doméstica, utiliza os serviços da UBS há 6 anos.
- MATEUS, 54 anos, 1º grau incompleto, autônomo, utiliza os serviços da UBS há 10 anos.

- MILKÁ, 24 anos, 2º grau completo, comerciária, utiliza os serviços da UBS há 4 anos.
- MOISÉS, 43 anos, 1º grau incompleto, funcionário público, utiliza os serviços da UBS há aproximadamente 13 anos.
- PEDRO, 53 anos, 1º grau incompleto, desempregado, utiliza os serviços da UBS há 5 anos.
- RAQUEL, 22 anos, 1º grau incompleto, servente de limpeza, utiliza os serviços da UBS há 12 anos.
- REBECA, 30 anos, 2º grau incompleto, comerciária, utiliza os serviços da UBS há 4 anos.
- RUTE, 27 anos, 1º grau incompleto, auxiliar de cozinha, utiliza os serviços da UBS há aproximadamente 13 anos.
- SALOMÉ, 62 anos, analfabeta, servente de condomínio, utiliza os serviços da UBS há 20 anos.
- SAMUEL, 73 anos, 1º grau incompleto, aposentado, utiliza os serviços da UBS há 9 anos.
- SARA, 59 anos, analfabeta, não trabalha, utiliza os serviços da UBS há aproximadamente 13 anos.
- SUZANA, 20 anos, 1º grau incompleto, não trabalha, utiliza os serviços da UBS há 9 anos.
- TIAGO, 67 anos, 1º grau incompleto, mestre de obras, utiliza os serviços da UBS há 15 anos.

No intuito de chamar a atenção sobre o tempo de utilização dos serviços da UBS pelos usuários, foi elaborado um quadro relacionando a denominação dada aos sujeitos, a idade, e a modalidade de procura pelo serviço.

Quadro 1 – Características dos sujeitos conforme sua denominação, tempo como usuário do serviço da UBS, idade e modalidade de consulta. Porto Alegre, 2000.

Denominação dos sujeitos	Tempo como usuário da UBS	Idade	Consulta	
			agendada	espontânea
Débora	3 anos	16 anos	X	
Josabete	3 anos	22 anos	X	
Milká	4 anos	24 anos	X	
Rebeca	4 anos	30 anos		X
Pedro	5 anos	53 anos		X
Madalena	6 anos	41 anos		X
Judite	7 anos	21 anos		X
Samuel	9 anos	73 anos		X
Suzana	9 anos	20 anos	X	
Diná	10 anos	35 anos		X
Mateus	10 anos	54 anos	X	
Ester	12 anos	46 anos		X
Eva	12 anos	32 anos	X	
Raquel	12 anos	22 anos	X	
Ana	13 anos	32 anos	X	
Dalila	13 anos	20 anos		X
Moisés	13 anos	43 anos		X
Rute	13 anos	27 anos		X
Sara	13 anos	59 anos		X
Tiago	15 anos	67 anos	X	
Leá	16 anos	20 anos	X	
José	18 anos	27 anos		X
Davi	20 anos	57 anos		X
João	20 anos	34 anos		X
Salomé	20 anos	62 anos	X	

3.5 Coleta de dados

A coleta dos dados teve início após a qualificação do projeto de pesquisa e a autorização pela Secretaria Estadual de Saúde para a sua realização. A entrada no campo ocorreu pelo contato da pesquisadora através de reunião agendada com a coordenação do Centro de Saúde Murialdo, que designou uma dentre as UBSs que compõem a rede de seus serviços, localizada no distrito 7, para a realização do estudo.

A técnica utilizada para a coleta de dados deste estudo foi a entrevista semi-estruturada (Apêndice B). Lakatos e Marconi (1985, p. 173), sobre a técnica da entrevista, afirmam que ela “é um instrumento por excelência da investigação social para a coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social.”

A testagem do instrumento de entrevista foi realizada através de cinco entrevistas piloto, com usuários da sede central do sistema, Centro de Saúde Murialdo. Cabe salientar que estas pessoas não foram incluídas como participantes no estudo. A aproximação formal com a UBS designada foi estabelecida em uma reunião com a coordenação da unidade e os profissionais que compõem a equipe, possibilitando a apresentação e a informação da realização do estudo e seus objetivos, bem como a apreciação do instrumento de entrevista a ser utilizado para a coleta de dados junto aos usuários.

O instrumento foi reformulado pela adição de uma questão sugerida pela equipe de saúde e que passou a integrar o instrumento de coleta de informações do estudo como questão quatro, “o que é saúde para você?” (Apêndice B).

As 25 entrevistas foram realizadas individualmente e em diferentes dias da semana (de segunda à sexta-feira), no turno da manhã e, prioritariamente, no da tarde, tendo em vista os horários de atendimento oferecidos pela UBS com a

concentração de consultas nesse turno. O período de sua realização foi de abril a novembro de 2000.

Foi disponibilizada pela coordenação da UBS uma sala/consultório (nos intervalos entre consultas) para a realização das entrevistas, o que possibilitou manter condições de privacidade e confidencialidade.

Quando o usuário era liberado do seu atendimento, apresentava-me como aluna da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, do Programa de Mestrado em Enfermagem, e convidava-o a participar da entrevista, esclarecendo os objetivos da mesma. Em todas as abordagens para a participação não houve nenhuma discordância por parte dos usuários em participar e prestar as informações solicitadas. Foi importante a receptividade, a disponibilidade e o interesse dos mesmos em colaborar com suas informações.

Antes de dar início às entrevistas, foi realizada a leitura em voz alta do Termo de Consentimento Informado (Apêndice A) para o usuário, sendo enfatizado o seu direito de interromper em qualquer momento a entrevista se assim desejasse. Com o seu consentimento, foi solicitada a sua assinatura no Termo de Consentimento Informado (em duas vias), onde constaram as assinaturas da pesquisadora e do entrevistado, sendo fornecida a cada participante do estudo uma cópia e a outra mantida com a pesquisadora. O termo de consentimento informado dos dois participantes analfabetos foram testemunhados pelo vigilante da UBS.

Constatado que o usuário preenchia os critérios estabelecidos para sua inclusão no estudo, iniciava-se o preenchimento dos dados de identificação do instrumento de coleta de dados (Apêndice B) a partir de suas informações. No momento subsequente, foi realizada a entrevista propriamente dita, através de um roteiro composto por onze questões abertas, pertinentes aos objetivos propostos no estudo e com o consentimento do usuário para a utilização de gravador e o registro em fitas cassete, dispensando a necessidade de realizar anotações e possibilitando a fidedignidade de seu conteúdo.

Buscou-se, no universo de sujeitos, a maior diversidade possível de participantes, de forma a contemplar as diferentes perspectivas do problema e a obtenção de uma saturação adequada.

A coleta de dados foi encerrada quando as informações tornaram-se coincidentes e repetitivas, sendo consideradas suficientes pelo critério de saturação de dados conforme Polit e Hungler (1995).

As entrevistas tiveram duração, em média, de quinze minutos, e foram posteriormente transcritas na íntegra com o auxílio de microcomputador. Com o intuito de manter os subsídios das falas dos participantes para eventuais necessidades de esclarecimentos no processo de defesa da dissertação, elas serão desgravadas após cinco anos desta etapa, segundo resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

4 Análise e interpretação dos dados

Para a análise dos dados desta pesquisa, foi utilizado o método de análise de conteúdo de acordo com Bardin (1977), por possibilitar a descrição do conteúdo manifesto pelos sujeitos, para sua posterior interpretação. Para a esquematização do processo gradativo de categorização seguiu-se Moraes (1999), conforme Anexo B.

A análise de conteúdo preocupa-se em articular o desejo de rigor e precisão científica com a necessidade de descobrir, ir além das aparências (BARDIN, 1977). Para essa autora, a análise de conteúdo pode ser entendida como o conjunto de técnicas de análise das comunicações que busca, através de procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens de seus participantes. A autora salienta a obtenção de indicadores que permitem inferências de conhecimentos relativos às condições de produção ou recepção das mensagens, não se restringindo apenas ao manifesto pelos sujeitos.

As **fases da análise** de conteúdo indicadas por Bardin (1977) realizam-se em três momentos cronológicos.

A primeira é chamada de **pré-análise**, e tem como objetivo a organização e a sistematização das idéias iniciais, onde se recorre à leitura flutuante (leitura repetida e exaustiva das mensagens em estudo) visando a aproximação do pesquisador com o conteúdo das informações dos participantes. Essa aproximação possibilita ao pesquisador imergir-se em impressões (impregnação) e orientações que levem à condução e determinação da análise, permitindo a formulação de hipóteses ou indicadores, que fundamentem a interpretação final.

A segunda fase caracteriza-se pela **exploração do material ou análise**, onde o conteúdo manifesto pelos participantes foi dividido em unidades de

significado (unitarização) para sua posterior codificação. A análise torna-se um processo de ir e vir constante, que se consolida somente na última fase.

A terceira e última fase é chamada de **interpretação dos dados**, na qual se busca atingir a interpretação final dos resultados obtidos pelo agrupamento das unidades de significação e dos conteúdos que se consolidam em temas a serem analisados.

No processo de **análise dos dados**, foram considerados o embasamento teórico e os objetivos indicados para o desenvolvimento da pesquisa, e ela foi realizada a partir dos aspectos identificados nas respostas dos participantes às questões das entrevistas, que obtiveram um total de 275 informações e que, após o seu exame, possibilitaram a reunião, a ordenação e a descrição dos dados e seu agrupamento, com a criação de categorias temáticas para a sistematização, análise e interpretação dos resultados.

A análise seguiu os passos descritos por Bardin (1977) a seguir especificados:

- após a transcrição das fitas, procedeu-se à leitura exaustiva do conteúdo das entrevistas;
- todas as entrevistas foram identificadas numericamente de 1 a 25 e receberam o codinome de seus participantes. Em seguida, o seu conteúdo foi dividido em unidades de significado e agrupado de acordo com a similaridade apresentada, classificando-se as convergências e respeitando-se as divergências (Anexo B);
- as unidades de significado foram categorizadas, dando origem aos subtemas. Esses subtemas sofreram nova análise e originaram as categorias finais ou temas propriamente ditos.

Os resultados dessa dissertação serão divulgados na academia, na comunidade estudada e para profissionais que desenvolvem atendimento a usuários em UBSs, na tentativa de contribuir de alguma forma para que o atendimento possa ter a resolutividade pretendida pelo usuário e preconizada pelo sistema de saúde.

A seguir, estão identificados os temas que emergiram da análise.

Quadro 2 – Temas e subtemas do estudo:

4.1 Tema um:	<i>Opinião dos usuários da unidade básica de saúde sobre saúde e problemas de saúde</i>
4.1.1	O processo saúde-doença como dimensão individual e coletiva
4.1.2	Qualidade de vida, autonomia, produtividade e a inserção social
4.2 Tema dois:	<i>Determinantes da procura pelo serviço</i>
4.2.1	Atendimento para o enfrentamento de doenças agudas, crônicas e emergenciais
4.2.2	Atendimento preventivo e/ou promocional de saúde
4.2.3	Atendimento complementar às necessidades sócio-econômicas e terapêuticas
4.3 Tema três:	<i>Expectativas dos usuários com relação ao atendimento na unidade básica de saúde</i>
4.3.1	Qualidade no atendimento: acolhimento, competência e agilidade
4.3.2	Condições de trabalho do profissional cuidador
4.3.3	Melhoria de condições organizacionais e tecnológicas
4.4 Tema quatro:	<i>A presença de resolutividade dos problemas de saúde no atendimento aos usuários na unidade básica de saúde</i>
4.4.1	Condições propícias à sua obtenção
4.4.2	Condições restritivas ao seu alcance
4.4.3	Encaminhamento para integralização do atendimento
4.5 Tema cinco:	<i>O processo participativo em movimentos organizativos e/ou associações comunitárias</i>

4.1 Tema um: Opinião dos usuários da unidade básica de saúde sobre saúde e problemas de saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1976) conceitua saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não como apenas a ausência de doença ou enfermidade.

Em muitas sociedades não industrializadas, a saúde é definida como o equilíbrio no relacionamento do homem com o homem, com a natureza e com o mundo sobrenatural (HELMAN, 1994).

As comunidades ocidentais, na sua grande maioria, são menos abrangentes em suas definições de saúde, mas incluem também em seus conceitos aspectos físicos, psicológicos e comportamentais.

No conceito assegurado na Constituição Brasileira (BRASIL, 1988), a saúde, em nosso meio, deixa de estar no campo restrito da visão biológica da medicina e do individual para situar-se no interior da organização social e, portanto, do coletivo. Apesar do mérito do novo conceito de saúde em nosso país, que tenta articular saúde e sociedade, a sua abordagem constitui-se apenas em uma parte dos problemas sociais que poderiam levar à transformação da sociedade brasileira em seu todo.

Conforme Lunardi (1999), nos países desenvolvidos, onde determinadas condições de vida já foram alcançadas, suas populações continuam apresentando doenças por outras causas que, às vezes, não são resultantes somente das condições sociais, mas que representam condições individuais de quem adoece.

Segundo Ianni (2000), saúde e doença devem ser entendidas como fenômenos do processo da vida, que variam conforme os tempos, os ambientes, e os contextos ecológicos. Sendo estes conceitos muitos variáveis, eles são também dinâmicos, históricos e estão em contínua transformação, dependendo das condições de vida das populações e das culturas de cada época.

As informações da autora têm abrigo nas considerações de Helman (1994) quando pondera que, assim como o significado atribuído aos sintomas da doença quanto à sua reação individual e emocional a esses sintomas, a sua influência não está contida só no *background* do indivíduo e sua personalidade, mas eles estão intrinsecamente ligados ao meio cultural, social e econômico em que ocorrem.

Assim como Helman (1994) e Ianni (2000), Teixeira (1997) ressalta que a saúde só pode ser entendida no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento.

Para Ianni (2000), a saúde não pode ser definida somente em termos objetivos ou absolutos, e é impossível pensá-la de forma reducionista como apenas a ausência de doença.

Analisando as informações sobre saúde, a partir das opiniões dos usuários, elas emergiram como um valor individual referindo-se a sofrimento, desequilíbrio e dependência ligados à ausência de doença, ou como um bem-estar, produtividade e qualidade de vida, referidos como uma condição que possibilite a sua inserção social. A dimensão biológica aparece claramente na referência às doenças, à fisiologia, às patologias, à incapacidade e dependência de auxílio. A social é representada e relacionada às condições e determinantes sociais.

Para a informante Eva, “saúde é não ter doença.”

No entanto, para Leá, “saúde? É bem-estar, não, é? Porque... Claro, se não se tem saúde em primeiro lugar, não se pode fazer nada.”

No discurso de Eva, o entendimento de saúde é o da ausência de doença e no de Leá, o bem-estar. Através dessas declarações, identificam-se tanto o conceito biológico de saúde, em que a saúde é compreendida como ausência de doença, como o conceito social-biológico, que define a saúde como bem-estar.

Para Castellanos (1991), à medida em que o setor saúde implanta e/ou implementa suas ações de saúde, por sua equipe, em seus serviços, ele imprime

determinada compreensão pela opinião pública de um conhecimento sobre esses conceitos.

Evidencia-se que, para usuários na faixa etária abaixo de 30 anos, neste estudo, esses conceitos modificam-se e aparecem não só como social-biológico, mas identificados com a definição atualmente adotada pelo SUS.

Assim, quando examinamos a definição de uma participante jovem, como Débora, 16 anos, outros determinantes são referidos: “Saúde é viver, poder ir para a escola, ter amigos. Se estou doente, não vou poder sair, ir no parque, no shopping, me divertir. Eu não vou poder me divertir se estiver doente.”

Encontramos, no seu conceito, um agregado abrangente de valores como a educação, as relações sociais e o lazer, que não são alcançados apenas por condições biofísicas, mas também por condições psicossociais. Podemos inferir que o estar saudável e ter saúde, para ela, é uma condição para viver bem e desempenhar funções sociais. No seu caso, o acesso à escola e ao lazer são considerados como condições necessárias para viver bem. Ter saúde, para Débora, aproxima-se do conceito expresso pelo SUS, enquanto que usuários de faixas etárias mais elevadas utilizam ainda os conceitos de saúde de décadas passadas, como os da ausência de doença e o bem-estar – o que confirma as afirmações do autor citado anteriormente.

Moura (1989, p. 102) salienta que:

quando o ambiente oferece segurança física, imediações agradáveis, participação social construtiva e acesso a serviços necessários (educacionais, sanitários e coletivos), bem como os benefícios de cultura e lazer, seus efeitos são positivos à saúde.

As ponderações de Moura também mostram sentido na análise do relato de Débora.

Os participantes, de um modo geral, associam o termo saúde à idéia de ausência de doença e sofrimento, que é passível de uma apreensão quantitativa mais fácil, enriquecida por uma linguagem corporal altamente expressiva, possibilidade que não é tão evidente em relação à saúde referida como bem-estar,

dato que fatores de ordem subjetiva trazem em si um papel imbuído de emoção, fragmentação e ambigüidade.

A tendência a conceber a saúde como ausência de sofrimento individual (doença) e bem-estar tem representação nas comunicações de Suzana e de Mateus. Suzana diz que saúde “é estar bem, não ter nada, não ter dor.”

Para Mateus, “saúde é estar passando bem, não estar doente, não ter problema nenhum.”

Suzana e Mateus, ao definirem saúde, referem-se a uma linguagem corporal, um acontecimento que se desenvolve num corpo individual biológico, e que sua ausência produz dor, desconforto e doença – carências reveladoras imediatas de mecanismos de queixas e que podem ser identificadas como ausência de saúde e, assim sendo, a sua concepção de saúde é de ausência de doença, e que somente a sua ausência pode gerar bem-estar.

A sensação de bem-estar informada por Milká e Josabete, que é menos evidentemente percebida, mas que pode ser entendida como algo desejável, como um estado a ser alcançado e como um objetivo a ser atingido, é expressa, respectivamente, da seguinte forma: “A pessoa sente-se bem. Imagina não ter dor, não ter nada, não sentir nada, não tem coisa melhor. Daí, é saúde perfeita.” “Saúde? Saúde é estar bem fisicamente e espiritualmente. Acho que é estar bem consigo mesma.”

Para Carvalho (1996, p. 119), apelos materiais e simbólicos são “vendidos” para mudanças nos estilos de vida e entendidos na dimensão individual como o prolongamento da juventude, afastamento da doença e postergação da morte. A autonomização referente a contextos sem qualquer relação de determinação ou causalidade prévia da saúde, como os hábitos saudáveis, são “vendidos” pelo mercado como o caminho eficaz para a “saúde perfeita”, o que se pode inferir da comunicação de Milká. A recente utopia com o “culto ao corpo” vem se firmando como uma espécie de estética sanitária interessada nas virtualidades biológicas de ser saudável.

“Estar bem consigo mesma” foi considerado por Josabete como saúde. Nestes casos, a saúde é resultante de contradições internas, ou seja, das relações do indivíduo com ele mesmo em relação à sua totalidade física e espiritual.

No caso de Milká, a saúde é percebida, também, como um ideal a ser alcançado “sem dor” e com “saúde perfeita” e, para Josabete, verifica-se que o emocional/espiritual aparece como um componente psicológico e, como tal, encontra-se agregado às singularidades biopsíquicas, que inferem imagens próprias construídas a partir do conhecimento que o indivíduo tem sobre saúde-doença e sobre a imagem sadia que idealiza de si mesmo.

A vinculação da saúde, por parte de usuários, à ausência de doença ou a uma condição e, até mesmo, com um estado de bem-estar é algo que é sentido por eles como experiências próprias e, por isso, subjetivas: não ter doença, sentir-se bem, estar saudável e estar bem consigo mesmo.

Constata-se nos casos de Suzana, Mateus, Milká e Josabete que a saúde é um sentir que lhes é próprio, intransferível e individual, sem considerar outros determinantes em sua concepção.

Castellanos (1991) assinala que os conceitos tradicionais de saúde e enfermidade abriram espaços para confrontação com desenvolvimentos conceituais e metodológicos mais abrangentes, com maior possibilidade de apreender a capacidade real dos processos determinantes da saúde-doença e da superação da visão simplista e unilateral de descrever e explicar as relações entre os processos mais gerais da sociedade com a saúde dos indivíduos e dos grupos sociais.

Ester comunica outros determinantes da saúde, como compromissos familiares, ao defini-la:

Saúde, eu acho, começa já dentro de casa; a gente tendo que organizar a alimentação das crianças, a higiene, tudo, sabe... Então, a gente começa pela alimentação deles. Na alimentação, eu procuro dar o que é mais indicado e que eu tenho possibilidade de dar.

Quando Ester manifesta, através de sua informação, que saúde é também “organizar a alimentação das crianças e a higiene”, a condição subjacente que se traduz é de que a alimentação e a higiene permitem a manutenção da saúde

de sua família e do meio que a cerca. A interação com o meio, nesse caso, possibilita modificá-lo e ajustá-lo aos seus interesses. A partir da desarmonia com o meio, a saúde estaria em risco. Sua explanação sobre saúde transcende o patológico e atinge o social.

Para João, a sua falta de saúde tem conotação de castigo, punição, que ele atribui ter sido provocado por ele mesmo pela prática da auto-medicação: “Eu estou com um problema de ter me medicado muito em casa, e hoje eu não tenho me dado bem. Hoje estou sentindo a repercussão, e certos remédios não me fazem mais efeito.”

As concepções de saúde de Ester e João evidenciam o homem como o grande causador da doença, ou seja, ele é corresponsável pela presença ou ausência de saúde no seu organismo, em seu ambiente e em sua vida.

Conforme Lefèvre (1999) e Ianni (2000), a saúde pode ser compreendida como um estado, uma condição. Esta forma de entender a saúde, a falta de elementos e as dificuldades para defini-la fazem com que não se consiga dissociá-la da doença.

A doença individual, bem como a adversidade coletiva, são usualmente integrantes das dimensões psicológicas, morais e sociais de determinada cultura em particular, e devem ser examinadas para a compreensão do modo como os indivíduos interpretam seus problemas de saúde e como respondem a eles (HELMAN, 1994).

Um foco importante na discussão sobre saúde é o problema de saúde, ou seja, qual e como é interpretado pelos usuários, pelos profissionais e pelos serviços.

Merhy et al. (1991) afirmam que definir qual é o problema tem, como pano de fundo, um conceito sobre saúde-doença que orienta as ações, isto é, os conhecimentos que possibilitam compreender e definir os problemas dos usuários e que se traduzem no tipo de leitura que se realiza sobre eles.

Recorrendo ao contexto teórico, temos em Mendes (1996, p. 249) que o problema apresenta-se como “[...] a formulação para um ator social de uma discrepância entre a realidade constatada ou simulada e uma norma aceita ou criada como referência”, ou seja, é a evidência da diferença entre o que é e o que deveria ser, conforme os valores e padrões desejados na visão de um ator social.

Leá, Mateus e Rute são unânimes ao definir problema de saúde: “É uma doença.”

Para Davi, “problema é doença, falta de remédio, falta de saúde. Se não tiver remédio, não adianta ter posto.”

O problema de saúde comunicado pelos usuários – principalmente por Davi – é, antes de se tornar um objeto exterior ligado ao seu atendimento, uma necessidade, uma carência sua. Ocorre que nem sempre esta carência torna-se um problema de saúde para o profissional de saúde que lhe atende ou para o serviço que ele procura.

Suzana diz: “O problema mesmo é vir num posto, estar com aquele problema e não te atenderem, ter aquela burocracia para te atender. Aí o posto sempre acha uma desculpa para não te atender, é um problema.”

A acessibilidade aos serviços deve ser garantida na atenção à saúde de forma contínua e organizada, não só através do planejamento adequado das ações e localização geográfica, mas pelo acesso econômico na remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição do usuário, pelo acesso cultural, com a adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em que se inserem, e, também, pelo acesso funcional, através da oferta em disponibilidade contínua de serviços oportunos e adequados às necessidades do usuário sempre que ele precisar (UNICEF, 1979).

Para Merhy (1994), uma maneira de manejar a cegueira situacional em que estão imersos os profissionais de saúde é a de incorporar a visão dos usuários e o que eles têm a dizer sobre o atendimento a eles disponibilizado.

Essa abertura à escuta e à interpretação dos ruídos que os problemas provocam no cotidiano dos serviços pode possibilitar uma ação estratégica comunicacional de forma coletiva e compartilhada, com foco na “[...] possibilidade de tratá-las do ponto de vista das opções tecnológicas que as equipes dispõem no seu trabalho cotidiano, para o enfrentamento dos problemas de saúde que os usuários portam e representam nos serviços” (MERHY, 1994, p. 136).

Diná refere que: “Um problema de saúde pior do que a doença que a gente tem é a gente ser mal atendida e não ter o medicamento.”

Nos relatos de Davi, Suzana e Diná sobre problema de saúde, foram evidenciadas carências que superam o seu estado de doença e acham-se relacionadas à forma de atendimento e de organização apresentadas pelo serviço e que foram consideradas em seus relatos importantes à manutenção de sua normatividade vital.

Mas para José, “ah! problema de saúde é não ter força para levantar da cama e não ter força para trabalhar.”

E para Mateus, “problema de saúde é quando se está doente em cima de uma cama e não se pode fazer nada.”

José e Mateus percebem o problema de saúde como uma impotência funcional, indisposição, apatia e alteração do ritmo de vida que gera dependência, incapacidade e desequilíbrio. Conforme Guerra (1961), a doença, sob esse prisma, é um mal que ameaça a estabilidade do indivíduo, ocorrendo a ruptura de defesas que o conduzem à necessidade de dependência retirando a sua autonomia pelo seu mau estado, sua indisposição, sua falta de energia e seu desequilíbrio.

A definição médica para problema de saúde, na maioria das vezes, é entendida pelas mudanças físicas de estrutura e funcionamento do organismo que podem ser evidenciadas e quantificadas objetivamente com base em parâmetros fisiológicos considerados como normais.

Pedro considera que problema é “a gente sentir uma dor, sentir pressão alta, uma coisa assim...”

O entendimento de Pedro sobre problema de saúde é de algo que invade o corpo e está baseado em parâmetros fisiopatológicos que normatizam o estado saudável, o perfeito e o imperfeito, a anormalidade (CANGUILHEM, 1990).

As mudanças desta normalidade são compreendidas como entidades, com personalidade própria, que se traduzem por sinais e sintomas particulares como resultado de investigações científicas (HELMAN, 1994).

Na perspectiva de Helman (1994, p. 103), a medicina pressupõe que as doenças possam ser “universais em forma, desenvolvimento e conteúdo”, e que tenham uma identidade recorrente. Nesse aspecto, ele enfatiza que a medicina moderna valoriza mais a doença em suas dimensões físicas do que a saúde.

Há uma visão dualista da medicina sobre mente-corpo quando identifica somente disfunções físicas e ignora o indivíduo e seus atributos enquanto ser humano, reduzindo-o a um conjunto de fatores fisiológicos anormais.

Esta forma de entender a doença remonta ao século XVII, quando Descartes dividiu o homem em corpo, a ser estudado pela ciência, e mente, ou alma, como objeto da filosofia e da religião.

A mente humana, recentemente, tornou-se objeto de estudo dos psiquiatras e dos cientistas do comportamento e, ultimamente, inclusive, voltou a ser objeto dos filósofos, ao invés dos pastores religiosos (MARINOFF, 2001). O corpo continua sendo considerado como uma máquina animada e estudado pela ciência médica a partir de seus avanços tecnológicos no diagnóstico, o que demonstra que o dualismo ainda persiste (HELMAN, 1994).

Novaes, H. e Novaes, R. (1994) recomendam que há necessidade de uma maior reflexão no interior das práticas médicas sobre os princípios que as sustentam e de uma maior compreensão dos modos possíveis para que a sociedade vivencie e gerencie de forma mais transparente e menos dogmática os conflitos que ocorrem entre os seus interesses individuais e suas necessidades coletivas.

Para Raquel,

problema de saúde? Problemas de saúde são um câncer, a diabete, a obesidade, que também é um problema de saúde que eu estou passando

agora, e tem várias outras coisas, alcoolismo, drogas, isso tudo é problema de saúde.

Raquel considera as doenças como a maioria dos cidadãos comuns que, segundo Lefèvre (1999, p. 86), tornam-se “sofrimentos privados ou coisas que acontecem, ou que acabam por desembocar num corpo individual (não se concebendo, a não ser figurativamente, um corpo coletivo)”. As doenças, sob esse enfoque, são passíveis de terapêuticas, na sua maioria, por ações operadas em corpos individuais, como a ingestão de medicamentos e cirurgias.

Polak et al. (1996) referem que a idéia reichiana do câncer como uma doença está relacionada com a energia cotidiana ou por sentimentos bloqueados. Assim como a Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida (AIDS) apontaria o desvio de energias por sexo e drogas.

Milká considera que “problema de saúde é o caso do meu pai que tem problema no coração. Acho que é um problema de saúde grave, sério.”

Os problemas de saúde considerados por Raquel e Milká são relacionados a doenças físicas, tais quais são classificadas no plano médico-biológico. Para Polak et al. (1996, p. 15),

o corpo envolvido por um ser estranho, causando alguma espécie de mal, é como certos adultos percebem a doença. Em épocas passadas, a enfermidade era considerada como um ente concreto com existência própria, dependente do organismo penetrado, que produzia alteração. [...] Segundo esta concepção, enfermidade é um ser externo, com existência própria que entra e domina o organismo.

Rute refere: “problema? Uma doença grave. Eu acho o câncer, a AIDS.”

A AIDS, lembrada por Rute, é um exemplo eloqüente da necessidade de conectar diversos conhecimentos no processo de adoecimento do indivíduo, como os da biologia, do social e do cultural, tanto para compreendê-la quanto para tratá-la, e ela não pode ser encarada somente como uma disfunção física.

Segundo os autores citados anteriormente, a compreensão e a definição do processo de adoecer modifica-se conforme o desenvolvimento da humanidade. Com o passar dos anos, estigmas vão sendo abandonados à medida

em que a população obtém novas informações e conhecimentos são socializados. Cabe aqui referir as campanhas educativas sobre a AIDS e a sua contribuição para desmistificar e superar preconceitos. Os esclarecimentos através dessas campanhas possibilitam o enfrentamento da doença, embora seja um processo lento que envolve mudanças comportamentais e de valores sociais e culturais da sociedade.

A complexidade de determinado quadro sanitário emergente exige a configuração de fatores e situações não só biológicas, mas demográficas, sociais, culturais, econômicas e políticas, que dificilmente serão apreensíveis através das abordagens quantitativas clássicas (CARVALHO, 1996).

Para Ester e Sara, os seus problemas de saúde não são só individuais, mas estão ligados ao seu mundo cotidiano e ao seu contexto ambiental e ecológico, referindo-se a necessidades mais abrangentes.

Ester informou que:

Problema de saúde eu considero uma pessoa que tem sujeira dentro de casa, como eu vejo muitas. A gente ser pobre não é defeito, defeito é manter a sujeira dentro de casa. Eles não se preocupam em juntar o lixo do pátio e pôr lá embaixo pro lixeiro levar [nos becos da vila não há recolhimento de lixo]. Isso aí já é falta de saúde, começa por aí, porque isso traz inseto pra dentro de casa e se prolifera a doença.

A preocupação com a saúde trazida principalmente por Ester e, a seguir, por Sara, é uma preocupação determinada pelo contexto cotidiano em que vivem, o coletivo. Em comunidades e ambientes desfavoráveis, como os em que vivem muitos dos participantes deste estudo, existe o enfrentamento de problemas que não são só individuais, mas coletivos, como o referido acima por Ester e a seguir declarado por Sara em seu relato:

A gente pode morar numa maloquinha, mas tem que estar sempre limpa. Tem um guri que está criando um porco ali [aponta para a frente do posto]. Eu brigo muito por causa do porco, assim no meio dos vizinhos é ruim. Eles trabalham com papel. A gente está sempre brigando por causa da limpeza, apesar de que isso aqui tem rato que é um horror. Cada ratão que é quase do tamanho de um cachorro. Eu tenho um guri com onze anos, e, às vezes, ele passa até de madrugada com a ratoeira armada pra pegar os ratos, mas não dá conta, porque é muita coisa.

A população pobre, que enfrenta uma exigüidade de bens, busca a superação dessa escassez na produção de seus próprios bens úteis, através de

estratégias de apropriação, produção e reprodução de recursos do seu cotidiano. Impossibilitados de ter recursos para viver e diante da necessidade deles para sobreviver, os moradores que vivem em bairros próximos de grandes centros em estado de miséria produzem e reproduzem seus próprios bens para tocar a vida (IANNI, 2000). A utilização de atividades informais para gerir a sua sobrevivência e de seus familiares e, até mesmo, como um meio para manter condições mínimas de vida e de moradia, que, na maioria das vezes, é precária, torna-se a única opção possível encontrada por eles para o enfrentamento de suas adversidades cotidianas.

A saúde também depende do modo como se utiliza a moradia, e Sara expressou essa situação em detalhes. Mesmo que uma habitação tenha infraestrutura – e não é o caso da maioria dos participantes deste estudo – ela não protegerá nem proporcionará saúde se os seus ocupantes não possuírem objetivos saudáveis e não utilizarem seus poucos recursos com segurança. Se não mantiverem o espaço físico de forma a preservá-lo contra os fatores que trazem perigo à saúde, fatalmente ficarão doentes e as más condições de moradia colocarão em risco não só a sua saúde, mas também a do grupo social a que pertencem.

O controle e a vigilância de situações de risco devem ser priorizados pelas autoridades sanitárias, com orientação intersetorial articulada com outros segmentos sociais, através dos diversos canais e meios de comunicação. Não havendo essa possibilidade de controle, as exposições a agentes patogênicos como insetos e roedores podem afetar diretamente a saúde individual e coletiva desses indivíduos pelas infecções transmitidas por via oral, fecal ou por contato (MOURA, 1989).

No contexto teórico deste estudo, utilizamos referências de autores como Minayo (1993, p. 15), que salientam que os problemas de saúde são contingências humanas objetivas e subjetivas presentes em qualquer serviço e carregados de significação social. A autora afirma que “a saúde enquanto questão humana e existencial é uma problemática compartilhada por todos os segmentos sociais”.

No grupo estudado, além de problemas individuais, foram referidos outros problemas de natureza social, ligados a condições socio-econômicas precárias como os mencionados por Josabete: “Problema de saúde é a fome, a miséria e a pobreza. Apesar de que, para alguns pobres, pobreza não é sujeira. Tem muitos por aí que é uma sujeira só. Então traz muita, muita doença.”

A doença, assim como a fome e a miséria, tornam-se, em algumas sociedades, um mal necessário para a manutenção do domínio social. Suas causas são de difícil eliminação e não desaparecem enquanto existir poder, domínio e corrupção, pois é manipulada pelos detentores do poder econômico e político para a manutenção do *establishment* (BONTEMPO, 1990).

A intervenção efetiva em saúde necessita de uma abordagem integral dos problemas. Merhy (1994) considera que a clínica não poderia, sozinha, dar todas as respostas para as várias dimensões de como se apresentam os problemas de saúde dos usuários. Problemas, esses, que transcendem, na sua grande maioria, a questão individual. Torna-se, portanto, fundamental a associação de ações coletivas, que possibilitem identificar os problemas de saúde de determinada área populacional.

Os problemas de saúde apresentam causas multifatoriais como as referidas pelos participantes deste estudo, e o seu surgimento depende de inúmeros e complexos mecanismos.

Com base nos autores citados, podemos considerar que a saúde pressupõe a relação do ser humano com a sua realidade vivida (cultural ou societária), ou seja, o exercício da vivência e da reflexão crítica dentro de seu contexto. E ela ocorre através da resolução de problemas da sua realidade, constituindo-se como um processo de desenvolvimento dinâmico e de trocas contínuas, entre as pessoas, o grupo e a comunidade/sociedade.

O espaço específico da UBS não deve significar somente a definição de seu espaço geográfico. É também o local onde se torna possível compreender e

visualizar carências e necessidades de grupos sociais e os seus problemas de saúde, que são aportados, na maioria das vezes, como uma tentativa de encontrar soluções para situações que sozinhos não conseguem resolver.

Os discursos sobre saúde e problemas de saúde informados pelos participantes permitiram identificar a sua visão sobre saúde-doença, problemas de saúde e seus valores culturais, possibilitando, também, uma compreensão do seu mundo e do sentido por eles quando se sentem sadios e, principalmente, quando doentes. Permitiram, também, evidenciar a rede de relações existente entre eles e o seu ambiente, enfim, o seu contexto vivencial cotidiano na busca por resolver os seus problemas de saúde e na procura pela obtenção de melhores condições de vida.

4.1.1 O processo saúde-doença como dimensão individual e coletiva

Pela análise anterior sobre saúde e problemas de saúde e as contribuições advindas das comunicações dos usuários, entende-se como impossível a abordagem da saúde dissociada da doença, embora saúde e doença representem graus opostos e relativos entre si, nas suas variáveis biológicas e sociais. No entanto, saúde e doença foram referidos pelos participantes de forma dicotomizada.

Essa dicotomia entre saúde/doença e individual/coletivo no campo intelectual e prático da saúde é clássica. Essa divisão, conforme Carvalho (1996), tem raízes na tradição da medicina científica e de seu modelo biomédico quando ela estabeleceu o individual vinculado ao campo restrito da clínica e o coletivo, ao da saúde pública. Mas foi pela via da saúde pública que o social se incorporou e abriu caminho para o enfoque da subjetividade no âmbito do pensar e do fazer em saúde. A subjetividade, na dimensão individual, aparece na clínica como singularidades biopsíquicas. Foi através das teorias sociais que resultaram as chamadas teorias da

ação social em que é dada ênfase aos indivíduos e às suas ações nos processos de transformação social (ELSTER, 1994).

Ianni (2000) refere que saúde-doença são determinantes da adaptação do organismo humano no plano físico, mental e social às variáveis do meio em que ele vive.

Assim como não se pode dissociar saúde e doença, o individual e o coletivo devem também ser tratados como intrinsecamente ligados e complementares, uma vez que o homem é, por natureza, um ser que vive em sociedade e é dela dependente.

Segundo as ponderações da autora citada, saúde-doença é como um movimento, um processo de equilíbrio, desequilíbrio, adaptação, readaptação e desadaptação.

Milká traz essa idéia de movimento ao definir saúde, porém sua referência a saúde-doença é como um processo unicamente corporal compreendido a partir do seu organismo. Sua afirmativa lembra o pensamento cartesiano que vê a doença como o mau funcionamento do corpo, considerando-o semelhante a uma máquina animada. Analisemos a comunicação de Milká:

Eu não sei definir o que é saúde. É o organismo da gente. Então, tem hora que está bem, tem hora que não está... Quando não está bem, a pessoa fica doente. Quando está bem, a pessoa se sente bem, não tem dor, não sente nada, não tem coisa melhor.

A participante Milká, ao referir-se à saúde como um evento exclusivamente individual e biológico, traz, subjacente em sua mensagem, a idéia de que saúde é somente a ausência de doença. Esta visão da saúde tende a relacionar-se a uma existência dolorosa acompanhada pela freqüência alternada de sofrimentos físicos.

As doenças são ou acabaram se tornando, para os cidadãos comuns que vivem em bairros próximos de centros de agrupamentos urbanos, enquanto prática social, sofrimentos privados ou coisas que acontecem num corpo individual e alheio à concepção de um corpo coletivo, e são tratadas, em sua grande maioria, por intervenções operadas nestes corpos individuais (LEFÈVRE, 1999).

Suzana refere que saúde é:

Estar bem, não ter nada. Não ter uma dor, ter saúde, curtir, viver, estar bem, sempre sorrindo, sempre brincando. Quando a gente tem algum problema, alguma dor, certamente a saúde não está boa, a gente fica triste, não sai. Então, estando de bem com a vida, não tendo nada...

A visão de saúde trazida por Suzana é de que a saúde e a doença são conseqüência de uma existência feliz e alegre ou dolorosa e triste. Essa percepção, associada à existência humana e ao seu desequilíbrio, como uma sensação de alegria ou tristeza, pode transformar-se em um problema existencial, por referir-se à relação do indivíduo com o mundo de forma amena ou dolorosa.

De acordo com Pedro, saúde é: “Eu me sentir bem, não ter problema nenhum. Eu acho que isso é saúde.”

Tanto o exemplo de Suzana quanto o de Pedro referem-se à biologia individual quando concebem a saúde a partir da ausência de sofrimentos físicos. Para a participante Sara, no entanto, estar doente não significa apenas um evento biológico. Há uma projeção mais contundente, que se refere à incapacidade de trabalhar e, como conseqüência, uma ameaça à subsistência e sobrevivência de sua família. Em seu enfoque, Sara diz que: “A saúde é tudo, é a primeira coisa. Sou uma mulher que estou doente desde 1996, apesar de ter me operado. Eu tenho 24 filhos e eu não posso deixar eles assim, porque eu não tenho ninguém que cuide.”

Para Sara, o estar doente não significa somente um evento biológico, ela projeta o seu estado de saúde no seu efeito social (familiar) e, como possível conseqüência, a incapacidade ou o impedimento de cuidar de seus filhos.

Quando a saúde tem ênfase na sua utilização para o benefício de objetivos sociais, como descrito por Sara, ela é entendida como alienada do próprio indivíduo, segundo Queiroz (1991).

Os aspectos biológico e sócio-culturais do comportamento humano, no que se refere à saúde-doença e à forma como eles interagem no desenvolvimento da história humana, segundo a antropologia médica, são características fundamentais que influenciam tanto a saúde quanto a doença (HELMAN, 1994).

Salomé refere que:

Saúde é a gente não ter doença nenhuma, é estar sempre disposta a tudo. Mas eu, infelizmente, tenho muito problema de nervos, muitos problemas na família e tenho muitas doenças também. Eu tenho pressão alta, osteoporose, problema nas pernas – que eu não posso quase caminhar. Tenho varizes, que eu até quero ver se agora me encaminham para operar. Tenho uma série de problemas assim que eu tenho que vir no médico. Não posso deixar de vir. Seguidamente eu venho aqui por causa da dor nas pernas. É muita preocupação. Incomodação em casa é o que eu tenho bastante, por doença do meu filho e, quando eu me preocupo com ele, a minha pressão vai lá em cima. Essa noite – ele mora nos fundos da minha casa – ele passou a noite toda se aplicando. Eu tinha me deitado às dez e meia da noite e, com aquele temporal, me acordei. Fui olhar da minha porta da cozinha a casa dele. Eles estavam todos lá como uns loucos, todos se aplicando. Parece que tinha lá dentro uns dois ou três. Aquilo me deixou nervosa, me deixou preocupada, eu não dormi mais. Quando foi de manhã, eu cheguei aqui e estava com a pressão lá em cima.

No estudo das percepções e reações dos indivíduos às doenças, conforme o autor citado, aparecem como fatores importantes, os atributos sociais e culturais do cotidiano em que vivem. Seus conflitos pessoais e familiares, muitas vezes, são determinantes do seu estado de saúde-doença (HELMAN, 1994).

Barcellos (1995) indica que território e cotidiano podem ser noções que auxiliam a organizar visões de mundo, pois possibilitam a apreensão das relações contidas no campo social, onde está inserida a própria vida das pessoas.

É no cotidiano que a socialidade se materializa, onde uma série de experiências vividas, como as relações interpessoais e familiares trazidas por Salomé, e também as formas de morar, entre outras, podem e devem ser valorizadas em uma análise social.

Estudos publicados demonstram que a maioria das desigualdades na saúde não se referem somente às condições fisiológicas dos indivíduos, mas são socialmente determinadas pelas condições de vida como pobreza, desemprego, habitação inadequada, condições de trabalho estressantes e perigosas, suprimento alimentar escasso, suporte social e educativo deficientes assim como as questões ambientais (TEIXEIRA, 1997). Assim sendo, aspectos sociais, tecnológicos e processos econômicos podem determinar novas concepções do processo saúde-

doença em determinada sociedade e dar origem a um novo paradigma de atenção à saúde.

Para Almeida Filho (1982, p. 112-113), “[...] os fenômenos da saúde-doença são processos sociais e, como tal, devem ser concebidos como o que concretamente são: históricos, complexos, ambíguos e incertos.”

4.1.2 Qualidade de vida, autonomia, produtividade e a inserção social

As décadas de 80 e 90 foram precursoras de novas idéias sobre como cuidar da saúde, a fim de atingir-se uma melhor qualidade de vida. Indicações para a criação de alianças intersetoriais em prol da saúde e dos entornos propícios para assegurar a equidade no setor surgiram a partir de 1986, com a publicação da carta de Ottawa pela OMS, que recomendou o fortalecimento da promoção da saúde mediante ações comunitárias, com a habilitação das comunidades e das pessoas para que assumam o controle de sua própria saúde.

Segundo essa organização, preenchidas as condições recomendadas, os serviços de saúde promoveriam não só um estilo de vida saudável, mas também o bem-estar global do indivíduo e das coletividades.

A assistência médica deve ser entendida como parte de uma estratégia para se alcançar saúde, mas não pode ser o único ou principal eixo de atuação para atingir-se qualidade de vida (BECKER, 2002).

A qualidade de vida tem sido objeto de inúmeros movimentos sociais que buscam obter e garantir direitos à saúde, educação, trabalho e lazer, entre outros. Existe, hoje, um consenso sobre quais seriam os direitos básicos do cidadão e que seria até simples definir as condições mínimas que identificariam o seu reconhecimento.

Cada vez mais evidencia-se que o modelo biomédico, centrado no cuidado curativo, não é suficiente para enfrentar o adoecimento humano nos dias

de hoje e, menos ainda, de promover a saúde integral e melhorar a qualidade de vida.

Ocorre que contínuas redefinições originam-se de processos políticos e econômico-sociais diversos situados em diferentes países. Os países desenvolvidos são exemplo onde a população já tem seus direitos minimamente atendidos e gozam de uma expectativa de vida cada vez maior.

A reflexão que se faz neste momento, por um lado, é de que a ciência avança, atualmente, em tecnologias reprodutivas e engenharia genética, surgem novos medicamentos e aparelhos fantásticos, obtendo-se conquistas científicas como o mapeamento do genoma humano, e, por outro lado, constata-se que o homem não conseguiu conquistar ainda uma sociedade mais justa e menos violenta, que assegure a satisfação de necessidades básicas dos indivíduos e atendimentos de saúde suficientes e resolutivos, disponibilizados com equidade, acabando por comprometer, desta forma, a qualidade de vida da população usuária do sistema de saúde.

A realidade que se descortina a partir dos dados da Organização das Nações Unidas (ONU), divulgados na 2ª. Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Madrid na primeira quinzena de abril de 2002, apresenta estimativas de demógrafos que apontam que o número de pessoas com idade avançada duplicará na América Latina até o ano de 2050. De acordo com a ONU, essa perspectiva de envelhecimento da população, que ocorre no grupo de 80 anos ou mais, influenciará o crescimento econômico, investimentos e consumo, mercado de trabalho, pensões, impostos e transferência de capital e propriedades, assim como a assistência prestada de uma geração à outra. Essa projeção afetará a saúde, a assistência médica, a composição e organização familiar, a moradia e as migrações. A previsão é de que, em meados do século, idosos com mais de 80 anos representarão um quinto da população mundial, com um crescimento de 3,8% ao ano (NÚMERO DE IDOSOS PODE TRIPLICAR, 2002).

A se concretizarem essas previsões, teremos novos cenários e conformações na área de saúde e na qualidade de vida, inclusive no Brasil, onde os agravos emergentes em grandes centros urbanos caracterizam-se, cada vez mais, pela violência e pela criminalidade, acidentes, solidão, angústia, depressão, estresse, deterioração ambiental, intoxicantes químicos, drogas lícitas e ilícitas, sedentarismo, má alimentação, recrudescimento de antigas doenças transmissíveis e surgimento de novas, comportamentos de risco, entre outros, em que as doenças individuais podem ser vistas, na atualidade, como a expressão final de flagelos sociais, tais como a miséria, a desonestidade ou a impunidade (BECKER, 2002).

Para o Centro de Promoção da Saúde (CEDAPS, 2002),

saúde não significa apenas ausência de doença, mas sinônimo de qualidade de vida. Saúde é um direito de cidadania que só pode ser alcançado conquistando-se bens sociais fundamentais, tais como um meio ambiente saudável, educação de qualidade, qualificação profissional, boa alimentação, moradia adequada, paz e segurança, serviços de saúde humanizados e eficientes, e atividades culturais e recreativas.

Constata-se que a concepção de saúde amplia-se e aproxima-se, cada vez mais, do conceito de qualidade de vida. O poder público é indispensável para produzir socialmente saúde, através da promoção articulada e conjunta de diversos setores, para que se criem condições para uma vida melhor, digna e feliz para todos os cidadãos por meio de políticas públicas saudáveis (BECKER, 2002).

Este é um novo paradigma e, como tal, vem provocando muita inquietação e polêmica nos meios científicos e, entre eles, o meio médico. Essa questão já começa, inclusive, a ser considerada pelos indivíduos e, neste estudo, ela foi referida apenas pela usuária Ana e foi valorizada pela sua expressão, importância e atualidade. Ana considera que “saúde é poder viver um pouco melhor. É ter mais uns anos de vida. É isso que é ter saúde para mim. Agora, nossa saúde em geral, em todo o Brasil, eu acho que ela está muito fraca, está precária.”

Ana, ao mencionar a qualidade de vida e expressar, a seu modo, essa concepção, refere “poder viver um pouco melhor” com a expectativa de viver mais, como sendo uma perspectiva desejada por ela e que motivou a contextualização

precedente. “Ter mais uns anos de vida” não é tudo se não houver, ao atingir-se uma expectativa de vida maior, como as previsões já referidas, melhoria da qualidade de vida.

Para João, saúde é um valor, um bem que lhe traz autonomia:

Tem que ter saúde para poder realmente tocar a vida da gente. [...] nesse momento agora, estou com tudo parado, não estou me sentindo bem, dependo das pessoas para me cuidar, dar alimento, para me darem comida. Tem duas pessoas aí fora me esperando, que deixaram seus compromissos para estar comigo.

No seu caso, o adoecer é um processo social que, além de retirar a sua autonomia para “tocar a vida”, torna-o dependente de outras pessoas para obter cuidados. O sentido do seu adoecer é um processo social de dependência.

As pessoas definidas como doentes são aliviadas de suas obrigações com respeito aos grupos sociais aos quais pertencem; família, amigos, colegas de trabalho ou grupos religiosos (HELMAN, 1994).

Segundo Fox, citado por Helman, (1994, p. 107), os grupos sociais dos quais o ser humano faz parte sentem-se na obrigação de cuidar de seus integrantes quando eles adoecem, estabelecendo “um canal semilegítimo de isolamento das responsabilidades do adulto e uma base para a elegibilidade do cuidado por parte de outros.”

A autonomia, na maioria das vezes, é um conceito difícil de ser compreendido pelos profissionais de saúde quando estes concebem o auto-cuidado só do ponto de vista biológico, e isto sugere uma forma normatizada de perceber o outro e, assim sendo, torna-se complexa a formulação de um projeto terapêutico que possibilite a autonomia do usuário (MATSUMOTO, 1999).

Na definição de Tiago, há também um componente que se refere à autonomia. Assim como ele, José, Davi e Raquel apresentam semelhança em suas definições de saúde que estão diretamente ligadas à sua produtividade. Tiago diz que “saúde é quando a pessoa tem vida, tem força e pode trabalhar, pode girar a vida sem ser dependente de ninguém. Para mim saúde é isso aí.”

José concebe que “saúde é poder trabalhar, poder levar as coisas para as minhas crianças, estar forte, estar legal, poder estar inteiro.”

Para Davi, ter saúde “é bom, quem tem saúde tem trabalho, tem tudo. Então eu acho que saúde é tudo na vida.”

E Raquel diz: “Eu acho que estando doente, a gente não consegue nada. Até eu, para trabalhar. Estando doente, como é que eu vou trabalhar?”

A concepção de saúde, no enfoque desses participantes, está diretamente relacionada com restrições (incapacidades) à sua inserção social, somente percebidas no momento em que eles se vêem impedidos de fazer algo bom e de ter autonomia no processo de estar no mundo (POLAK et al., 1996) para “girar a vida”, usando a referência de Tiago. Para eles, o conceito de saúde é mencionado como uma condição. Nesses casos, a condição é para poder ter uma vida produtiva. Nas suas informações, é considerado saudável o indivíduo que se mostra disposto e com capacidade para o trabalho. A incapacitação para o trabalho, subjacente em suas comunicações, refere-se a disfunções dos sistemas do ser humano e encontra-se alienada do indivíduo. Assim sendo, a saúde referida por Tiago, José, Davi e Raquel tem a inferência de encontrar-se relacionada à sua força de trabalho e constituir-se em uma mercadoria muito especial, possuindo a propriedade particular de ser uma fonte que cria valor. E esse valor é inestimável para os indivíduos que dependem do único instrumento de que dispõem para produzir suas condições de existência: a saúde. Nesses casos, a saúde emerge como um elemento propulsor da capacidade para o trabalho e para a sua inserção social.

A abordagem de Laurell e Noriega (1987) sobre a saúde como condição para o trabalho é própria da sociedade em que vivemos. Essa condição, contida no conceito saúde-doença, encontra-se centrada na biologia individual por referir-se de forma subjacente à incapacidade de trabalhar que se oculta no conceito de doença, apesar de sua caracterização ser a de produção social.

Para Escorel (1993, p. 49), o trabalho como atividade humana está voltado para a produção de bens, e é nessa esfera onde o *homo faber* interfere e interage com seu meio produzindo um mundo próprio. O trabalho, nesta dimensão, é como um mundo de coisas, como um artefato humano que transcende a vida dos indivíduos. Porém, salienta a autora, não é no mundo do trabalho onde o indivíduo realiza o potencial máximo de sua condição humana, mas é na esfera pública e através da inserção social que esse potencial pode ser plenamente realizado pela capacidade da ação e da fala, na política, pelo modo de vida do cidadão no *bios politikos* é que o homem realiza plenamente sua condição. “É na construção comum do mundo comum”.

4.2 Tema dois: *Determinantes da procura pelo serviço*

No tema anterior, oportunizou-se analisar as opiniões dos participantes sobre saúde, doença, problemas de saúde, qualidade de vida, autonomia, produtividade e inserção social. Nesse tema, analisam-se os fatores determinantes da procura de atendimento na UBS pelos usuários entrevistados.

A procura por atendimento pelos 25 participantes contou com onze usuários com consulta agendada e catorze com busca por consulta espontânea (conforme quadro apresentado na seção 3.4), e a consulta médica constituiu-se como o fator determinante da procura pelo atendimento dentro do grupo e como motivo de sua presença no serviço.

Quando o usuário procura por determinado serviço de saúde, ele utiliza uma série de mecanismos que, de certa forma, orientam esta procura. São fenômenos multifacetados que se iniciam antes mesmo de sua determinação em buscar o atendimento. Esses fenômenos compreendem desejos e necessidades que acompanham o ser humano especialmente nos seus momentos de fragilidade, em que ele deseja diminuir ou eliminar a dor, o sofrimento e a doença (NOVAES, H.; NOVAES, R., 1994).

Na avaliação de João, o fator decisivo para procurar atendimento foi sentir dor ou ter “algum problema muito sério”:

[...] estar com febre, com dor no estômago, fraco, não estava me alimentando e o meu pessoal achou por bem me trazer. Porque eu sou bem franco e bem objetivo: tenho que estar realmente muito ruim. Tanto que eu fiquei até as quatro da manhã [referindo-se à noite anterior quando procurou um hospital geral público em outro distrito], e agora peguei a relação dos remédios para poder tomar e fazer o tratamento.

Além de sinais e sintomas físicos, colaboram, também, para a situação determinante da procura por atendimento, na maioria das vezes, as opiniões da família, onde os sintomas apresentados pelos indivíduos são discutidos, avaliados e definidos em termos de onde devem ser tratados.

Na identidade corporal do indivíduo adoecido, como no caso de João, tornam-se evidentes sinais e sintomas que expressam a sua desordem orgânica na medida precisa em que o corpo a manifesta, e ele assume toda uma simbologia típica de seu estado por uma semiologia orgânica traduzida por sinais e sintomas também adoecidos (HELMAN, 1994).

Oliveira (1998, p. 15), em relação à utilização dos recursos de cura à disposição da população, refere cinco elementos do modelo explanatório³ sobre a doença: “1) etiologia do problema; 2) duração e características dos sinais e sintomas iniciais; 3) fisiopatologia do problema; 4) evolução natural e prognóstico; e 5) tratamento indicado para o problema”.

Em outras palavras, a pessoa, em seu adoecimento, procura identificar as causas do que a perturba e as opiniões de seus familiares, para posteriormente determinar o local a ser procurado para resolver o seu problema.

Para um melhor entendimento do modelo explanatório ou explicativo, propõe-se imaginar o caso de uma afecção respiratória aguda, por exemplo. O indivíduo pode se perguntar: foi a chuva inesperada de ontem? Foi o sorvete que tomei? Foi praga rogada por alguém? Ele analisa também o que está sentindo:

³ Modelo explanatório para Kleinman (1980) e modelo explicativo para Helman (1994, p. 107), que o define como: “o conjunto das idéias de todos os envolvidos no processo clínico sobre um episódio de doença e seu tratamento.”

pigarro, tosse, dor de cabeça, calafrios, febre. Busca, ainda, entender os mecanismos fisiológicos: tenho dificuldade de respirar, o pulmão está com catarro ou é o cigarro que está me fazendo mal? E faz a sua análise com relação à gravidade do seu estado físico: será que posso morrer disso? E, então, procura uma forma de resolver seu infortúnio para voltar à situação anterior sem o sofrimento biológico apresentado, sem a doença. Indaga-se ainda: devo tomar que tipo de medicação, chá, comprimido ou injeção? Vou à igreja rezar ou na sessão tomar um passe?

Esses aspectos multifacetados do que acontece para quem quer se livrar do sofrimento e da doença não ocorrem necessariamente dessa forma e nessa ordem para todas as pessoas, pois essas questões passam pela subjetividade de cada indivíduo, que é determinada por experiências prévias consigo ou com outros, suas crenças, valores, contexto social e/ou cultural que evidenciam os aspectos relacionados à saúde-doença e que se expressam na forma como a doença é percebida, seu diagnóstico possível e que acabam por determinar a procura por algum tipo de serviço. E essa busca, em nosso meio, caracteriza-se, usualmente, pela consulta médica ou pelo atendimento em emergências hospitalares.

A realidade encontrada sobre a demanda persistente e generalizada por consultas médicas foi referida por Almeida (1991) quando estudou o trabalho desenvolvido em UBSS de Ribeirão Preto e por Santos (1995) no Rio de Janeiro, identificando aspectos da organização tecnológica do trabalho, que teve como característica a centralidade na consulta médica. Na pesquisa de Almeida (1991), todas as atividades das UBSS estudadas estavam voltadas para a consulta médica enquanto atendimento individual e, como modelo predominante, o pronto atendimento em saúde, que valoriza as queixas físicas dos usuários em detrimento de ações coletivas. Pelos dados encontrados nessas pesquisas, a situação da UBS local deste estudo é semelhante às encontradas por Almeida e Santos em outras cidades.

Incluindo João, a procura por consulta médica foi referida por dezesseis participantes, entre eles, José, Moisés, Débora e Samuel.

Para José, o que determinou a sua busca pela consulta médica foi: “Quando eu acho que tenho alguma coisa estranha no organismo, uma dor, uma febre que me impossibilite de trabalhar, eu venho aqui. Eu vim para consultar por tontura.” A busca de atendimento, para José, ocorre especificamente quando alguma disfunção física no seu organismo o impossibilita de trabalhar. Por isso, a sua procura foi por consulta médica para retomar a sua condição para o trabalho.

A doença, assim como a dor e a falta de energia para o trabalho, são constituídas por estados que valorizamos negativamente. Em outras palavras, a doença é um mal que ameaça a estabilidade do indivíduo e causa uma ruptura de defesas que cria, muitas vezes, uma necessidade de dependência familiar e determina a busca por serviços de saúde, conforme será apresentado a seguir.

4.2.1 Atendimento para o enfrentamento de doenças crônicas, agudas e emergenciais

Os determinantes da procura por consulta médica, mediante a interpretação das comunicações dos participantes, foram analisados e, em alguns casos, a consulta ocorreu para o enfrentamento de doenças agudas, crônicas e emergenciais, buscando solucionar esse tipo de problema. No caso de João, essa busca foi recorrente e ele procurou atendimento porque seu quadro clínico agudizou-se:

Estou fazendo tratamento para infecção de garganta e infecção no estômago. [...] Esse problema de dor, uma dor no estômago e uma diarreia que podia ter sido sanada na última consulta que eu tive no posto. [...] Eu achei que poderia ter sido bem mais amparado na última vez em que estive aqui.

Merhy (1994) faz referência à sensação de insegurança e fragilidade de quem necessita dos serviços públicos de saúde para fazer compreender a natureza de seu problema, tendo que se submeter a um processo de produção de saúde (ou de doença), do qual espera um determinado tipo de resposta, ignorando, muitas vezes, os caminhos a percorrer e que tipo de efeitos pode obter a partir do

atendimento. Do usuário, espera-se a inserção no sistema fragmentado, submetendo o seu corpo, seus problemas e necessidades a essa situação, tendo que deslocar-se fisicamente à consulta, pós-consulta, exames complementares e ser atendido por diferentes profissionais dentro da unidade de saúde e fora dela, quando encaminhado para outros serviços especializados, e em outros locais, sempre que necessário, e que ele tenha um comportamento de aceitação e sem muitos questionamentos.

Moisés informa: “Só venho quando tenho problemas. Situação de emergência, situação de quando a gente está doente. Hoje eu vim por causa dessa dor que eu estou aqui na coluna e a tosse.”

As queixas físicas agudas de Moisés, como a dor na “coluna e a tosse”, foram os determinantes por sua busca espontânea pela UBS a fim de obter consulta médica.

A procura por atendimento, para Débora, foi determinada pelo seu problema crônico que, a cada nova crise, faz com que procure atendimento: “Em crise de asma ou alguma alergia – nos meus familiares também, quando eles estão com alguma crise de doença. Vim aqui por causa da asma.”

A necessidade de administração de medicamentos e sua enfermidade crônica foram os motivos referidos por Samuel para procurar o serviço:

O posto? Eu venho mais é por causa da diabetes. E tem outros problemas também de doença que às vezes eu venho. [...] Hoje eu vim fazer insulina. Porque eu sempre falo com as médicas, vejo o exame de sangue, às vezes está duzentos e poucos, outras, trezentos e poucos.. Está sempre alta a diabetes [referindo-se a alterações glicêmicas].

O caso de Samuel – e de toda pessoa com diabetes – envolve uma questão fundamental que se relaciona à autonomia, que não é a mesma para todas as pessoas. Ela apresenta-se em diferentes graus, e nem todos os diabéticos podem atingir o mesmo coeficiente de autonomia. Um atendimento com vínculo e qualidade, no entanto, tem possibilidade de desenvolver a autonomia para que um diabético possa se tornar mais competente para enfrentar o seu problema de saúde e, com isso, atingir uma melhor qualidade de vida. Sabemos que, através de práticas

adequadas de saúde, ele também pode conquistar, cada vez mais, uma desmedicalização para a sua enfermidade crônica (MERHY, 1997).

No caso de Débora, a agudização da doença exigiu uma ação imediata, enquanto que o problema crônico de Samuel é mais complexo, porque envolve mudanças no estilo de vida e tem futuro incerto. As pessoas enfermas usualmente ficam sensíveis e vulneráveis e, ao adoecer, toda a sua vida muda, pelo menos, temporariamente.

A maioria da população mantém hábitos persistentes de busca por atendimento individual e curativo nos serviços de saúde para tratar problemas de saúde agudos e/ou crônicos, entendendo que, aliviados ou debelados os seus sintomas ameaçadores, a saúde voltará a ter o seu lugar natural de um bem individual.

Apenas o usuário João procurou atendimento emergencial: “Eu, particularmente, tenho que estar realmente bem necessitado, com muita dor, com algum problema muito sério para vir procurar. [...] Esse problema de dor, uma dor no estômago e uma diarreia [...]”

Vários fatores desempenham papel na determinação do usuário em sua busca por atendimento, como já foi explicitado no início deste tema. Os usuários preocupam-se com os seus sintomas que às vezes perduram por um período além do esperado, como o relatado por João, o que faz com que eles definam o seu problema como de emergência e considerem necessitar atendimento imediato através da consulta médica (do tipo pronto atendimento), nos serviços básicos de saúde ou diretamente em hospitais públicos.

4.2.2 Atendimento preventivo e/ou promocional de saúde

A busca por ações preventivas e/ou promocionais de saúde foi comunicada por seis participantes, entre eles, Raquel, Josabete, Leá, Milká e Ana.

Raquel refere procurar os serviços da UBS “quando as crianças estão doentes ou quando tem revisão das crianças. Eu vim para agenda delas, consultar com elas, revisão.”

Comunicação semelhante foi feita por Josabete, quando refere: “Eu procuro só na hora de revisão pras crianças. Vim fazer a revisão da minha filha.”

Ações preventivas para a infância devem ser priorizadas pelo serviço, incluindo o estabelecimento do acompanhamento do estado vacinal, diagnóstico nutricional e o desenvolvimento sadio. Essas ações, além da prevenção da mortalidade infantil, revestem-se de importância educativa, pois conduzem à criação de hábitos preventivos, saudáveis e adequados para a promoção da saúde.

O pré-natal, por exemplo, foi buscado por Leá e Milká. Ambas referiram: “Eu vim fazer o pré-natal.”

As ações como o pré-natal são fundamentais na prevenção da mortalidade não só neonatal, mas também materna. A estagnação ou crescimento dos índices de mortalidade materna devem ser monitorados pelo sistema de saúde, tendo em vista a busca de sua diminuição, incluindo-se, também, a preocupação com a qualidade do pré-natal, uma vez que há a necessidade de atenção a saúde provocada pelo aumento da gestação precoce em nosso meio e os riscos advindos dessa realidade.

Ana informou:

Eu procuro o serviço aqui quando tem alguém com febre em casa, ou uma alergia, ou uma dor que eu não sei o que é, aí eu trago aqui. [...]Hoje eu vim coletar o material, fazer o exame preventivo de câncer do colo de útero.

As ações de prevenção do câncer cérvico-uterino e sua importância na vida das mulheres é indiscutível, pelos índices de mortalidade feminina ligados a esse agravo. Recentemente (março de 2002), foram priorizadas ações, através de campanha nacional direcionada à saúde feminina, mas teve-se informação pelos meios de comunicação televisiva de que mulheres que apresentam necessidade de complementação diagnóstica e terapêutica, como a realização de uma ecografia ou cirurgia, entram na fila do SUS e devem esperar por estes procedimentos em torno

de seis meses ou mais, o que representa uma espera muito longa para a prevenção desejada para esse tipo de agravo e demonstra a falta de resolutividade do sistema.

A vacinação, que se caracteriza como prática coletiva e preventiva, foi procurada apenas por Madalena: “Eu procuro pra consultar pra ele, meu neto. Eu vim para fazer a vacina nele, BCG.”

Ester refere:

Eu procuro o serviço quando eu tenho um problema assim meio grave, porque, geralmente, tem pessoas com mais gravidade do que eu, sabe? Um caso de uma febre, alguma coisa que fique fora do controle, se não, eu procuro outros recursos. Hoje vim para consultar e pegar requisição.

Segundo os relatos dos informantes, entre eles, os de José, João, Moisés, Débora, Ana e Ester, o que os conduz à procura pelo atendimento evidencia que ela só ocorre quando eles percebem alguma disfunção física baseada num substrato essencialmente biomédico, principalmente a provocada por problemas agudos ou crônicos. A função do atendimento passa, então, a caracterizar-se pela consulta médica pelo modelo de pronto atendimento e por traduções que o profissional médico pode fazer com relação às queixas, sinais e sintomas apresentados por eles para chegar a um diagnóstico e à terapêutica indicados.

Ao considerar-se a consulta médica e as ações individuais praticadas em saúde, cabe referir uma questão histórica que influenciou a área, não só no Brasil, mas em toda América Latina, que foi o paradigma flexneriano, orientado para a prática clínico-assistencial a partir dos efeitos auto-percebidos, de caráter individual para o tratamento dos problemas de saúde, baseado num modelo curativo e fundamentalmente biológico, quase mecanicista para a interpretação de fenômenos vitais, sem considerar os aspectos sociais da vida. Esse movimento gerou, entre outras coisas, o culto à doença e não à saúde, e a devoção à tecnologia, sob a presunção ilusória de que ela seria o centro da atividade científica e da assistência à saúde (MENDES, 1996).

A consulta médica constitui-se como a única opção de atenção à saúde para mais de 120 milhões de brasileiros (BUSS, 1996). Constata-se uma busca

persistente e generalizada por serviços médicos em detrimento da procura de ações que objetivem a saúde integral e/ou coletiva capazes de proporcionar benefícios na obtenção de uma melhor condição geral de saúde da população e da elevação da qualidade de vida.

A consulta médica é um dos instrumentos para se alcançar a saúde coletiva, mas não é a sua finalidade. O modelo clínico nessa conformação acaba por esvaziar as ações coletivas e suas interações sociais dentro das realidades culturais.

Rebeca relatou:

Eu procuro assim... Quando um dos meus guris está doente, eu procuro aqui. Casos de emergência e quando eles estão atacados da bronquite também, aí eu procuro o posto. [...] Hoje eu vim para fazer curativo, só que, pra variar, nunca tem o material para fazer curativo.

A procura de Rebeca por atendimento deu-se pela sua necessidade de realizar um curativo, mas ela informa também outras razões para procurar o serviço, como o atendimento para problemas agudos em suas crianças.

A procura por atendimento pediátrico foi relevante neste estudo e referida por participantes mulheres, adultas e mães, demonstrando, pelo seu conteúdo verbal, uma aderência a esse serviço para o atendimento preventivo de seus filhos, como Raquel e Josabete, e do neto no caso de Madalena, embora, entre elas, a procura tenha ocorrido também por queixas relativas à doença, como os casos de Raquel, Rebeca e de Judite, que afirma: “Só procuro quando meus filhos estão muito doentes. Hoje eu vim porque a minha filha está com catapora.”

Para Suzana, o motivo que determinou a busca pelo atendimento, além da consulta médica, foi o de ter tido experiências prévias positivas: “Eu freqüentava o grupo de gestantes. Agora, eu só venho quando tenho uma doença. Tenho vindo mais por causa do neném. Eu trouxe ele aqui e foi bem atendido.”

Essas mães podem ser caracterizadas como mulheres cuidadoras e geradoras das circunstâncias promotoras do atendimento de saúde de seus filhos. Uma outra característica que deve ser salientada é que elas compõem, em sua maioria, o grupo que buscou atendimento através de consultas agendadas.

4.2.3 Atendimento complementar às necessidades sócio-econômicas e terapêuticas

Identificou-se a procura por parte de quatro usuários que, além da consulta médica, buscaram atendimento complementar às necessidades sócio-econômicas e terapêuticas que foram caracterizadas pelas informações de Davi, Salomé, Eva e Ester. A situação trabalhista de Davi foi determinante na procura pelo atendimento na UBS. Ele comunicou: “Hoje eu vim buscar um atestado porque fui atropelado por uma carroça e precisava de comprovante.”

Para Salomé, além da consulta, a sua procura pelo serviço foi motivada também pela necessidade de obter medicamentos para seu filho: “Para consulta. Situação financeira. Eu tenho um guri que é doente. Um rapaz que tem AIDS. E agora ele está me incomodando com infecções e, de vez em quando, eu tenho que pedir remédios.”

As ações que poderiam influenciar a resolução de distorções e desigualdades sociais, que aportam ao setor saúde, ultrapassam os limites de atuação da área exigindo atos coordenados de várias esferas de governo.

A informação de Eva é mais impactante que a de Salomé e reflete a precariedade de condições de vida em que se encontram alguns usuários da UBS: “Eu queria uma ajuda para arrumar um serviço ou uma cesta básica para as crianças, porque o meu marido está sempre no hospital e eu tenho os meus três filhos.”

Para Cantarino (1997), o cidadão, ao comparecer ao sistema, traz consigo suas condições de vida e de saúde determinadas por um modelo socio-econômico que faz do indivíduo um refém da situação do país. Eva é um exemplo da referência feita pelo autor, que, além da consulta médica, procurava, também, conseguir na UBS um emprego e alimentos para seus filhos.

Impedir os indivíduos do suprimento de suas necessidades básicas, como o alimento, é uma forma de redução do espaço público, constituindo-se na prática cotidiana como a exclusão da cidadania (SCOREL, 1993).

A introdução de cestas básicas como estratégia quase que exclusiva de combate à pobreza dispensa a saúde de sua abordagem interdisciplinar de desvendar o complexo sanitário, reduzindo-a ao papel subalterno de justificar ações limitadas e discriminatórias, deslegitimando a demanda por atenção à saúde, fazendo com que a saúde pública deixe de ser o coletivo humano histórica e socialmente constituído para se restringir ao coletivo dos socialmente excluídos, além de lhes proporcionar cuidados padronizados (CARVALHO, 1996).

As ações intersetoriais e políticas públicas saudáveis, incluindo as econômicas, devem ser exigidas das esferas municipal, estadual e federal de governo, pois só uma ação conjunta, assim caracterizada, pode ser capaz de superar o quadro de enormes desigualdades presentes em nossa sociedade (BUSS, 1996).

O desemprego referido por Eva é um grave problema extra-setorial que afeta a população menos favorecida, sendo um fator que inviabiliza qualquer plano de combate à pobreza e de promoção à saúde, por não possibilitar a satisfação das necessidades básicas dos indivíduos.

O caso de Ester é idêntico ao dos que se deslocaram para o subsistema privado de atenção médica supletiva:

Eu procuro também o posto quando eu preciso de uma requisição pra fazer um outro exame, uma ecografia, uma coisa cara, que meu plano não cobre. Daí, eu procuro o posto. Uma, que a gente paga, eu pago imposto, pago cem reais por mês só de INSS, sem retorno. Meu marido é aposentado e ainda paga essa mensalidade, eu acho que eu tenho mais que direito, não é? Eu vim pra pegar a requisição de exame.

O determinante do atendimento para Ester expõe uma realidade do que vem ocorrendo com o subsistema privado de atenção médica supletiva e o caráter restritivo de alguns planos de saúde, em que beneficiários como Ester participam dessa modalidade de atenção sem, no entanto, ter cobertura integral às suas necessidades de saúde e que, muitas vezes, fazem com que eles tenham que recorrer ao serviço público quando necessitam de procedimentos diagnósticos de custo financeiro mais elevado.

Há necessidade de implementação de mecanismos de regulação sobre os planos de saúde, inclusive com exigências no que se refere à cobertura integral a

todos os problemas de saúde dos seus segurados, de controle e de cobrança pelo SUS dos atos praticados pelo sistema, principalmente nos atendimentos de emergência e em procedimentos de alto custo (BUSS, 1996).

A questão que determina a busca pelo atendimento em saúde leva-nos à reflexão sobre de que forma os profissionais de saúde poderiam interferir sobre esses determinantes e, também, sobre como intervir nos diferentes agravos apresentados pelos usuários para a condução a um atendimento equânime e integral. Em outras palavras, a questão é de que forma poderia ser dada atenção individual e coletiva, integral e diferenciada para usuários que apresentam problemas tão distintos e de como promover a saúde integral através do SUS tal qual se apresenta hoje o sistema, com dificuldades de acesso, equidade, vínculo e de atendimento integral continuado e resolutivo para os usuários que procuram os serviços.

Constata-se que a prática sanitária cotidiana nas UBSs é uma forma pela qual a sociedade estrutura e organiza as respostas aos seus problemas de saúde, que continua a reproduzir a concepção de saúde e doença que permeia o modelo assistencial ainda vigente, centrado na doença individual em detrimento da atenção integral e/ou coletiva.

No espaço operativo da atenção básica é que se dá a interação usuário/serviço/população, tratando-se, portanto, de um território ativo e em contínua configuração e, por esta razão, ele extrapola a simples definição geográfica de espaço. Somente entendido como território dinâmico, será factível a busca de respostas reais e concretas que possam alterar positivamente o quadro da saúde do grupo populacional para o qual se direciona a ação (MENDES et al., 1994).

4.3 Tema três: Expectativas dos usuários com relação ao atendimento na unidade básica de saúde

Emergiram deste estudo expectativas trazidas pelas comunicações dos participantes que se referem à qualidade do atendimento e sobre o que eles esperam

encontrar em um atendimento para resolver os seus problemas de saúde. Elas relacionam-se não só com um atendimento de qualidade, competente e ágil, mas também com a melhoria das condições organizacionais e tecnológicas, entre as quais, as condições de trabalho do profissional cuidador.

4.3.1 Qualidade no atendimento: acolhimento, competência e agilidade

Este subtema sobre a qualidade no atendimento necessita ser contextualizado antes da análise das informações dos participantes, pois a qualidade no atendimento não pode ser abordada isoladamente de questões como gestão e avaliação, acolhimento, equidade e agilidade. Tratar a qualidade no atendimento ao usuário requer, também, que se façam referências ligadas ao comportamento humano em sua abordagem, pois é nele que se encontra a competência.

Para tratar a qualidade no atendimento, buscou-se em Ferreira (1986, p. 1424) sua definição: “Propriedade, atributo ou condição das coisas ou das pessoas [...]. Numa escala de valores, qualidade que permite avaliar e, conseqüentemente, aprovar, aceitar ou recusar qualquer coisa”.

Ocorre que a aferição da qualidade pressupõe avaliação, que, por sua vez, é definida como: “Ato ou efeito de avaliar (-se). Apreciação, análise” (FERREIRA, 1986, p. 205).

O enfoque da qualidade no atendimento pressupõe, além do modelo de gestão (e através dele), a abertura dos serviços à avaliação por parte de seus usuários, profissionais e gestores, e existem muitas formas de avaliar os serviços de saúde. Nos últimos anos, vários autores têm demonstrado que os serviços de saúde podem aprender com a opinião dos usuários sobre o atendimento a eles disponibilizado. Entretanto, busca-se um consenso sobre a forma de obter-se essa contribuição.

Muitos métodos já foram propostos com a finalidade de avaliar a qualidade de serviços de saúde, entre eles a análise das queixas, pesquisas de

satisfação ou aceitabilidade, questionários de opinião, implantação de uma ouvidoria e, mais recentemente, a participação de usuários em conselhos administrativos ou gestores de serviços, entre outros. O que se torna fundamental, em qualquer dos métodos escolhidos, é que sejam empregadas técnicas tanto quantitativas quanto qualitativas adequadas às realidades locais e incorporadas ao cotidiano dos serviços de saúde que se dispõem a realizar a avaliação (OLIVEIRA, 1998).

No entanto, para alguns serviços, escutar o usuário pode representar uma tarefa de difícil execução, e esforços de avaliação, no nosso meio em geral, não são levados a termo. Esse impedimento ocorre por variados motivos, entre eles, a falta de tradição na realização dessa possibilidade, o descaso dos gestores com essa questão e até obstáculos operacionais e metodológicos para a sua realização, assim como pelas dificuldades subjetivas no que se refere ao serviço como um todo e ao desempenho de seus profissionais que, na sua maioria, são resistentes a uma ação avaliativa. Mas quando o objetivo de avaliar se relaciona à melhoria do atendimento, caracterizada como a motivação principal para que a avaliação ocorra sem o enfoque punitivo sobre quem quer que seja, torna-se possível realizá-lo.

Para Hartz et al. (1997, p. 122) “[...] é preciso pensar em qualidade, tomando como base um sistema de informação/formação capaz de apontar continuamente as sugestões de melhoria com a energia se concentrando mais nas possibilidades de conhecer os problemas do que em uma defesa contra a punição.”

A legislação do SUS estabelece atividades de controle e avaliação dos serviços de saúde nas três esferas de governo: municipal, estadual e federal (BRASIL, 1991). Não se trata apenas de uma atividade técnico-burocrática quando indica a centralidade dessas ações em seus usuários e a possibilidade de expressão de suas necessidades para a resolução de seus problemas de saúde.

A preocupação com a qualidade nos serviços de saúde data de algum tempo, embora mais ligada à qualidade do cuidado médico, principalmente porque o modelo de assistência predominante, centrado na clínica, até agora, assim exigiu.

Nesse modelo, o juízo médico é que arbitra sobre as necessidades do paciente/cliente, relegando a um plano secundário os demais profissionais e as ações não clínicas.

Em relação aos serviços de saúde, a discussão sobre qualidade tem como referência vários autores. No Brasil, um deles é Nogueira (1994) e, no exterior, Donabedian (1990).

A partir da década de 50, estudos foram realizados objetivando entender a qualidade como um requisito necessário aos serviços de saúde, e Donabedian (1990) foi um dos pioneiros no enfoque deste tema. A qualidade, para ele, deve ser entendida sob três aspectos: a qualidade técnico-científica, a qualidade na interrelação e a centralidade da satisfação dos usuários como um dos elementos mais importantes em seus conceitos. Ele ainda refere inúmeras questões sobre os elementos que a compõem. Entre eles, a eficácia, a eficiência, a efetividade, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade, denominadas por ele como os sete pilares da qualidade, elementos que percebemos inseridos nas opiniões relatadas pelos usuários a respeito da resolutividade esperada no atendimento de saúde.

Ao tratar a qualidade no atendimento, não será demais recolocar que se faz necessário entender o tipo de planejamento organizacional que está alicerçando o modelo de atenção encontrado nos serviços prestados e a conformação de princípios que indiquem o usuário como centro das ações praticadas – e aí incluem-se as UBSs. Cabe ressaltar que nem sempre essa visibilidade pode ser percebida concretamente por usuários ou pelos profissionais dos serviços, pois muitas vezes essas questões são discutidas racionalmente nos escalões superiores (gerências) dos serviços.

No enfoque da organização e do planejamento dos serviços de saúde, tanto Campos (1994b) como Merhy (1994; 1997) tratam o acolhimento como parte do processo de trabalho em saúde, tendo em vista um projeto em defesa da vida, realizando uma distinção entre ato e modo, enfatizando modo na dinâmica do

atendimento pela possibilidade da criatividade desenvolvida pelos profissionais como uma característica que pode provocar as mudanças necessárias no serviço. Assim sendo, o acolhimento como processo resulta dos atos praticados na saúde e dos diferentes modos com que os profissionais determinam-se e são determinados historicamente e socialmente no contexto das políticas sociais do país.

Ao abordarmos a qualidade no atendimento em saúde, surge como condição o acolhimento, que emergiu do conteúdo manifesto pelos participantes, e como ele se configura no cotidiano das ações de saúde desenvolvidas na UBS, como expectativa dos usuários na solução de seus problemas de saúde, seja na forma de demanda por consultas médicas, seja na busca de, por exemplo, medicamentos, curativos, imunizações e outras possibilidades que se apresentam como o “cardápio”, para utilizar o termo empregado por Merhy (1997) do atendimento à saúde.

Para Campos (1989; 1994a), o acolhimento tem perspectivas na abertura dos serviços públicos à demanda que se refere ao acesso de usuários ao atendimento (existência de serviços ao alcance da população e responsabilização por todos os problemas de saúde de um determinado território), e que ele só ocorre pelo estabelecimento de relações de aproximação entre as pessoas de modo humanizado, propiciando o desenvolvimento de autonomia e a perspectiva de mudança no atendimento de saúde, em que os profissionais devem utilizar todos os recursos disponíveis de modo adequado para a resolução dos problemas de saúde apresentados pelos usuários. Para o autor, o acolhimento está intrinsecamente ligado à conformação de um dado modelo de atenção à saúde, e para a sua ocorrência faz-se necessária a recuperação da vontade das pessoas (profissionais), que são dotadas de interesses próprios, de capacidade de ação individual, de determinada ideologia e, até mesmo, de adesão e de defesa de determinadas políticas de saúde.

Os modos possíveis de atuação para o enfrentamento dos problemas cotidianos da saúde com qualidade constituem aspecto fundamental para o trabalho

da atenção à saúde. Trata-se da referência aos recursos disponíveis, sejam eles humanos, tecnológicos e/ou institucionais necessários para atingir-se a resolutividade no atendimento. José comunica que: “A primeira coisa, a primeira coisa, é o pessoal que trabalha ter boa vontade e, depois, ter materiais para atender. Daí, está resolvido tudo.”

Para Matumoto (1998), a definição pelo serviço de seu modelo de atenção à saúde encontra-se, na maioria das vezes, estabelecida quando este prevê o tipo de problema que está preparado para atender, quem são seus atores institucionais e sociais e que direção será dada ao atendimento das necessidades e/ou problemas apresentados por seus usuários.

A participante Diná, ao falar de sua expectativa, traz aspectos ligados à qualidade e avaliação sobre o atendimento: “Olha, eu espero ser bem atendida e, às vezes, não precisa nem ter os medicamentos, mas a gente sendo bem atendida pelos médicos e pelas enfermeiras já é uma grande coisa.”

Para Silver (1992, p. 195), para que ocorra a avaliação, deve existir a noção de “bom”, mas essa definição não é fácil de realizar. “O que seria, por exemplo, um bom serviço de saúde?” A referência subjetiva de Diná sobre seu atendimento é nessa direção quando ela sugere “ser bem atendida” e sua expectativa centra-se em agentes como o médico e a enfermeira.

O encontro entre profissionais e usuários no atendimento resulta na realização de uma atividade que envolve objetividade e subjetividade, ou seja, a avaliação objetiva das condições do meio versus a subjetividade da avaliação das estruturas no campo dos possíveis (GONÇALVES, 1994), o que, na comunicação subjetiva de Diná, foi considerado como “bem atendida”.

Os critérios subjetivos utilizados quando se realiza uma avaliação podem variar conforme o motivo, local, duração do atendimento e o profissional que atende, assim como as circunstâncias em que o atendimento é realizado.

Dessa forma é que ocorre, segundo o autor citado, a avaliação elaborada pelo profissional e pelo usuário do que é possível realizar, tendo os

profissionais que valer-se muitas vezes de criatividade para realizar o almejado pelo usuário frente ao real e o concreto apresentado pelas condições do serviço, o que demonstra que as expectativas e motivações podem ser diferentes frente a um mesmo objeto, como, no caso, o atendimento e a relação que se estabelece entre profissionais e usuários.

Ao examinar o acolhimento em um serviço, deparamo-nos imediatamente com questões como: por que acolher, para quê acolher e como acolher (MATUMOTO, 1998).

O porquê refere-se ao motivo, à razão do acolhimento, que se relaciona à concepção de homem e do processo saúde-doença que direciona o trabalho realizado na instituição de saúde e a adoção individual pelo profissional que realiza a ação propriamente dita. Nesse sentido, o acolhimento expõe, de algum modo, como os participantes deste encontro – usuário/profissional/serviço – traduzem o lema saúde como um direito de todos e de cidadania pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e acesso.

O para quê acolher refere-se à finalidade dada ao trabalho como determinante do atendimento que tem sentido quando se busca a autonomia do homem para uma vida mais saudável, e não serve somente à manutenção do *status quo*.

O como acolher é o modo de realização do acolhimento nos serviços de saúde, que pode ser mais técnico, mais humano e/ou mais solidário e realizar-se de formas tão variadas quantas as advindas das relações humanas que se estabelecem no contexto da vida cotidiana dos serviços, no encontro entre profissionais/usuários.

O acolher ou acolhimento na saúde, como produto da relação humanizada entre profissionais de saúde e usuários, vai além do “ato de acolher, recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo [...]” da definição de Ferreira (1986, p. 34). Para Bueno e Merhy (1998, p. 3), “[...] passa pela subjetividade, pela escuta das necessidades do sujeito” e pelo processo de responsabilização entre serviços e

usuários, criando-se aí o início da relação de vínculo necessária e fundamental para a qualidade do atendimento.

Nessa perspectiva, como usuário do serviço, João traz a sua experiência:

Hoje, não sei por que cargas d'água, até a atendente, esta moça que está atendendo, na outra vez que eu estive aqui, estava tudo fora do normal. Hoje achei que ela deixou todos os pacientes muito bem. Recebendo bem, atendendo bem, com sorriso no rosto. Eu acho que isso dá até ânimo. Eu estava sentado ali observando ela, eu gostei de ver.

O acolhimento entendido como processo não deveria se restringir apenas ao espaço físico que compõe a área de recepção da UBS, nem tampouco ser responsabilidade apenas de quem ali trabalha. Ele deve representar toda a situação de atendimento exercida por um serviço e sua organização como um todo, que pressupõe, além da recepção, atenção, consideração, escuta, acesso, equidade, integralidade, vínculo, responsabilização e resolutividade para os problemas de saúde apresentados por seus usuários.

Rute, informando sobre a recepção diz: “Ali na frente a gente chega e pede uma informação. ‘Ah, espera um pouco’. Às vezes tu estás com pressa, pede a informação e fica ali horas. A pessoa podia informar melhor.”

A reflexão de como têm sido as práticas de saúde nos diversos momentos da relação com os usuários tem sido tratada por Merhy (1997, p. 138). Ele aborda, por exemplo, a questão das portarias de acesso aos serviços, onde a relação se tensiona e onde se responde friamente aos usuários com uma posição de certo distanciamento sem produzir o acolhimento que é um direito tanto de profissionais quanto de usuários enquanto cidadãos, mas, quando ele ocorre, proporciona a criação do vínculo no processo terapêutico, visando, ainda, a “autonomização” do usuário.

O acesso dos cidadãos às informações, não só as que dizem respeito ao seu tratamento terapêutico, mas as de caráter público dos serviços, é princípio constitucional. A partir da Constituição de 1988, foram criados instrumentos jurídicos dos quais deriva que o direito à informação se estende aos serviços de

saúde, sejam eles públicos ou privados. É preciso uma abordagem informativa apropriada a cada usuário e, ao prestá-la, deve-se considerá-lo como único. No entanto, sonegam-se informações ou, quando são fornecidas, elas são feitas, muitas vezes, de forma padronizada (FORTES, 1996).

Judite relata:

Às vezes, vêm pessoas que nem precisam de ficha. A gente está vendo que estão bem, mas elas vêm no posto e eles dão ficha. Para mim, a criança tem que estar mal mesmo. Às vezes, tem criança que se ataca da gripe, isso ou aquilo, ou se ataca da bronquite. Outras vezes, tem criança que não tem nada, então para que trazer? E, às vezes, eles deixam de dar ficha para uma criança que precisa e dão para outra que só veio fazer uma revisão. Acho que uma revisão pode esperar um pouco.

Judite, em seu relato, expõe a situação que ocorre no acesso ao atendimento, demonstrando não entender o critério adotado. Aqui evidencia-se que, além de não se obter a igualdade de acesso (direito de ter direitos iguais), esse direito sobrepõe-se ao princípio de equidade que, para Donabedian (1990), corresponde à justiça em oportunizar a distribuição da atenção à saúde e seus benefícios entre a população, reconhecendo-se o direito de cada um.

Para Zucchi et al. (2000), a definição de equidade deve compreender não só o sentido restrito da quantidade de recursos humanos e materiais (como médicos, enfermeiros, leitos, consultórios, entre outros), mas também a qualidade dos serviços disponibilizados.

A demanda espontânea, sem agendamento, deixa alguns usuários sem atendimento. O acolhimento e a triagem dos excedentes poderia indicar quais os que poderiam ser reagendados e quais teriam maior premência em ser atendidos. Essa medida serviria para verificar os que podem ser encaminhados para outros serviços ou dispensados para voltar em outra ocasião, além de estabelecer a justiça na distribuição da atenção à saúde e seus benefícios entre a população, cumprindo assim o princípio não só do acolhimento, mas o de equidade, previsto pelo sistema, referido anteriormente, e, que para Donabedian (1990), é um dos sete pilares da qualidade em saúde.

Suzana traz aspectos que se relacionam ao acolhimento, à equidade e ao acesso que corroboram com o que foi abordado:

Não adianta vir no posto e não ser bem atendida. Cansei de vir aqui e não ser bem atendida, querer uma ficha, estar precisando daquela ficha, e não ser atendida. ‘Não, porque a gente não pode atender.’ Mas estou com 39 graus de febre e vocês não podem me atender? Dentro do posto os médicos são bons, mas o atendimento deve ser melhorado.

Um serviço, com seu foco de ação na “consulta” médica e sem priorização de ações de saúde com base na epidemiologia, conduz à uma pressão da população por assistência médica como forma de, através do consumo de saúde, estar em nível de igualdade com outros grupos sociais. Isso impõe aos serviços um controle para conter a demanda que, em certa porcentagem, será sempre reprimida (ALMEIDA, 1991). Essa situação constitui-se em um impedimento à obtenção da equidade no atendimento.

As informações de Rute, Judite e Suzana anteriormente referidas, além das questões de acesso e equidade, expressam uma situação tensional que ocorre na área de recepção e levam-nos a inferir que a comunicação nesta área é muitas vezes difícil entre profissionais e usuários.

Para Merhy (1992), o trabalho em saúde, como uma prestação de serviços, encontra-se alicerçado em seus profissionais. Portanto, considerar as características dos sujeitos sociais é de extrema importância, uma vez que eles também formulam, portam e definem o projeto de atenção à saúde.

O autor enfoca a questão do autogoverno como uma certa autonomia dos profissionais em decidir o uso das tecnologias segundo a finalidade de seu trabalho, dominando um certo espaço com sua experiência prática e seus saberes, intervindo no modo de atuar, podendo ir além das normas estabelecidas (MERHY, 1997).

Salomé, referindo-se aos profissionais de saúde da UBS diz: “São muito atenciosos para atender a gente, tratam a gente muito bem.[...] Hoje eu vim consultar e trazer exames para o médico ver.”

A subjetividade referida por Bueno e Merhy (1998) tem relação com as informações de Suzana e de Salomé quanto às experiências positiva de uma e negativa de outra vivenciadas no atendimento.

Esse contraste pode demonstrar perspectivas diferentes sobre o atendimento vivenciado, porém, de maneira diversa, que envolve uma relação que, como já salientamos, é individual e subjetiva.

Ester relata:

Por exemplo, agora eu vim, peguei uma médica muito boa, porque tem médicos aqui e teve uma médica que, se puder, nem olha para a pessoa. Uma vez eu cheguei aqui, uma médica que eu nem lembro mais o nome disse assim pra mim: 'Eu não lhe perguntei isso aí.' Eu estava explicando para ela e ela disse isso pra mim. Eu tive vontade de levantar e ir embora, mas eu não quis ser mal-educada como ela.

Todo cidadão tem direito a retirar-se de estabelecimentos de saúde quando sua vontade preenche pressupostos de autonomia, por sua decisão livre e esclarecida, a fim de não configurar situação de constrangimento (FORTES, 1996).

A comunicação e a informação são fundamentais entre profissionais e usuários para que o indivíduo possa se manifestar de forma esclarecida e não constrangida. É necessário que as informações comunicadas sejam compreendidas pelo usuário, pois se falseadas, imprecisas ou mal entendidas, elas resultam em opiniões baseadas em fatos manifestamente implausíveis (FORTES, 1996).

As expectativas de Rute quanto ao atendimento são:

Que melhorasse o atendimento. [...] Alguns atendimentos das enfermeiras também. Tem umas que atendem, que parece que estão fazendo um favor. [...] Algumas enfermeiras – não sei se são enfermeiras formadas – mas tem umas aí que são horríveis. Sempre estão de mau humor.

A ação da enfermagem está inserida no processo de trabalho da saúde, e este tem se caracterizado, em vários serviços, inclusive neste, pelas informações dos usuários, como modelo de pronto atendimento e com centralidade na consulta médica, e as atividades de enfermagem podem, muitas vezes, nesses casos, ser consideradas como auxiliares da atividade médica, e essa situação é ainda persistente em alguns serviços.

Entre os direitos requeridos (FORTES, 1996), os usuários podem postular o direito do conhecimento, da identidade e função de todos os profissionais que atuam e prestam atendimento à saúde em seus serviços.

Muitas vezes, os profissionais não são identificados adequadamente e são confundidos com outros agentes, principalmente quando atuam na rede básica, onde utilizam uniformes iguais ou dispensam seu uso. Esse fato pode refletir a dificuldade encontrada pelos usuários em reconhecer determinados papéis dos diversos profissionais que prestam o atendimento. Surge, assim, a necessidade de identificação de todos os que atuam na UBS e, inclusive, a de afixar-se quadro nominal, em local visível, que informe quem são os profissionais que atuam no serviço, bem como suas funções.

Rebeca conta:

Ah, eu acho que, às vezes, a maior dificuldade é com os enfermeiros. O atendimento muitas vezes é precário, é péssimo. Eles acham que só porque tu moras numa vila, tu não tens o direito de ser bem atendido e deles te atenderem com educação. Esses tempos – um problema muito chato que aconteceu aqui – eu vi uma pessoa dar um tapa na cara duma enfermeira porque ela não foi educada nem deu atenção pra pessoa que estava falando. A pessoa se sentiu super ofendida. Claro que nem por isso vai sair agredindo as pessoas né? Mas muitas vezes acontece dos próprios enfermeiros serem agredidos pelo mau atendimento [...] Às vezes o mau atendimento leva as pessoas a agredirem as enfermeiras.

No relato de Ester, Rute e Rebeca fica evidenciada a existência de profissionais rudes, o que demonstra o desconhecimento de direitos civis dos usuários de reconhecimento e respeito nos quais se acha vinculado o direito de cidadania e o acolhimento. Para acolher de modo humanizado, deve-se preservar as características dos procedimentos de acolhida: cortesia, afabilidade, discrição, solidariedade e atenção. Essa postura está diretamente ligada com a questão da dimensão humana do trabalho em saúde e requer melhor habilidade de tratamento, comunicação e humanidade de seus profissionais para, inclusive, inviabilizar o potencial desrespeitador e violento apresentado por alguns usuários.

Ana, com relação à expectativa para o seu atendimento, comunicou satisfação: “Olha, eu não tenho queixa do posto nem dos médicos, são muito bons. Até agora todos acertaram com a minha família [...]. Acho que eles aqui estão

ótimos, não espero mais nada deles. O que eles podem fazer para a gente, eles fazem.”

Cabe salientar, no entanto, que a ausência de uma consciência sanitária leva alguns usuários, por vezes, a “querer o mínimo”, ou seja, identificar o direito à saúde como um direito aos serviços nos moldes em que se apresentam e como são disponibilizados (BOSI, 1994, p. 450). A ausência de qualquer reivindicação de melhorias pode demonstrar, também, a subjetividade própria de cada um, pois o que pode ser considerado ótimo para um pode não ser na mesma medida para outro.

As usuárias Salomé e Ana afirmam que os profissionais dispensam um bom atendimento e que se sentem bem tratadas por eles. Essa parece não ser uma regra geral, pois um grupo de participantes, entre eles, Ester, Rute e Rebeca, em análise anterior, apresentou, em suas comunicações, referências de que alguns profissionais tratam os usuários com indiferença. Evidentemente que isso depende do profissional/usuário e da relação que se estabelece na interação desse encontro no atendimento, da intersubjetividade.

A isenção de responsabilidade, assim como o agir desumanizado, podem revelar falta de conscientização dos profissionais de saúde para o funcionamento adequado do serviço, tendo conseqüência na qualidade e na resolutividade do atendimento prestado ao usuário. Essa análise, porém, não pode recair somente nos profissionais que prestam o atendimento. É preciso examinar qual o direcionamento político-organizacional que os dirigentes do setor público e seus gerentes estão dando à atenção a saúde na rede básica. Estes aspectos são essenciais para o estabelecimento da qualidade no atendimento prestado para que se possa analisar se as mudanças necessárias para um novo modo de fazer saúde, dentro dos preceitos preconizados pelo SUS, estão sendo orientadas e atingidas com competência.

A competência dos profissionais de saúde no atendimento foi um dos elementos que emergiram neste estudo e, para tratar essa questão, faz-se necessário

abordar alguns aspectos do trabalho e do comportamento humano, pois não seria possível tratá-la independentemente destas considerações.

As inovações científicas e tecnológicas, embora de forma secundária, têm incidência sobre o trabalho de um modo geral e o influenciam, e as ações desenvolvidas na saúde não fogem à regra.

A finalidade do trabalho em saúde é tanto de promover e proteger a saúde individual e coletiva quanto a de curar. A forma para atingir-se tal finalidade, no entanto, produz um certo modo de cuidar, que poderá ser tanto curador como promovedor de saúde (ou não), e a prática dos serviços de saúde envolve atos de cuidar que necessariamente não se caracterizam como um ato cuidador.

Na esfera técnica, esse saber operante deixa pouco visível a complexidade da dimensão intencional para a ação. A intenção parece reconhecer apenas a realização do científico, relegando a sua condição de ser também a realização de um projeto social (razões e propósitos histórico-sociais) abrigado no interior do saber fazer técnico ou de como agir no exercício de uma profissão. Nesta base é que toda ação de trabalho, até mesmo quando examinada sob o enfoque de ato unicamente gerador de produtos dados, pode e deve ser admitida (estudada) como intenção técnica, ética e política em ato (SCHRAIBER et al., 1999).

Nessa perspectiva do trabalho, a intenção exteriorizada no agir (e no ato do trabalho) inscreve o profissional de saúde na normatividade social, articulando-o às normas da sociedade (AYRES, 1995).

Para produzir o cuidado em saúde, entretanto, é necessário considerar que certas condições externas, como padrões e normas, demandas, expectativas, critérios de avaliação, recompensas e punições mesclam-se com variáveis internas do comportamento humano, produzindo o desempenho e fazendo com que cada profissional seja absolutamente singular em seu agir.

Segundo Moscovici et al. (1996), o comportamento humano é complexo e multidirecional. Apesar do avanço das ciências do comportamento nos últimos anos, temos que reconhecer que persistem aspectos intrigantes e

inexplicáveis do ser humano que nos desafiam em sua compreensão. Esse desafio não ocorre somente para os leigos, mas para os cientistas também. O comportamento é a designação genérica da conduta do indivíduo, e o seu desempenho é o comportamento qualificado que atende a certas especificações de uma atividade e que corresponde ao seu papel social. A autora indica três conjuntos interdependentes de variáveis internas que influenciam o comportamento humano e, entre eles, encontra-se a competência. Os outros dois são a energia e a ideologia.

A competência, como uma das variáveis que influenciam o comportamento humano, compreende dimensões intelectuais inatas e adquiridas, conhecimentos, capacidades, experiências e maturidade. Uma pessoa competente desenvolve e executa ações adequadas e hábeis em seu trabalho, na sua área de atuação (MOSCOVICI et al., 1996).

A atividade social da saúde requer a condição de um conjunto específico e abstrato de conhecimentos, indicado pelos estudiosos como um dos elementos prioritários na conformação e prática das profissões. A base cognitiva, assim como as habilidades dela decorrentes, apresenta especificidades que as distinguem das demais, estabelecendo o saber de cada profissão.

Ocorre que as necessidades de saúde expressam múltiplas dimensões, como a social, a psicológica, a biológica e a cultural, bem como o conhecimento e as intervenções possíveis desse objeto complexo que é o processo saúde-doença, que se constitui em um intenso processo de especialização (SCHRAIBER et al., 1999).

Analisando o que os participantes comunicaram e que tem lugar quando tratamos a competência, seja no atendimento pelos profissionais de saúde ou sobre o serviço como um todo, temos a declaração de Leá:

O meu filho estava com herpes e aqui eles disseram que era... Não lembro o nome. Uma outra vez ele estava gripado, ele tem uma gripe já há quatro anos, nunca, nunca conseguia curar, e eu venho aqui sempre. No fim eu descobri que ele tinha rinite alérgica num hospital [referindo-se a um hospital geral público]. Ele ia lá e fazia exames. Aí, apareceu lá a tal rinite alérgica.[...] Os médicos, eles olham, não mandam fazer nem um exame pra ter certeza que é isso mesmo. Eles olham, parece ser isso, parece ser aquilo, e às vezes não é. Já aconteceu isso uma vez.

As limitações encontradas no sistema para a execução das ações de saúde, muitas vezes, não possibilitam que os profissionais possam atuar com competência. Um médico que não tenha possibilidade de solicitar exames complementares para a obtenção de maiores esclarecimentos diagnósticos – e aqui não cabe a pertinência ou não da conduta – possivelmente estará limitando sua área de competência e, portanto, a sua capacidade resolutiva. Essa situação irá interferir no atendimento, que ficará restrito à área sintomática apresentada pelo usuário, e que se refere à falta ou limitação de condições apresentadas pelo serviço para um plano terapêutico integral e resolutivo. Além da possibilidade de exames complementares diagnósticos, cabe salientar que, muitas vezes, a competência dos profissionais de saúde na realização de entrevistas e de exames físicos minuciosos poderiam superar algumas faltas e/ou deficiências apresentadas pelo serviço.

Há, também, uma realidade em que, conforme Zucchi et al. (2000), os usuários querem ter o direito de ser submetidos a exames novos e caros, algumas vezes mesmo sem necessidade e indicação médica. Alguns fazem exigências para realizar certos exames e terapêuticas não indicadas. Cabe aos profissionais desenvolver habilidades para lidar com essas expectativas.

Por outro lado, a expressão de uma necessidade de saúde manifesta, muitas vezes, a solução pensada pelo usuário do que representa para ele um problema. E a definição do seu problema tem por trás o seu conceito de saúde-doença aprendido nas suas relações sociais na vida cotidiana. A caracterização e a compreensão do problema do usuário pelos profissionais de saúde tornam-se importantes para que o seu atendimento seja mais humano, acolhedor e resulte em uma abordagem que leve a uma solução competente.

Rebeca relata:

Muitas vezes meu filho chegou aqui com febre e eles não quiseram atender. Eu digo: 'não, vai atender porque ele está com febre, ele está atacado da bronquite, e eu não vou sair daqui sem atenderem ele'. Então às vezes tu tens que te impor mesmo, tens que bater pé.. Às vezes, as crianças chegam aqui, a gente vê que as crianças estão passando mal, então fazem esperar. Mas às vezes as crianças estão mal mesmo, não é porque 'Ah, a mãezinha está nervosa...' Eu sei quando meu filho está precisando de um médico mesmo, quando ele está passando mal, sabe?...

A relação dos usuários com os serviços não se mostra tão passiva e dependente como se supunha anos atrás, haja visto o posicionamento informado por Rebeca. Esta relação algumas vezes é tensa e existem formas de reação que põem em cheque o poder e o controle dos profissionais e/ou serviços sobre os indivíduos (OLIVEIRA, 1998).

O usuário inteira-se, cada vez mais, no mundo técnico, muitas vezes conhecendo os exames que devem ser solicitados e questionando os tratamentos propostos no atendimento.

É o que demonstra, ainda, o relato de Rebeca:

Eu fui atropelada e hoje vim pra fazer curativo. Só que, pra variar, nunca tem o material para fazer curativo. A mesma coisa quando eu fui ontem no hospital [referindo-se a um hospital de outro distrito] onde estive internada por causa do meu acidente. A mulher não queria me atender. Ela disse que era para fazer o curativo só de manhã. Eu tive que fazer drenagem, daí eu disse: 'não! está sangrando e eu preciso fazer agora. Eu não posso esperar até amanhã'.

Em alguns países, a atenção básica à saúde é mais importante do que em outros. Quando os serviços de saúde são submetidos a certas dificuldades, os usuários desencorajam-se de procurá-los. Desta forma, a disponibilidade de recursos exerce um efeito restritivo, impossibilitando certas iniciativas, gerando um efeito indireto de dissuadir o usuário a consultar. Certas opções são eliminadas quando não há disponibilidade de recursos ou quando um racionamento se impõe, em razão de uma hierarquia de prioridades (ZUCCHI et al., 2000).

Cabe salientar o compromisso do gestor de saúde em suprir com tecnologia e recursos mínimos os serviços disponibilizados sob sua responsabilidade que possibilitem uma atenção integral e resolutiva.

Na comunicação de Rebeca, a impossibilidade de ter seu curativo realizado na UBS fez com que ela procurasse a emergência hospitalar para resolver o seu problema de saúde. O atendimento na emergência em hospitais públicos é, por natureza, episódico e não propicia uma relação personalizada e humanizada entre profissionais de saúde e usuários, comprometendo o acolhimento, o vínculo,

a continuidade, a integralidade e, muitas vezes, a resolutividade dos problemas apresentados pelos usuários.

Ao realizar-se um ato de saúde, nem sempre ele representa a produção de saúde como já enfocamos anteriormente, pois ela deve supor ganhos e/ou recuperação de certos graus de autonomia no modo do usuário conduzir a vida. Assim sendo, a produção de atos de saúde pode estar centrada simplesmente em procedimentos e não atender às necessidades integrais de saúde dos usuários, tendo como finalidade última uma produção que se efetua e se esgota na sua produção, como por exemplo, a de uma vacina ou de um curativo (MERHY, 1999).

O diagnóstico de uma condição e o entendimento dos seus efeitos na vida de um usuário dependem do ambiente do serviço de saúde, mas dependem, principalmente, de uma atitude competente no atendimento pelos profissionais e seus efeitos resolutivos. Eles devem criar condições que possibilitem ao usuário transmitir acuradamente a sua mensagem e, ao recebê-la, decodificá-la com maturidade, pois ela é fator fundamental para o exercício competente da atuação em saúde.

Para Stein (1998), formas de comunicação verbal e não verbal devem ser utilizadas. Uma boa comunicação, além de auxiliar na relação entre profissionais e usuários, possui um efeito importante no desfecho do atendimento prestado e seus resultados.

Leá relata que:

Eu não posso ter nenhuma dor. Qualquer coisinha, vou no médico. Eu não espero a doença pegar bem, sabe? Qualquer coisinha que eu sentir, alguma dor ou perceber que meu filho não está legal, eu vou correndo em qualquer médico.

O conhecimento de sintomas por parte da população está bastante disseminado. Ultimamente, a tomada de consciência por parte dos usuários em relação ao seu próprio corpo aumentou. O indivíduo tem se mostrado atento a qualquer risco de doença. O crédito depositado no sistema de saúde torna-se evidente quando o usuário espera curar alguma doença ou mesmo somente afastar os seus sintomas através do seu atendimento nos serviços (ZUCCHI et al., 2000).

Para Dalila: “Eu espero que eles atendam bem, que dêem a medicação certa. Tem vários postos que dão medicação errada pras crianças, como um que eu fui esses dias: eles deram medicação errada pro meu filho.”

A expectativa na comunicação de Dalila aponta deficiências de diagnósticos e de terapêuticas mais precisas experienciadas em outro serviço e caracteriza-se pela busca de uma igualdade de acesso a tecnologias do complexo médico-industrial. O desejo de poder ser diagnosticado ou tratado através de uma das conquistas da medicina é como um ideal a ser alcançado por todos, mas esse acesso muitas vezes ocorre apenas para alguns (NOVAES, H.; NOVAES, R., 1994).

Sara comunica que:

Tenho mioma desde 1996. Agora eu vim duas vezes no posto. O doutor olhou e disse: ‘a senhora não tem mioma’. E eu insisto que eu tenho. E ele diz que eu não tenho. Então, neste ponto eu parei.[...] Eu estive aqui esses tempos pra buscar um médico para o meu filho, porque ele caiu no meio dos papéis. Eles disseram que não podiam ir. E aí, quando chegam outras pessoas que vêm procurar – às vezes por causa de bebedeira, essas coisas – chegam a sair dois, três médicos para ir visitar. Apesar que meu filho bebe, mas nesse dia que eu vim aqui, ele estava bom da bebida. E como aqui às vezes eles não atendem, não sou só eu quem tem queixa desse posto. O meu filho, naquele dia, estava mal, tendo tontura. A gente baixou ele semana passada. Quando a gente chega aqui, nunca tem ficha. A mulher dele veio de manhã e mandaram tirar ficha de tarde. De tarde, mal e porcamente, eles deram encaminhamento.

Para atender a população de sua abrangência, os profissionais das UBSs necessitam sair à campo, realizar visitas domiciliares e incentivar o extramuro. A responsabilidade da equipe de saúde de uma UBS não deve se limitar somente ao atendimento da demanda que a ela aporta. Implica em impactar os problemas e dar respostas que possibilitem alterar o quadro de saúde de sua área de responsabilização e que provoquem um aumento no grau de autonomia dos usuários frente aos seus problemas (MERHY, 1997).

Conforme Almeida (1991), as ações promocionais, como as visitas domiciliares, os trabalhos educativos, as atividades externas com grupos populacionais ou em instituições devem ser priorizadas, bem como a vigilância sanitária e epidemiológica, que, não sendo realizadas, dificultam o alcance da saúde coletiva.

Com relação à insatisfação da usuária Sara, o que a levou a buscar o serviço foi a necessidade de atendimento emergencial para o seu filho. Santos (1995) refere que quando o usuário busca serviços preventivos, a valorização é feita pela relação interpessoal que se estabelece. Mas se a busca for por serviços curativos e emergentes, são valorizados o acesso e a eficácia, como competências do serviço, por tratar-se de momentos que apontam necessidades diferenciadas sentidas pelos usuários.

Ana conta:

O caso da minha tia: ela estava com diabetes. Então, a doutora atendeu muito bem. A doutora foi quem descobriu que ela estava diabética e está cuidando dela. Então, se não fosse pelos médicos daqui do posto, eu acho que não saberia o que ela tinha. Ela estava doente em casa e eu trouxe ela aqui no posto. A doutora pediu os exames e descobriu que ela estava diabética.

É inegável que a medicina, enquanto campo de conhecimento e intervenção social, atingiu sucesso e credibilidade ao consolidar conhecimentos teóricos e metodológicos em diferentes camadas sociais, obtendo apoio de segmentos que a ela têm acesso, como demonstra a satisfação de Ana com o atendimento dispensado a sua tia.

Um modelo tecno-assistencial em defesa da vida evidencia-se, entre outras possibilidades, na realização de ações resolutivas como geradoras de efetividade e satisfação. Para Donabedian (1990), a efetividade refere-se ao grau de melhoria no estado de saúde que só é atingido de fato no dia-a-dia de um serviço.

João comenta que:

[...] em certos setores, em certos lugares, muitas vezes, certos médicos não nos atendem. Eu ainda estive, esses dias, num outro setor e tive que perguntar se o médico não iria me dar remédio para febre. Aí ele disse: 'ah, é. Vou te dar um remédio para febre'. Isso tudo a gente repara. A gente precisa. Eu não tenho visto muita melhora na medicina, principalmente nos dias de hoje. Eu acho que a gente tem sido... Eles estão tratando muito o básico quando a gente vem para consultar [...].

Constata-se na informação de João que a aceitação de determinadas condutas não é tão monolítica. O conhecimento médico e o próprio valor da medicina são, atualmente, muitas vezes questionados (OLIVEIRA, 1998).

Rute, em sua perspectiva, espera mais: “Acho que os médicos tinham que dar mais uma atencãozinha pra gente”, e Ester compara: “Antigamente, eles tratavam as pessoas com mais humanidade. Agora, eles só fazem aquilo que eles querem fazer e pronto”.

O atendimento humanizado, com acolhimento, implica em uma relação interpessoal que não se repete, constituída de atitudes nem sempre previsíveis ou que possam ser pré-estabelecidas.

Waldow (1998) destaca que atenção e carinho representam mais do que requisitos profissionais, referindo-os como atributos morais que desmistificam o cuidado como uma tarefa meramente técnica, e que a pessoa que cuida deve demonstrar atenção e amor, pois o seu comportamento é percebido e sentido pelo usuário.

Judite relata:

Quando minha filha largava bicha por tudo o que é lado, tudo o que é canto, eu trazia ela no posto e eles só sabiam mandar dar aquele remédio... Ela não aceitava, daí eu voltava... Ela ficou mais magra. Magra, magra. Eu pedi para eles se não podiam dar um encaminhamento para o hospital. Eles disseram que não, que ela estava bem e que eu tinha que insistir e dar o remédio. E eu insistia e a menina não tomava. Daí, eu falei com a minha mãe: ‘sou obrigada a levar a menina para o hospital’. Peguei e levei ela no hospital. Ela ficou baixada quatro dias. Desnutrição. Eles falaram: ‘por que no posto não encaminharam antes?’ Eu respondi: eles acharam que ela estava bem e que eu só devia tentar dar o remédio para ela. No tempo que tinha outras doutoras que era bom. Minha mãe me trazia aqui, eu tinha o quê... onze anos. Era bom o atendimento.

Os depoimentos de João, Rute e Judite ratificam que acolher não significa, unicamente, resolver por completo o problema que é apresentado pelo usuário, mas que se torna indispensável a atenção dedicada na relação entre profissionais e usuários, envolvendo a escuta, o respeito ao outro e a valorização de suas queixas.

O exemplo específico de Judite evidencia a fragilidade da usuária na relação com os profissionais da UBS, que se traduziu na dificuldade encontrada por ela para sensibilizá-los sobre o sofrimento e as necessidades de sua filha. A situação exposta trouxe-lhe constrangimento frente ao outro serviço. O seu depoimento

demonstra uma sensação desagradável e de insatisfação. Se tivesse havido, por parte dos profissionais, a disposição para escutá-la e a valorização de suas queixas, é provável que a unidade teria realizado um atendimento mais acolhedor, competente e de qualidade. A necessidade de procurar outro serviço talvez não tivesse sido considerada e decidida de forma independente e exclusiva pela usuária, mas poderia ter sido uma consequência do seu atendimento, com o seu encaminhamento a partir da UBS.

Milká compara os atendimentos por ela recebidos:

Agora, mudou um pouco. Eu tinha dúvida quando eu trazia ela para consultar [referindo-se à filha no colo], porque eram cinco minutos de consulta e depois uma hora lá fora tentando pegar informação de uma outra médica aqui de dentro do posto para perguntar qual era a pomada que tinha que passar. E depois que eu comecei a me tratar com essa doutora, eu passei a adorar o posto. Eu gostei muito dela e de toda a sua atenção. Daí, passei a gostar mais. Ela é uma excelente doutora. Ela não é daquelas que passa a mão no problema, ela vai fundo, ela dá bom atendimento. Não só na minha gestação, mas antes e depois, que já faz quatro anos que me consulto aqui. A consulta dela hoje foi excelente. Dela eu não tenho o que reclamar.

A lógica de uma maior produtividade no serviço, segundo Matsumoto (2002), dificulta o estabelecimento de escuta, assim como a pressão da demanda reprimida é outro fator que influencia a rapidez com que são realizados alguns atendimentos no sistema. Mas o tipo de atendimento ultimamente recebido e referido por Milká sugere aceitabilidade, confiança, vínculo e satisfação da usuária com o serviço. Um atendimento com essas características proporciona benefícios para a aceitação de medidas de promoção à saúde e/ou à terapêutica indicada, com desdobramentos na diminuição dos níveis de morbidade e nas taxas de hospitalização, assim como na diminuição dos custos desses serviços.

Para Merhy (1997), é nesta intersecção profissional/usuário que ocorrem as possibilidades de alternativas e soluções para as demandas apresentadas pelos usuários. As demandas, assim como as expectativas de atenção em saúde, são distintas e variadas e dependem tanto do profissional como do usuário e da relação que se estabelece entre ambos para o atingimento da atenção à saúde com qualidade.

O depoimento de Milká demonstra que, em seu atendimento, houve uma relação competente e humanizada entre o profissional de saúde e a usuária e, como conseqüência dessa satisfação com a qualidade de seu atendimento, ela deixa inferir o estabelecimento de seu vínculo à UBS, relação importante para a credibilidade e a valorização do atendimento básico, além da resolutividade desejada para o primeiro nível do sistema.

O vínculo não deve ser entendido pelo seu estabelecimento exclusivo com um só profissional, mas com uma dada equipe em um certo serviço, caracterizando quem é o responsável pelas diferentes ações (CAMPOS, 1994b).

O papel dos profissionais de saúde para o acesso, acolhimento, vínculo e responsabilização como competência no trabalho é fundamental, pois são eles que produzem, através de um conjunto de atos, o processo de interação, muitas vezes sem a perspectiva de poder obter ou prever imediatamente seu resultado final, mas que, ao gerar satisfação e efetividade, qualificam o atendimento aos usuários.

O empreendimento de buscar, no planejamento e na avaliação, e por meio de modelos assistenciais que proponham a máxima qualidade assistencial dos serviços, certamente deve incluir, além da competência tecno-científica, a viabilidade econômico-financeira da produção, bem como a realização das diretrizes políticas da reforma sanitária (SCHRAIBER, 1999).

“Os problemas nunca acabam, não existe um mundo que não os tenha, o que muda é a nossa competência para resolvê-los e o seu tipo” (MERHY, 1997, p. 141).

Outra situação importante apontada como uma das expectativas de melhoria do atendimento pelos participantes, foi a questão da agilidade no atendimento, e ela foi referida por dez participantes como uma situação que necessita melhorar. Os participantes referem o tempo de espera para a obtenção e realização de consultas, assim como para efetivação de consultas especializadas ou

para realização de exames complementares, como fator que dificulta e restringe o seu atendimento e, portanto, a resolatividade de seus problemas de saúde.

Entre eles, encontram-se Leá e Rute: “Eu cheguei – tem que vir pra cá onze e meia pra conseguir uma ficha pra não sair daqui cinco horas da tarde, por exemplo.”

Para Rute, “tem que ter mais atenção por parte dos postos. Acho que demoram muito para atender. Demora muito pra ser chamado. Não sei se é a partir dos médicos isso, ou se é geral.” A situação exposta por Rute tem relação não mais com a espera na fila por agendamento, como o relatado por Leá, mas com a longa espera para a realização da consulta médica.

Judite: “Às vezes a gente está mal ali e sai cinco ou seis horas. Eles não querem nem saber, eles sobem aqui para cá [referindo-se ao andar superior, pois o prédio tem dois pisos] e se esquecem da vida.”

A busca por uma nova relação entre profissionais e usuários deve estar pautada pelo compromisso de assumir cotidianamente o cuidado à saúde, com a responsabilização da qualidade da assistência prestada, primando-se pela “cidadanização” da assistência à saúde, base da dignidade, não só do usuário, como do profissional no campo das ações de saúde (MERHY, 1997, p. 123).

No nível primário, observa-se uma fragmentação, não só do atendimento, como também do processo de trabalho dos profissionais de saúde, levando-os à alienação com relação ao atendimento dos usuários e, como resultado, instala-se o enclausuramento tanto do serviço quanto dos profissionais sobre si próprios. A importância dos problemas de saúde apresentados pelos usuários fica perdida nos meandros dessa rotina diária fragmentada (STEIN, 1998).

Christófaros e Santana (2002) referem-se à fragmentação do processo de trabalho em saúde abordando dimensões que ocorrem desde a fragmentação conceitual, que é a separação entre o pensar e o fazer; a fragmentação técnica, caracterizada pelo aumento crescente de profissionais especializados e a fragmentação social, estabelecida pelas relações rígidas de hierarquia e

subordinação, configurando a divisão social no interior do trabalho em saúde e entre as diferentes categorias profissionais.

Ana comunica: “Tu vê, tu esperas dois ou três meses pra consultar com um otorrino, um oftalmologista, isso aí eu acho que é tão ruim. Eu acho que devia ter mais, acho que o governo podia dar mais uma olhada nisso aí tudo.”

A pressão da demanda exige incrementos permanentes na oferta. Mais do que isso, é preciso um acesso mais equânime e ágil aos serviços prestados à população. A exigência social de maior cobertura deve conduzir a uma atuação do governo, criando e mantendo direta ou indiretamente serviços de saúde (ZUCCHI et al., 2000).

A falta de especialistas médicos referida por Ana e a falta de agilidade para integralização do atendimento são questões ainda não resolvidas pelo sistema que trazem dificuldades aos usuários ao retardar o seu diagnóstico e o seu tratamento terapêutico. Há, na comunicação de Ana, uma reivindicação ao gestor público estadual para a solução da falta de agilidade apresentada pelo serviço.

Madalena refere: “Eu acho que teria que ser melhor, essa demora. [...] Um exame é uma coisa que demora, isso aí é que eu acho. Demora demais. A gente demora uns dois, três meses para poder fazer um exame, aí que é o problema.”

Salomé comunica: “Demora para fazer uma ecografia.”

A autonomia do usuário para a obtenção de “cura”, em muitos casos, depende de uma combinação de técnicas de apoio individual (atenção clínica, fármacos, exames laboratoriais e radiológicos, reabilitação física, entre outros), e a atenção básica deve se organizar com retaguarda a essas necessidades, possibilitando respostas mais ágeis que permitam o atendimento complementar, integral e resolutivo.

João refere:

Hoje eu tinha que trabalhar, eu tinha coisas para fazer. Ontem já passei horas no hospital, das quatro da tarde às quatro da manhã. Aí, agora vim pra cá a uma hora da tarde. [...] Agora mesmo estavam chamando uma moça aí, eu acho que não agüentou mais esperar, resolveu ir embora. Por isso que muita gente se auto-medica ainda.[...] tem gente aqui desde o

meio-dia e vai sair daqui cinco, seis horas da tarde. [...] são horas perdidas, é praticamente uma tarde, a gente perde uma tarde.”

A demora no atendimento revela uma desconsideração com a fragilidade e sofrimento do usuário e desrespeito aos seus direitos de cidadão, além de não possibilitar sua autonomia para seus afazeres cotidianos, conforme comunicação de João: “para poder realmente tocar a vida da gente”.

A maioria dos usuários tem esperança que as ações de saúde possam melhorar sua vida e capacitá-los a enfrentar os problemas que têm diante de si no cotidiano. Eles esperam tornar-se cada vez mais capazes de transpor por si mesmos parte de seus sofrimentos, superando as barreiras que lhes trazem problemas. Em suma, eles querem poder ser autônomos “diante do seu caminhar na vida” (MEHRY, 1997, p. 120).

O processo de trabalho dentro do distrito sanitário e da UBS e o modo de atuação de sua equipe interdisciplinar devem ser definidos de forma que sejam evitadas a desresponsabilização e a burocratização que impossibilitam a aproximação efetiva do usuário com a equipe de saúde e seu vínculo com o serviço (MEHRY, 1994). Essa situação leva o usuário a procurar o primeiro atendimento, na maioria das vezes, no nível terciário, através de pronto atendimento em urgências hospitalares para solucionar os seus problemas de saúde, que quase sempre representam situações mais abrangentes, como as identificadas nesta pesquisa e aqui analisadas.

A questão da falta de agilidade resulta em um círculo vicioso, que tem início na fila para a obtenção de fichas para agendamento de consultas. Quando o usuário consegue transpor a primeira barreira, depara-se com a segunda, que é a espera para a realização da consulta. Caso seja necessária uma consulta especializada ou um exame complementar para a integralização do atendimento, a espera, segundo os informantes, pode levar meses ou anos, constatando-se que a resolutividade de 80% dos problemas de saúde dos usuários através da atenção básica está difícil de ser alcançada.

4.3.2 Condições de trabalho do profissional cuidador

A estrutura dos serviços de saúde conforma uma dimensão que tem que ser devidamente considerada: as condições de trabalho para a equipe de saúde. Os participantes demonstraram, neste estudo, que não estão preocupados somente em ser acolhidos pela UBS e ter um atendimento competente, ágil e com qualidade para encontrar a resolutividade para os seus problemas de saúde. Eles aportaram situações que dizem respeito às condições de trabalho do profissional cuidador.

Ana pondera que: “Poderia ter bastante conforto para trabalhar, para eles poderem agir na profissão, coisa que eles não têm.”

Sara refere a necessidade de insumos para os profissionais trabalharem:

Esse posto precisa ter material, para quando a gente chegar aqui, ter as coisas para fazer um exame ou um curativo, que também não tem. Eles não têm culpa. A gente tem que falar assim, que não tem as coisas. Eles têm boa vontade de atender, mas o problema é que não tem [material].

As usuárias Ana e Sara têm uma noção clara e objetiva das limitações impostas pelos serviços públicos quando referem que, se os profissionais não fazem mais, é porque não são oferecidas as condições e os meios para tanto. Torna-se difícil – muitas vezes impossível – para os profissionais de saúde compensarem as deficiências apresentadas pelo sistema. Quando os serviços envolvem a participação de profissionais e usuários nas decisões e disponibilizam recursos e os colocam à disposição dos profissionais, sua atuação é estimulada e a motivação é despertada para a busca de novos conhecimentos e novos modos de atendimento, que resultam no aumento de sua competência e agilidade para a realização das ações de saúde com qualidade, questão prioritária para a efetivação do SUS.

Raquel refere-se à área física da UBS e à falta de equipamentos:

Eles tinham que ter mais salas para poder atender. Tem poucas salas. E aparelhos adequados. [...] Eu não sei o nome do aparelho [sinalizando com as mãos nos ouvidos para indicar um estetoscópio]. Um médico espera pelo outro para usar.

O depoimento de Raquel, se analisado segundo os padrões desejados em estrutura física e infraestrutura, sugere necessidade de reorganização da UBS, tendo em vista que a demanda populacional de sua área geográfica aumentou muito desde a época em que ela foi instalada, e faz-se necessário o incremento de tecnologia básica para que o atendimento seja realizado.

O depoimento de Raquel exemplifica a precariedade de condições tecnológicas quando ela refere a insuficiência de estetoscópios para o atendimento. Tais carências observadas pela usuária na UBS têm referência em Machado (1996), quando reporta a forma de exposição a que estão sujeitos os profissionais hoje nos serviços e sua submissão a uma relação difícil que se assenta em constrangimentos perante as condições mínimas de trabalho, na ausência de perspectiva profissional, na perda substantiva de qualidade do atendimento e no trabalho embrutecido pela política da falta.

As condições ético-profissionais devem ser consideradas como as mínimas indispensáveis para que os profissionais de saúde possam realizar o atendimento.

Ester, em seu relato, diz:

Eu espero que eles dêem mais condições para os médicos. Tem uma médica aqui que chegou de manhã no posto e duas horas da tarde ela ainda não tinha saído, porque estava com umas quarenta fichas para atender. Eu cheguei aqui e ela estava assim, ó... [flexionando os dedos da mão, dando a entender que havia muita gente]. O meu esposo teve um problema de pressão alta e ele veio ligeiro aqui. Mesmo assim ela atendeu. Ela não tinha nem obrigação, porque ele não tinha ficha. Ele veio no intervalo do almoço e mesmo assim ela atendeu com boa vontade, sendo que outros médicos, alguns médicos que ainda estavam atendendo foram embora e deixaram ela com as quarenta fichas para atender.

Conforme Trezza (2002), “não deve existir espaço dentro do sistema para o médico-herói, que pretenda agir sozinho à margem de uma equipe que planeja, execute e avalie continuamente a dinâmica da atenção à saúde em todas suas vertentes.”

A situação descrita por Ester demonstra a concentração de atribuições multiprofissionais num único profissional. Mostra, também, a necessidade de

examinar as relações, em sua natureza e profundidade, estabelecidas entre os profissionais e os usuários, e de como elas se fundamentam, seja assumindo os usuários como um conjunto de pessoas que individualmente procuram os serviços e necessitam deles, seja no estabelecimento de um sentido de coletividade em que seja possível reconhecer no conjunto de usuários um conjunto maior e mais complexo, que tem identidade sócio-cultural e perfil identificável de condições de vida e saúde e que não é uma ação para um único profissional. A abordagem interdisciplinar deve capacitar e qualificar o atendimento para agir positivamente sobre determinantes que muitas vezes se tornam de difícil apreensão por um só profissional isoladamente.

Com relação ao processo de trabalho, quando ele é realizado de forma coletiva entre os profissionais, possibilita um aumento da qualidade de suas ações, pois novas conformações advirão dessa relação que será propulsora de uma busca cada vez maior da capacidade de instrumentalização para entender e atender a complexidade do universo que estão tratando, do ponto de vista não só dos problemas individuais, mas também dos coletivos e da atenção integral.

Vecina Neto e Terra (2000, p. 89) afirmam que “[...] as organizações de saúde e as pessoas que nelas trabalham precisam desenvolver uma dinâmica de aprendizagem e inovação, cujo primeiro passo deve ser a capacidade crescente de adaptação às mudanças observadas no mundo atual” e que

as novas concepções do processo saúde/enfermidade articulam saúde com condições de vida, englobando aspectos como o meio ambiente, habitação, educação, justiça social, tecnologia, processos econômicos, entre outros, dando origem a um novo paradigma assistencial, mais voltado para a promoção da saúde e para a ação intersetorial.

O profissional de saúde tem seu agir assentado na aproximação individual e coletiva dos problemas de saúde na prática sanitária, de aproximação populacional, ou de seus segmentos, sendo esta interação propiciadora de questões tanto da interdisciplinaridade dos saberes especializados, quanto da interatividade na relação entre usuários e o próprio serviço (SCHRAIBER, 1999)

Ana opina:

Eles têm que reivindicar um aumento de salário para poder trabalhar, porque eles gastam pra ir e vir de casa pra atender. [...] Na minha opinião, o governo deveria dar um salário mais alto pra eles, eu acho que para todos, que trabalham com saúde. O governo deveria dar um salário mais alto para eles também.

Para Mehry (1997), a reivindicação, por parte dos profissionais de saúde, de condições adequadas de trabalho e de seus direitos, deve ser exercida dentro de uma compreensão abrangente de buscar tudo o que estiver a seu alcance para a defesa da vida, estabelecendo uma cumplicidade mútua entre usuários e profissionais, que possa resultar na melhoria real da qualidade de vida.

Saliente-se que a visão aqui estudada foi a trazida pelos usuários, e que não se tem a opinião dos profissionais de saúde para uma melhor compreensão das ações desenvolvidas pela equipe de saúde e de sua satisfação no trabalho, assim como a avaliação sobre as condições apresentadas pelo trabalho organizacional que caracteriza um serviço básico de saúde, uma vez que esses profissionais não foram objeto desta investigação. Eles deveriam ser estudados, especialmente, em sua apatia, conformismo e indiferença frente à degradação das instituições de saúde e da manutenção de certas cristalizações no seu fazer cotidiano. Esta constatação é referida, entre outros, por Merhy (1997), quando salienta que o processo de trabalho em saúde tem sido pouco estudado e refere a necessidade de estudar-se a organização do processo de trabalho e que os estudos deveriam contemplar a subjetividade humana e as conseqüências das tecnologias “leves”, “leve-duras” e “duras”⁴ para o planejamento e a gestão em saúde. A questão das tecnologias será retomada no próximo tema.

⁴ Há uma contribuição fundamental de Merhy (1997) na sua teorização sobre a micropolítica do trabalho em saúde, quando define tecnologias. As leves, são os conhecimentos, as atitudes, os compromissos e as responsabilidades. As leve-duras são os saberes bem estruturados, presentes no processo de trabalho em saúde, como a clínica, a epidemiologia e a psicanálise, entre outros. As duras são os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais.

4.3.3 Melhoria de condições organizacionais e tecnológicas

Um fator importante para a obtenção do êxito dos cuidados básicos de saúde é a possibilidade do emprego de tecnologia apropriada para alcançar-se os resultados desejados.

Conforme Schraiber et al. (1999, p.224), a assistência disponibilizada à população, enquanto um conjunto coordenado de ações e efeitos esperados em seu todo, deve ser objeto da organização dos serviços de saúde. As unidades de saúde – não somente as básicas, mas também as de atenção comunitária – e suas gerências encontram-se diante da necessidade de articular os trabalhos produtivos de cuidados e os princípios técnicos, baseados nos conhecimentos científicos e organizativos do sistema, assim como os princípios ético-políticos (da política social em saúde) da “boa prática” em saúde.

Schraiber et al. (1999) consideram como uma “boa prática” aquela que é esperada, pensada e operada de forma científica e através do modo de prestação de serviços, que tenha como objetivo cumprir não só com as expectativas de consumo da sociedade, mas com expectativas políticas e éticas na otimização da distribuição do benefício em que se constitui a atenção à saúde e dos avanços do direito à saúde balizados na constituição brasileira.

Temos, no relatório da Conferência Internacional de Saúde Alma-Ata (UNICEF, 1979, p. 49), sobre cuidados primários, a referência de que “por tecnologia entende-se uma associação de métodos, técnicas e equipamentos que, tomada em conjunto com aqueles que os aplicam e operam, pode contribuir significativamente para a solução de um problema de saúde”.

Segundo Schraiber et al. (1999, p. 227), ao considerar-se a noção de técnica, ela “é manipulação, intervenção manual que produz coisas, resulta em produtos, obras exteriores ao fazer, com o concurso de conhecimentos”. Em outras palavras, pode-se entender que a técnica constitui-se no exercício do saber, que pode transformar o conhecimento em prática para obtenção de determinado

produto, efeito ou resultado. Por essa razão, entendem-se os trabalhos como atos técnicos e, em seus processos, utilizam-se técnicas, embora elas não contemplem todas as variantes envolvidas em um trabalho, assim como o trabalho não contempla todas as atividades que são técnicas.

A estruturação de um trabalho produtor é constituída por instrumentos ou recursos disponíveis, sejam os físicos, relativos à edificação e espaço físico propriamente dito, sejam as tecnologias e equipamentos necessários para diagnósticos e terapêuticas e as normatizações que são próprias do serviço. No que se refere às tecnologias de características mais fixas, como as leve-duras, elas relacionam-se à estruturação de um conjunto de saberes essenciais à operação do trabalho em um contexto social determinado. A tecnologia está em diferentes saberes e possibilita a leitura e a tradução do mundo humano. Sua utilização nos serviços de saúde refere-se à oportunidade de interpretar a saúde e a doença, o normal e o patológico, o individual e o coletivo, a vida e a morte e a intervenção que se realiza por procedimentos e desempenhos que devem ser competentes e eficazes nestes processos. Para Merhy (1997), ela vai além dos saberes já referidos, permitindo aos profissionais ter leitura própria destes processos. Essa possibilidade na área da saúde faz-se presente tanto na clínica quanto na epidemiologia.

As principais tecnologias que temos que usar para estabelecer a nossa linguagem quando realizamos o trabalho em saúde são os nossos conhecimentos e, a partir deles, exercer o autogoverno⁵ para promover a relação de cidadania entre usuários/profissionais/serviço e também através das ações relacionadas ao grupo de gestão. Essas tecnologias (as leves) “estão muito mais em nossas sabedorias, experiências, atitudes, compromissos, responsabilidades, etc. do que em equipamentos, espaços, físicos, entre outros [tecnologias duras]” (MERHY, 1997, p. 124-125).

O nosso saber constitui-se como principal patrimônio para agir e criar

⁵ Autogoverno, para Merhy (1997), refere-se a uma certa autonomia que os profissionais de saúde têm na decisão do uso das tecnologias conforme a finalidade de seu trabalho, dominando um certo espaço com sua experiência prática e seus saberes intervindo no seu modo de atuar e possibilitando ir além das normas estabelecidas nos serviços.

opções tecnológicas de atenção à saúde (leves), e, de forma secundária, necessitam-se também de tecnologias duras, como, por exemplo, os equipamentos. Segundo o mesmo autor, em algumas áreas, como a de saúde mental, as próprias pessoas são suporte de suas ações tecnológicas, exemplificando o entendimento abrangente de tecnologia em sua abordagem.

Os processos de intersecção, de autogoverno e decisões, distintos entre si, mas interrelacionados, tornam-se concretos nas ações de saúde executadas pelos profissionais e apoiadas no aparato institucional disponível e, ao mesmo tempo, dão forma a um dado modelo de atenção.

Encontra-se em Schraiber et al. (1999, p. 222) que, para enfrentar os problemas da “ponta do sistema” (a UBS que representa a assistência direta e a produção dos cuidados), deverão estar contempladas as interfaces da ação técnica ou da tecnologia dos cuidados com o planejamento e a gestão dos serviços.

Merhy (1997, p. 123) alerta para o modo como os profissionais de saúde interagem com o seu principal objeto de trabalho, “a vida e o sofrimento dos indivíduos e da coletividade”, salientando que de pouco adiantará a correção de procedimentos somente organizacionais e financeiros da área de saúde se o modo de realizar o trabalho e de estabelecer e oportunizar a relação dos profissionais com os usuários “efetivos e potenciais” não for modificado para uma relação mais humanizada e solidária.

As condições organizacionais e tecnológicas foram consideradas pelos usuários como expectativas para o atingimento da qualidade e da obtenção da resolatividade de seus problemas de saúde. Eles indicam a falta de tecnologia dura, como aparelhos de raio x e eletrocardiógrafo, que são condições identificadas no sistema como próprias do nível secundário, e referem que a inexistência desses equipamentos nos serviços de saúde dificulta o seu atendimento. Além de apontarem outras faltas, como, principalmente, de medicamentos e material para curativos, eles também salientaram a escassez de profissionais para o seu atendimento. Outros aspectos enfatizados foram a necessidade da extensão do

horário de atendimento para 24 horas e a abertura do serviço também nos fins-de-semana, bem como a mudança do horário de agendamento na distribuição de fichas (normatizações próprias da UBS).

Josabete enfatiza, em sua comunicação, que precisaria ter “organização, uma direção mais firme [...]. É organização que não tem. Seria isso.”

A autoridade de um cargo de direção, mesmo com seus aspectos legais e simbólicos de poder, não é suficiente para fazer funcionar a máquina administrativa pública de forma mais adequada e eficiente. Se o grupo de profissionais e usuários não participar do planejamento e da implantação de políticas, não haverá sistemas de planejamento sofisticados, racionais, intelectualizados, avançados e progressistas que possam promover mudanças em termos de ação (MOTTA, 1991).

Milká compara: “É que o posto, antigamente, não era tão organizado como agora. Agora, está mais organizado.”

Rute opina: “Acho que quem administra deveria dar mais atenção aos postos. Um melhor atendimento. Falta equipamento.”

Os gerentes de serviços públicos que pertencem aos SUS encontram-se diante de necessidades tecnológicas advindas da representação que exercem enquanto gestores das questões da saúde pública, e, neste sentido, a atividade gerencial está presente como ordenadora de todas as ações praticadas nos serviços (SCHRAIBER et al. 1999).

Josabete comunica que deveria ter organização no serviço, enquanto que Milká, ao contrário, refere que “agora, [o posto] está mais organizado”. A abertura para o estabelecimento de um processo de avaliação do serviço poderia possibilitar uma visão mais global sobre a satisfação no atendimento recebido, facultando a todos os usuários da UBS a oportunidade de participação, com as suas opiniões sobre o atendimento prestado.

No enfoque de Schraiber et al. (1999, p. 224),

[...] o gerente deve oportunizar a produtividade, manejando os problemas e os conflitos cotidianos, para a produção de serviços

assistenciais oferecidos ao consumo individual e de mercado, envolvendo todas as questões da eficácia/eficiência empresarial, ainda que em empreendimento (“empresa”) estatal.

Rebeca traz sua informação a respeito da fila para ingresso na unidade e o modo de organizá-la frente à demanda espontânea de usuários que diariamente buscam atendimento na UBS e relata o que segue:

Às vezes tu vens, quer esperar na fila, as pessoas se metem na frente, tu não consegues ficha porque outros que nem estavam ali na hora que tu chegaste se metem e dizem que estavam na frente. Está muito desorganizado na hora de atender. O guarda tinha que dar uma fichinha [senha] pra tu chegares ali: ‘tu és o número um, tu és o número dois’. Eu acho que está muito mal organizado, as pessoas são muito mal educadas mesmo e chegam na tua frente. Às vezes não querem saber: ‘eu estou na frente’, e deu. Então, se eu estou aqui, eu digo ‘não, tu não estavas, eu estou na frente, eu cheguei primeiro’, [...] então o guarda é que tinha que dar as fichas [senhas], porque vira a maior baderna [...]. Na hora de darem as fichas, chega aquele monte de gente, tu não sabes quem chegou primeiro, quem chegou por último, sabe? Então, vira baderna.

Uma das razões de se encontrar filas na UBS, é porque persiste o “ciclo vicioso” de demanda crescente por consulta médica, que apresenta, segundo Matsumoto (2002), entre outras causas, a dificuldade de acesso a outras tecnologias de atenção como as da prevenção e promoção da saúde, bem como a falta de atendimento a outras necessidades de saúde.

Há, no entendimento de Rebeca, solução para a desorganização da fila por ela relatada, que é o estabelecimento da distribuição antecipada de senhas que, segundo ela, organizaria a espera para o atendimento.

A questão das filas para agendamento de consultas é preocupação permanente dos gerentes dos serviços básicos e de centros de saúde, pois é um fator que agrava a situação dos usuários que buscam atendimento e mereceria um estudo aprofundado para sua solução.

Judite sugere mudança: “Primeira coisa, mudar tudo, mudar o horário de dar ficha, porque eles dão ficha ao meio-dia. Daí a gente fica um tempão esperando, até duas horas, às vezes a gente sai cinco ou seis horas.”

Pode-se inferir que a mudança sugerida por Judite no horário atual de agendamento traria agilidade no atendimento da UBS e minimizaria o tempo de espera pelo usuário para o seu atendimento.

Ester sugere alternativas:

Eu acho que eles deveriam ter um dermatologista, um médico especialista, e centralizar tudo num lugar. Ou então, colocar em cada posto, nem que fosse umas duas vezes por semana, um especialista.[...] Eu acho que eles deveriam se organizar mais. Antigamente eles davam uma ficha [senha]. Agora, as pessoas chegam aqui e não recebem a ficha [senha]. Eu acho que eles deveriam dar e cobrar da pessoa a fichinha [senha]. [...] Fazia tempo que eu não vinha, dá para ver pelo meu prontuário. Minha consulta é mais rara, meu marido é que mais ocupou, e a minha filha, porque é perto. O meu convênio se torna pra mim muito longe. Não é que seja muito longe, é de difícil acesso. Fica lá na Protásio Alves, tem que pegar dois ônibus, daí eu procuro aqui.

Ester, além de referir questões que, sob sua opinião, poderiam organizar melhor o serviço, como a distribuição de senhas antecedendo o agendamento, acrescenta outras necessidades que se referem à acessibilidade geográfica e à ausência de especialidades médicas, que são dificuldades encontradas por ela para a solução dos seus problemas de saúde. Ela destaca a acessibilidade geográfica, tendo em vista que o atendimento pelo seu convênio é de difícil acesso.

Quanto ao acesso a consultas, alguns usuários referem a dificuldade em obtê-las, principalmente as especializadas. Na opinião de Ester, há necessidade de outras especialidades no serviço e, como sugestão, ela indica a centralização de outros profissionais especialistas ou sua presença para atendimento na UBS pelo menos “umas duas vezes por semana”.

Ana opina:

Eu acho que deveria ter um ginecologista, deveria ter todos os tipos de médicos, todas as funções dos postos de saúde, acho que devia ter todas. E tem uma coisa, que a gente chega no posto, é só o pediatra, a nutricionista, o enfermeiro e o clínico geral. Se tu procurares outros médicos, um otorrino, um oftalmologista, isso aí não tem, isso aí deveria ter nos postos, isso aí deveria ter. [...] Para nós podermos também ter vários médicos, não só esses aí que eu te falei agora, poderia ter mais médicos...[...] Mais aparelho pra eles fazerem um raio x. Tu precisas ir para um hospital pra fazer um raio x. [...] Até laboratório, também, esses postinhos deveriam ter. Não precisava sair daqui para ir lá para o outro lado da cidade fazer um exame, que eles podiam ter e fazer aqui no

posto.[...] Em dois dias, três dias era só vir aqui, o médico já poderia estar com o exame na mão para ver o que a gente tem, isso aí.

Eva refere: “Ah, tinha que ter era raio x, um monte de coisas... Exame de sangue, raio x, que isso aí que eles dão encaminhamento e a gente tem que ir pra outro hospital para ser atendida: fazer um raio x, um exame. Aqui nada tem.”

O desejo das usuárias Ester, Ana e Eva pode ser interpretado como uma expectativa de receber todos os cuidados de que necessitam de uma só vez e no mesmo serviço. Isso descortina a questão da fragmentação do atendimento e da organização dos níveis de atenção e seu funcionamento para obter-se a resolutividade dos problemas de saúde da população. Um sistema que não possibilita a fluidez e a interrelação de ações necessárias entre um nível e outro e a retaguarda de ambulatórios especializados (atenção secundária), com possibilidade de exames laboratoriais e radiológicos ágeis e próximos do referencial geográfico de seus usuários, evidentemente obstaculiza a qualidade e a resolutividade como metas a serem alcançadas no atendimento.

Os recursos citados por Ana e Eva não estão disponíveis na UBS. Para Trezza (2002), seria ingênuo pensar que eles já foram disponibilizados na maioria das UBSs em todo o Brasil. Na década de 60, a prática médica, assim como todo o sistema de produção de bens e serviços, foi modificada profundamente pelo incremento de recursos tecnológicos. No entanto, a incorporação de tecnologia ocorreu quase que exclusivamente nos hospitais e institutos especializados, e muito pouco foi introduzido nas UBSs, resultando num distanciamento científico-tecnológico desses serviços comparados aos níveis secundário e terciário.

No entanto, o autor demonstra otimismo quando imagina que em menos de dez anos uma quantidade grande de UBSs gerenciadas pelo SUS terão acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos. Ele considera que essa estimativa hoje provocaria risos nos profissionais de saúde das UBSs.

Rebeca diz:

Material, falta material. E olha, eu acho que deveria ter uma farmácia bem equipada, sabe, deveria ter mais serviços de emergência. Uma psicóloga, tinha que ter. Tem muitas crianças que necessitam, sabe, muitas crianças que estão atiradas aí na rua, sem ter uma creche, uma

ocupação. Pra muitas crianças que ficam aí jogadas na rua, que a gente vê, a maioria deles hoje em dia com uma arminha de brinquedo na mão e eles já ficam assim.

A preservação, promoção e recuperação da saúde constituem um conjunto de ações cujo desenvolvimento efetivo depende da participação articulada e simultânea de diversos setores, bem como dos profissionais de saúde, dos usuários e dos serviços em seus respectivos níveis, e não somente do profissional médico. Nas opiniões de Ester, Ana e Rebeca, no entanto, a falta do profissional médico e suas especialidades foi a mais lembrada. Além dos médicos, Rebeca considera importante, ainda, a presença de um psicólogo na equipe de saúde, demonstrando sua preocupação com as crianças que, segundo ela, “ficam jogadas na rua.” Na abordagem da saúde comunitária com as famílias, ações articuladas entre a saúde e a educação podem dar respostas mais efetivas à situação relatada por ela.

Conforme Trezza (2002), o serviço básico deve prever, de modo programado e complementar, a participação do médico geral comunitário, do clínico geral, do pediatra, do tocoginecologista, da enfermeira, dos auxiliares de enfermagem, do dentista, do visitador sanitário, do assistente social e, de forma compartilhada entre as UBSs, o psicólogo, o nutricionista, o fonoaudiólogo e o fisioterapeuta. A equipe multiprofissional tem a possibilidade de ampliar a atenção à saúde da dimensão individual para a familiar, de grupos de risco específicos, da comunidade e do meio ambiente. Essa abrangência poderia aumentar a possibilidade de maior resolutividade dos serviços. A inexistência de um mínimo de recursos materiais e humanos sempre foi fator restritivo para que a atenção à saúde alcançasse um desempenho satisfatório e a resolutividade esperada no primeiro nível.

Samuel refere sua expectativa e vivência:

Médico bom, atencioso e remédio. Mas às vezes remédio não tem, não é? A gente tem que comprar os remédios caros... Às vezes não pode comprar também, não é? [...] É, eles atendem bem, só que remédio eles não têm. É difícil ter. Esse que é o problema sobre os remédios, que tem muita gente que não pode comprar.

Moisés: “Precisa ter os médicos atendendo as pessoas, os medicamentos, tudo o que a gente precisa. Hoje em dia, os medicamentos não estão fáceis para comprar...”

Samuel e Moisés, além da expectativa de qualidade para um atendimento eficaz, referem a escassez de medicamentos disponibilizados pela UBS como um obstáculo para a integralização do tratamento terapêutico. Ponderam, ainda, dificuldades na obtenção de medicamentos, inferindo-se de sua comunicação a inexistência de condições financeiras para adquiri-los.

Leá espera que a UBS venha a possibilitar um atendimento mais completo:

Exames e mais remédios também, que às vezes falta. A gente tem que ir lá no hospital [referindo-se a um hospital do distrito 6], ou então tem que ir na creche. Tem que dar uma caminhada para conseguir. Se tivesse, por exemplo, uma central de remédios, daí a gente ligava pra lá e mandava buscar, alguma coisa desse tipo, que seria num lugar só pra todos.[...] Eu gostaria que tivesse mais funcionários, porque são muitas pessoas para poucos funcionários atenderem.

Salomé diz:

Olha, eu espero um atendimento melhor, que a gente tenha o remédio, que é difícil de comprar. Quando tem aqui, eles me dão. Se não tem, eu procuro noutro lugar. Já teve medicação, esse posto. Já foi muito bom. Mas agora não tem. Não tem medicação nenhuma.

Além das dificuldades de acesso, de acolhimento e de encaminhamento para integralização do atendimento, o que foi trazido pelos participantes de um modo geral, marcando muito fortemente suas colocações, é a questão da falta de medicamentos.

Santos (1995) considera que a escolha por um serviço também é feita por facilidades e vantagens que ele possa oferecer. A questão da falta de medicamentos, segundo a opinião dos participantes, constitui-se em uma grande dificuldade na UBS estudada, e constata-se que o usuário não tem a possibilidade de medir vantagens ou desvantagens, visto que essa dificuldade é recorrente na rede básica como um todo. Esta falta expõe um outro aspecto da vida do usuário, que é o nível de carência da população usuária dos serviços públicos de saúde da rede básica.

Ocorre que o projeto de cuidado terapêutico individual e curativo disponibilizado pelo sistema determina e é elemento decisivo na “cesta” de necessidades básicas de saúde, e a prática vigente continua voltada para a doença, fazendo com que a medicação assuma um papel relevante na opinião dos usuários.

Em Novaes, H. e Novaes, R. (1994), temos que as inovações tecnológicas constituem-se em novas ofertas criadoras de demandas. Há que se avaliar a sua real incorporação e utilização. Deve-se também verificar em que medida uma técnica disponível será utilizada, tornando-se um procedimento disseminado e rotineiro, e também os eventuais efeitos de sua utilização.

Davi tem expectativa de que o serviço possa mudar:

Melhorar, melhorar. Ter as 24 horas e remédio. Ter um pronto atendimento aqui no posto.[...] Remédio que está difícil aqui. A gente vem buscar e está sempre em falta. O que falta aqui é remédio. Remédio é que está em falta.[...] Agora eu vim buscar e levei soro porque não tinha mais material para curativo.

Sara relata: “É um posto que não tem 24 horas. O Murialdo, lá embaixo, tem até uma certa hora. Fim-de-semana não tem. Numa urgência, a gente leva ali, mas não é sempre que tem.”

Pedro refere:

Pra mim, o maior problema é fim-de-semana, que qualquer problema que a gente tenha, a gente não tem atendimento. [...] Eu tenho a impressão que, assim do jeito que está, a solução é ter plantão no fim-de-semana, que muitas vezes a gente precisa e onde é que tem que ir? Num hospital de urgência, é a única solução.

Tiago diz: “Eu acho que uma das coisas aqui é o horário para atender. E seria uma grande vantagem se tivesse alguém que atendesse de noite, isso aí era excelente se tivesse um plantão aqui de noite.”

Os usuários trabalhadores, muitas vezes, desempenham suas atividades em locais distantes de sua área geográfica, e torna-se difícil para eles, quando necessitam de atendimento com acesso facilitado fora do horário comercial, seja para consulta médica ou atendimento emergencial para si ou para seus familiares. O terceiro turno em UBSS estrategicamente localizadas poderia resolver a questão referida, oportunizando o suprimento da carência desse serviço,

inclusive nos fins-de-semana.

Raquel comunica uma necessidade pessoal:

Eletrocardiograma que seria uma boa se tivesse aqui. Porque eu tenho sopro no coração e acho que tem várias pessoas que têm esse problema. Seria mais rápido a gente não ter que ir lá no hospital. Eu faço lá no hospital [referindo-se a um hospital público do distrito], mas agora dizem que não tem mais. Faz um tempão que eu não faço.

Até o final dos anos 50, não existiam eletrocardiógrafos, a não ser em hospitais e clínicas especializadas. Atualmente, conforme Trezza (2002), qualquer UBS poderia ter um desses aparelhos à disposição.

José compara:

Antigamente faltava material para eles trabalharem. Hoje, já tem outros materiais. A glicose, antigamente, eles não tinham, aquele negocinho pra furar o dedo da gente [referindo-se à glicemia capilar]. O material, as coisas vão evoluindo no posto, entende? De uns anos pra cá foram evoluindo. Tomara que evolua mais e eles possam atender melhor a gente na vila.

José salienta a introdução de tecnologia simples, como o exame de glicemia capilar que hoje é realizado na UBS como algo positivo, e tem expectativa de que as condições materiais e tecnológicas possam evoluir cada vez mais, melhorando o atendimento aos usuários da vila.

Segundo Mendes et al. (1994), na sua dimensão técnica, a UBS utiliza conhecimentos e tecnologias para o seu funcionamento que devem estar coerentes com os critérios políticos e ideológicos do projeto de saúde que o sustenta e com as necessidades de saúde que aportam ao nível primário do sistema.

4.4 Tema quatro: A presença de resolutividade dos problemas de saúde no atendimento aos usuários na unidade básica de saúde

A resolutividade tem sido mencionada com muita frequência ultimamente por diferentes autores da área de saúde, como Campos (1994b), Mendes (1996) e Schraiber et al. (1999). Mas eles, em suas abordagens, apenas a referem como um objetivo a ser alcançado na solução de problemas de saúde, sejam eles individuais ou coletivos, e sem apresentarem em sua produção escrita (ao

menos na que foi consultada) conteúdo específico para o seu tratamento. Essa tornou-se uma dificuldade encontrada para melhor qualificar o estudo desse tema. A contribuição bibliográfica ficou restrita a poucos autores, entre eles, Merhy (1997), Chioro e Scaff (1999), e Trezza (2002), por abordarem a resolutividade de forma mais específica.

Assim, ao examinar em Michaelis (2001) a definição de resolutivo e utilizar-se informações contidas no contexto teórico desta pesquisa, tem-se que resolutivo é “dar solução..., achar a solução de..., [...]. Resolver uma pretensão...” e que é algo que “produz efeito resoluto”.

Em Merhy (1994; 1997) encontram-se contribuições importantes que referem-se à ação resolutiva como a capacidade de se colocar à disposição dos usuários toda a tecnologia disponível para a realização do diagnóstico e da terapêutica mais indicada, possibilitando uma abordagem individual e coletiva para os problemas de saúde apresentados pelo indivíduo e/ou grupos sociais.

A referência do Ministério da Saúde (BRASIL, 1990b), que utiliza o termo “resolubilidade”, supõe a sua ocorrência mediante a exigência do indivíduo que busca um serviço de saúde para o seu atendimento, ou pelo surgimento de um problema coletivo impactante sobre a saúde da população, e considera que para o seu atingimento seriam necessários serviços capacitados para resolver esses problemas dentro de um certo nível de competência que pode ser primário, secundário ou terciário.

A resolutividade e seus efeitos devem ser capazes de modificar positivamente a situação de saúde do indivíduo ou de grupos, pressupondo-se a possibilidade de avaliação das ações praticadas, assim como o conhecimento e análise de seus resultados. O objetivo não deve ser somente saber até que ponto ela está sendo alcançada no modo de prestação de serviços operados, mas também quais modificações estão ocorrendo nas situações-problema apresentadas pelos usuários. Isso serviria como subsídio para priorizar ações de saúde e estabelecer condições cada vez mais resolutivas nos serviços.

Vale enfatizar a pertinência dos temas anteriores emergidos das opiniões expressas pelos participantes como uma indicação sobre o que os serviços precisariam ter para resolver os seus problemas de saúde. Podemos, nesse momento, fazer referência que a resolutividade deve ser entendida como uma ocorrência que resulte em efeitos positivos e seja caracterizada por atos de saúde, condições dos serviços e do sistema de saúde como um todo para o atendimento individual e coletivo, com ações que têm seu escopo no modelo de política social de saúde e nas condições tecnológicas disponibilizadas na ponta do sistema (UBSS) na busca de efeitos resolutivos aos problemas de saúde da população.

Ao abordar a resolutividade, torna-se importante pensá-la enquanto um processo que se produz em atos pela intersecção do usuário com o profissional e os serviços, assim como na competência e qualidade do atendimento prestado, abordados em outros momentos deste estudo. Entende-se que a resolutividade não implica só em relações diretas entre os seres humanos, mas também em ações que têm relação com o modo de organização dos serviços (condições propícias) para um atendimento qualificado ao usuário. Na saúde, ela caracteriza-se por certas possibilidades, como acesso, acolhimento humanizado, equidade, competência, agilidade, qualidade e participação do usuário nos serviços para que possa ser produzida.

Segundo Merhy (1997), as soluções que têm sido apresentadas para enfrentar a crise da atenção à saúde não têm se mostrado competentes, por não conseguirem alterar, de fato, o modelo de atenção. Ele indica fatores, como o da autonomia dos profissionais para além do médico, com a configuração de agentes coletivos e a possibilidade de tornar os espaços institucionais de fato públicos com a presença de um conjunto de profissionais realmente comprometidos e interessados na saúde e, especialmente, pela presença de seus usuários no processo de planejamento e gestão.

Dentre as definições de resolutivo já referidas, temos que é “dar solução..., achar a solução de...” e, para o entendimento de solução de problemas,

buscou-se em Riggs e Kalbaugh (1981) uma abordagem administrativa, adaptando-a à situação da saúde, a fim de desenvolver o significado de solução de problemas de interesse neste estudo.

Assim, temos que a característica que se empenha na busca de um maior esforço para transacionar com espaço de solução de problemas e que possibilita a descoberta de uma solução significativamente melhor que a habitual, traduz-se por uma tentativa premeditada (intencionalidade) dos profissionais para obter visões e soluções novas, com uma postura que permita a alteração de hábitos tradicionalmente praticados. Essa alteração nada mais é do que a criatividade. A busca criativa pelos profissionais de saúde para a solução de problemas deveria ser a via capaz de possibilitar respostas originais aos problemas que aportam aos serviços.

No entanto, cada problema possui uma possibilidade de solução potencial que os profissionais ou os serviços que necessitam resolver problemas facilmente reconhecerão em todo o espectro de respostas possíveis e disponíveis no seu cotidiano e as diversas indicações para os diferentes tipos de problema. Esse espaço de solução é um produto característico de cada pessoa e problema, e a sua seleção tende a seguir, quase sempre, uma trajetória predominante.

Portanto, a resolução de problemas tem como ponto inicial, quase sempre, uma solução que já foi anteriormente usada para tratar de um problema similar. Ela caracteriza-se como uma escolha natural de seguir-se sempre o mesmo caminho. O hábito, entretanto, de seguir sempre o mesmo trajeto pode ofuscar o profissional na formulação de outras possibilidades e de encontrar novas respostas. A manutenção desse caminho nada mais é do que uma atitude conservadora, tanto frente a novos problemas, como a novos modos de buscar-se novas soluções. Em se mantendo essa postura, outras alternativas podem ocorrer, e elas são freqüentemente encontradas, mas representam apenas modificações menores da solução inicial e habitual que exige dos profissionais um esforço pequeno para afastar-se do que é familiar. Então, essa busca seria relativamente menor dentro do

espaço de solução de problemas.

Por isso, na solução de problemas, segundo os autores citados, a criatividade personifica a originalidade e a relevância. Ocorre que idéias singulares são até fáceis de serem obtidas no trabalho cotidiano da saúde; no entanto, é decididamente mais difícil criar respostas originais e relevantes para a solução de um problema. Com isso, não se pretende aqui afirmar que os profissionais de saúde não sejam criativos. O cotidiano dos serviços e suas condições de trabalho, como se apresentam nos serviços públicos de saúde, fazem com que muitos deles tenham que desenvolver essa habilidade em todo o seu potencial. Há, no entanto, núcleos corporativos enraizados nas estruturas dos serviços com tendência à alienação, à especialização, à departamentalização e à burocratização que apresentam dificuldades em relação às mudanças necessárias e que são constatadas não só nos serviços, mas que são próprias das sociedades contemporâneas.

Diante dessas circunstâncias, a viabilização da resolutividade e da atenção integral nos serviços fica dificultada, principalmente, para a população de baixa renda, que caracteriza a procura do primeiro nível do sistema, evidenciando-se, nas comunicações dos usuários, a inexistência de inúmeras condições na atenção básica, que os fazem procurar diversos serviços (muitas vezes os de emergência), como uma opção mais viável para a solução de seus problemas de saúde. Isso nos leva a constatar que os serviços deveriam ser balizados por um modelo de gestão que contemplasse, além das condições tecnológicas, estratégias para desenvolver habilidades e o convencimento de seus profissionais de que determinado problema de saúde merece solução eficaz e resolutiva.

Para Aguilar e Ander-Egg (1995, p. 62), a efetividade, ou eficácia, seria a constatação do grau em que metas e objetivos propostos são alcançados mediante a realização programada de ações, atividades e tarefas. Em outras palavras, seria o estabelecimento de uma comparação entre a qualidade e quantidade de ações programadas, o tempo estimado para o seu atingimento e o que foi realizado de fato. Segundo as mesmas autoras, a pertinência, ou propriedade, sugerida à

avaliação da efetividade e eficácia é:

[...] a capacidade que um projeto ou programa tem de ser aplicado e resolver a situação-problema que lhe deu origem. Avalia a adequação e oportunidade do projeto no contexto em que opera, quer seja em relação às necessidades humanas ou exigências que deve satisfazer, aos problemas que deve resolver, ou a critérios de prioridades previamente estabelecidos.

O gestor público tem uma prática de grande complexidade que resulta em desafios para gerenciar os serviços de saúde com efetividade e eficácia, entre eles, garantir a universalidade e a equidade na sua prestação, possibilitar a participação comunitária e de seus profissionais nos processos decisórios correlatos à organização da produção e, também, na execução dos cuidados de saúde para a obtenção da integralidade das ações criando espaços e modos de interação no trabalho cotidiano e gerenciando conflitos, tal como o esperado de um representante da esfera pública e assegurado nas leis e normas da reforma sanitária. Ele deve, ainda, encontrar a melhor via de obter alta resolutividade e boa qualidade tecno-científica das ações a serem produzidas nos serviços.

Essas últimas exigências são produtos e produtoras, também, da competência, que deve ser capaz de incorporar o conhecimento científico já produzido e operado, hoje, nas diversas tecnologias de intervenção em saúde com postura crítica de técnico e de gerente, para fazer frente à sua específica qualificação profissional (SCHRAIBER et al., 1999).

Por outro lado, deixar de agir competentemente em um determinado problema é uma escolha que não produz sua solução. Um serviço, ao centrar-se no atendimento, apenas tendo a “consultação” como objetivo, consegue tão somente minimizar sintomas e sinais individuais para o alívio do sofrimento de seus usuários, o que, muitas vezes, pode até não ocorrer, pois o acesso equânime não é uma realidade nos serviços, protelando o atendimento integral e a atenção coletiva, com repercussão na falta de resolutividade do sistema como um todo.

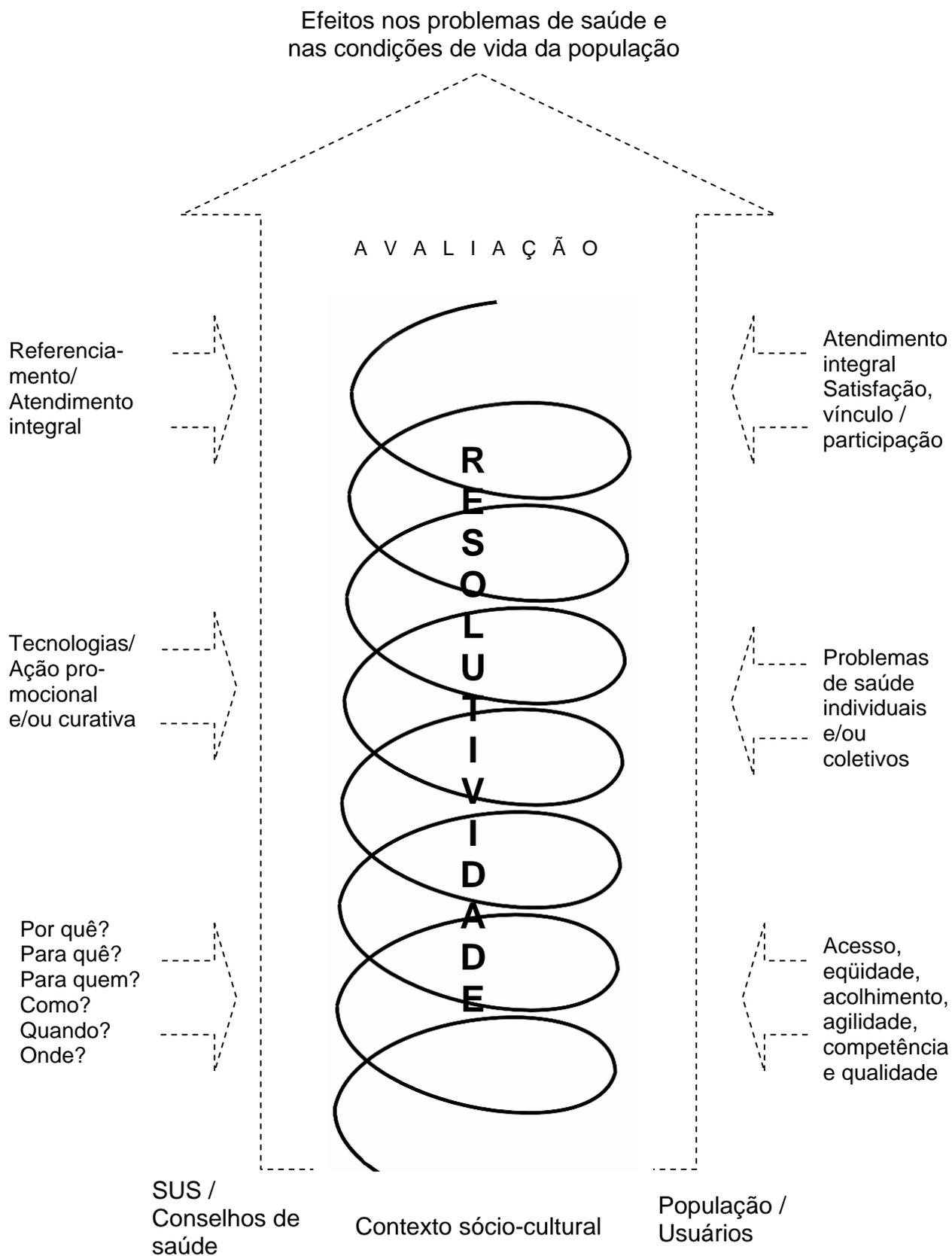
Os problemas de saúde raramente tornam-se mais fáceis de solucionar com o passar do tempo. Aqui reside um dos grandes desafios para o sistema, que se encontra em transição: obter serviços de qualidade para a solução de problemas em

um espaço de tempo razoável e com a resolutividade esperada por seus usuários. A postura positiva é a que busca, através de um projeto gerencial pensado e desejado e de um estado de preparo competente antes mesmo de sua execução, com determinação e qualidade, condições indispensáveis para o atingimento de soluções factíveis e resolutivas aos problemas de saúde que aportam aos serviços.

Para atingir-se a resolutividade de problemas de saúde, é fundamental que seja estimulado o desenvolvimento de atitudes de responsabilização dos profissionais de saúde, e que essas atitudes tenham como objetivos a obtenção na prática cotidiana de ações de saúde e, mais do que somente praticá-las na rotina cotidiana, faz-se necessário estimular o desejo de realizá-las de forma mais eficaz, o que sugere determinada competência para o agir com eficácia e criatividade, a fim de obter-se os efeitos resolutivos na melhoria da atenção à saúde e, através desses efeitos, a satisfação da população, levando os usuários à autonomia e a uma maior participação nos serviços, possibilitando a busca e a efetivação de melhores condições de vida da população.

Buscou-se diagramar, a partir deste estudo, uma síntese dos elementos interativos convergentes à resolutividade, com o objetivo de, através do esquema gráfico, apresentar os elementos que emergiram deste estudo de forma observável em suas causas e efeitos.

Diagrama - Síntese de “elementos interativos convergentes à resolutividade”
(DEGANI, 2002)



A resolutividade em saúde deve ser entendida como o efeito de um processo na resolução de problemas de saúde e, para que haja sua ocorrência, depende de um conjunto bem diversificado de fatores, descritos a seguir.

O contexto sócio-cultural, onde está inserida a população alvo das ações de saúde, assim como o sistema formal de saúde, devem ser entendidos como uma ação interativa e compartilhada desde o planejamento das ações de saúde até a avaliação de seus efeitos.

Por razões didáticas, coloca-se, de um lado, a população e/ou usuários, subentendendo-se as características determinantes do processo saúde-doença, com as expectativas de acesso, equidade, acolhimento, agilidade, competência e qualidade, que foram fatores considerados necessários pelos participantes deste estudo para que o atendimento propicie uma resposta resolutiva para seus problemas de saúde.

Sob o enfoque da resolutividade, o conjunto de ações de saúde que o usuário irá experienciar nos serviços deverá provocar benefícios (efeitos) no sentido de alterar o quadro problemático individual ou coletivo aportado.

De outro lado, encontra-se o sistema público de saúde, assegurado na Constituição de 1988 como universal, gratuito e com controle social (conselhos de saúde) com suas diretrizes e princípios de universalização, regionalização, hierarquização, equidade e integralidade, denominado no diagrama de SUS, tal como na legislação.

O planejamento encontra-se representado no diagrama pelas seguintes questões: “Por quê? Para quê? Para quem? Como? Quando? Onde?”.

Entenda-se que o seu estabelecimento deverá ser realizado através de práticas democráticas, que é um dos caminhos promissores para alcançar-se a resolutividade, e que permite identificar, com legitimidade, prioridades e estratégias, articulando as diversas intervenções intra e intersetoriais, conferindo-lhes caráter de complementariedade (referenciamentos) e assegurando o tratamento simultâneo das múltiplas dimensões dos problemas de saúde.

Além do planejamento, são necessárias, também, tecnologias para a obtenção da resolutividade que colaborem para os efeitos de melhoria nas ações praticadas na saúde, com avaliação de seus resultados em todas as fases do processo, comparando os efeitos obtidos àqueles esperados. A avaliação não deve ter somente a preocupação com ocorrência ou não de efeitos positivos ou negativos, mas serve, também, para direcionar novas estratégias de ação, assegurando o tratamento simultâneo das dimensões dos problemas de saúde apresentados pela população em uma abordagem integral capaz de produzir satisfação do usuário e vínculo aos serviços, possibilitando, desta forma, a efetivação da participação da população.

Analisando as comunicações dos 25 participantes desta pesquisa, temos doze usuários que consideram que o atendimento disponibilizado resolve problemas específicos de saúde ligados à consulta médica, e dez que referem que o atendimento resolve em termos, referindo condições que restringem a obtenção da resolutividade dos seus problemas de saúde. Dois afirmaram que não resolve e um informou que não há possibilidade do atendimento resolver o seu problema, tendo em vista o tipo de agravo que apresenta (usuário soropositivo).

As opiniões dos participantes quanto à obtenção de resolutividade em seu atendimento foram abordadas e analisadas em subtemas que são apresentados como condições propícias à sua obtenção, condições restritivas ao seu alcance e encaminhamento para a integralização do atendimento.

4.4.1 Condições propícias à sua obtenção

Os usuários que consideraram que há condições propícias à obtenção da resolutividade no seu atendimento são Tiago, Diná, Ester, Eva, Débora, José, Josabete, Dalila, Suzana, Mateus, Davi e Leá. Dentre eles, analisa-se Tiago, Diná, Ester, Eva, Débora, Josabete e Mateus.

Tiago almeja a continuidade da solução de seus problemas de saúde, afirmando:

Resolve.[...] Medir pressão. Também quando estou gripado venho aqui. Minha esposa também tem vindo e tem solucionado. Está fazendo quinze anos que moro neste lugar.[...] O que eu espero é que daqui para frente vá ser resolvido, porque, até agora, toda a vez que eu vim aqui foi solucionado...

Da comunicação de Tiago pode-se inferir que há resolutividade dos problemas de saúde apresentados por ele e por sua esposa. Ao buscar-se os dados conforme o quadro em participantes do estudo, constatou-se que o usuário utiliza os serviços da UBS desde que começou a residir na área de abrangência, há 15 anos atrás. A sua informação possibilita dizer que ele e sua esposa estabeleceram vínculo com o serviço, por utilizarem-no por todos esses anos.

Diná refere: “Olha, esse serviço resolve. Às vezes a gente chega aqui com uma pessoa bem mal e eles dão encaminhamento.”

Uma dispensa acolhedora, com disposição para escuta e encaminhamento adequado, que atenda às necessidades do usuário, foi considerada pela usuária Diná como um atendimento que resolve.

Na opinião de Ester, o serviço

[...] resolve, sim. Eu acho que resolve tipo de infecção, problema respiratório, curativo. Muita coisa resolve. Internação, procuram dar um encaminhamento. Eu já tive pessoas que eu ajudei, na época em que o médico-chefe era outro. E precisei de internação para um senhor que era doente, que eu não tinha nada que ver, mas eu me preocupei porque ele era sozinho. Eu procurei ajuda aqui e ele se prontificou, chamou uma ambulância e encaminhou ele direto para o hospital.

A ação resolutiva, no caso de Ester, foi referida pelos resultados positivos do atendimento para o enfrentamento de doenças e para o encaminhamento que necessitou em uma ação de ajuda realizada por ela, assim como em procedimentos específicos como a realização de curativo. O que ficou claro em sua comunicação foi que, na sua motivação solidária em ajudar o próximo, ela encontrou uma resposta resolutiva ao problema apresentado à UBS.

Eva conta sua experiência:

Resolveu muita coisa, porque essa aqui, quando nasceu [referindo-se à filha], nasceu com duas hérnias. O médico daqui, quando ela baixou,

sempre esteve lá com ela. Ele é um doutor superbom, era o melhor doutor e eles tiraram do posto.

Para Merhy (1997), no cotidiano das ações praticadas e na coletivização da gestão dos serviços, para resolver os problemas identificados no dia-a-dia é que está a possibilidade de um novo proceder em saúde, orientado pelo estabelecimento de um vínculo efetivo entre usuário e profissionais, que possa garantir o acesso às ações de saúde pelas ofertas das várias opções tecnológicas para o enfrentamento dos diferentes problemas de saúde, assim como o acolhimento humanizado e necessário aos usuários na busca da máxima resolutividade que as ações de saúde possibilitam para o enfrentamento do conjunto de problemas que se apresentam nos serviços.

Débora informa a sua experiência: “Pra mim, resolve. [...] Asma, alergias de ferida, eles resolvem. Diabetes... Eu tenho um tio que tem diabetes. Ele sempre vem aqui tomar injeção, todos os dias. E os médicos atendem ele quando ele precisa, conversam e explicam.”

A usuária refere que a resolutividade é encontrada no atendimento para o enfrentamento de doenças e ressalta, em sua comunicação, o caso crônico de seu tio, que recebe atendimento continuado pela UBS. Ela valoriza em seu relato as orientações e explicações dispensadas a ele.

Em Fortes (1996, p. 49), temos que, além da responsabilidade individual que cada profissional de saúde tem em informar os usuários sobre questões individuais, cabe à equipe o fornecimento de todas as informações necessárias a cada caso, não só as informações dos direitos que terão ao ser atendidos, mas também de orientações próprias de seu caso em particular. O autor refere, ainda, que torna-se desnecessário que essas informações sejam exclusivamente técnicas, e que, muitas vezes, informar alguém do ponto de vista meramente técnico não é esclarecer, podendo, inclusive, desinformar. Sugere que a informação seja “simples, aproximativa, inteligível e leal, ou seja, disposta dentro de padrões de entendimento acessíveis à compreensão psicológica, intelectual e cultural do usuário [...]”.

Josabete comunica: “[...] acho que resolve. [...] Eu tive um problema agora que foi pneumonia [...]. Eu fiquei boa da pneumonia vindo aqui.”

A usuária, em sua afirmação sobre a resolutividade encontrada, exemplifica, com sua experiência positiva, a resolução de seu problema recente de pneumonia, considerando-se pela sua exemplificação, que o seu problema foi resolvido.

Mateus: “Por enquanto pra mim está [resolvido]. Não sei os outros, de repente pros outros não está. [...] Meu [problema] está resolvido, e muito bem. [...] Problema de pressão alta.”

No cotidiano, o problema da hipertensão arterial fundamenta-se enquanto necessidade social (de indivíduos) que tomou forma no sistema como um programa de saúde, transformando-se, desta forma, em uma necessidade da sociedade. O profissional de saúde, entretanto, vive a antinomia entre necessidades sociais/individuais e necessidades da sociedade, quando não há vagas, por exemplo, para o atendimento do usuário hipertenso, sabendo da necessidade em geral de atendimento que esses casos requerem (MATUMOTO, 1998).

Na comunicação de Mateus, a inferência que pode ser feita é de que seu problema de hipertensão arterial está sendo tratado com resolutividade, embora ele tenha referido que “de repente pros outros não está”.

Da análise das condições propícias à obtenção da resolutividade, emergiu que ela ocorre, prioritariamente, no enfrentamento de doenças crônicas ou agudas através de consulta médica realizada na UBS, em procedimentos como a realização de curativos e vacinas, no acolhimento competente dispensado e através de encaminhamentos adequados a outros níveis do sistema para a complementariedade do atendimento ou para atendimentos mais complexos.

4.4.2 Condições restritivas ao seu alcance

Os usuários que consideraram as condições como restritivas ao

alcance da resolutividade ou que o atendimento não resolve seus problemas de saúde e há impossibilidade de solução de seu problema, foram: Madalena, Salomé, Rute, Sara, Rebeca, Raquel, Pedro, Judite, Ana, Milká, João, Samuel e Moisés. Entre eles analisa-se Madalena, Rute, Raquel, Ana, João, Samuel e Moisés.

Madalena: “Já resolveu muito. [...] Eu acho que o que deveria melhorar é essa demora. Um exame demora, isso aí que eu acho. Isso é que demora demais, não é? A gente demora uns dois, três meses para poder fazer um exame, aí que é o problema.”

Para Madalena, o tempo de espera para a integralização do atendimento aparece como uma condição restritiva à resolutividade de seus problemas de saúde. Foram enfatizadas pelos participantes, na seção 4.3 (sobre as expectativas do usuário com relação ao atendimento), que a falta de agilidade, assim como a dificuldade de encaminhamentos complementares para diagnóstico, que chegam a levar de dois a três meses para ocorrer, dificultam a resolutividade de seus problemas de saúde. Para consulta médica em especialidades, segundo as informações aportadas, existe uma espera de dois a três anos.

Rute: “Precisava ter, eu acho, mais médicos. A gente tem que vir várias vezes e ele se dispor a resolver o problema e, não resolvendo, tem que retornar várias vezes até achar um que dê o remédio certo para resolver o teu problema.”

A usuária Rute condiciona a obtenção da resolutividade no atendimento à necessidade do aumento do número de profissionais médicos na UBS. Pode-se inferir de sua informação, que a necessidade de recorrer ao atendimento inúmeras vezes na tentativa de resolver o seu problema de saúde possa estar ligada a um problema de qualidade do atendimento e não somente da quantidade de profissionais para atendê-la.

Conforme Merhy (1997), o usuário espera que o seu encontro no atendimento com o profissional de saúde possa gerar um acolhimento que possibilite uma atuação sobre o seu sofrimento, o seu problema. Há expectativa

que o seu atendimento possa trazer uma resposta resolutiva ao seu problema, e que o conjunto de ações de saúde ao qual deverá se submeter traga benefícios no sentido de alterar seu quadro problemático. A sua grande expectativa é que as ações de saúde sejam efetivas e o satisfaçam.

Buscar formas de autonomia gerencial e mecanismos estimuladores da competência e qualidade nos serviços prestados pode significar inovações na gestão pública capazes de viabilizar o objetivo da equidade, que responderia aos anseios dos usuários e traria resolutividade aos seus problemas de saúde.

Raquel: “Não resolve tudo, não é? Quando os meus filhos estão doentes, eu venho aqui, a gente consulta e eles saem com os medicamentos, quando tem.”

A falta ou insuficiência de medicamentos tem dificultado a efetivação da prescrição médica pelos usuários. Além de não possibilitar a realização da terapêutica indicada, constitui-se como um fator que prejudica o vínculo, a adscrição e a resolutividade no atendimento aos usuários.

Ana:

Tem muitas coisas erradas. Eu já passei por dificuldades de saúde por não poder ser atendida sem uma requisição do posto. Cheguei no hospital com ela [filha], tive que esperar para o outro dia. Aqui me deram a requisição pra levar ela de novo pro hospital, porque no hospital não quiseram aceitar ela. Acho que deveriam, não é?”

A população vulnerável, que utiliza com frequência consultas em emergências hospitalares, pode ser identificada por problemas intrasetoriais como falta de acesso e vínculo aos serviços básicos de saúde disponíveis, carência de serviços promocionais de saúde, ausência ou inadequação de serviços complementares e sujeição a serviços fragmentados. A utilização preferencial por serviços de emergência em hospitais públicos por usuários de baixa renda está frequentemente relacionada à falta ou deficiência de outros recursos no setor saúde, principalmente no nível básico (STEIN, 1998).

João:

Sendo franco, pra mim, não [resolve]. [...] Como eu disse, eu tive que pedir, perguntar se não iam me dar nada para febre, esse tipo de coisa. [...] Quem não tem condições hoje de comprar um remédio, vem passar

uma tarde consultando. Eu tenho três remédios aqui [mostra a receita médica]. Se eu não tiver condições de comprar, eu não vou poder usar, não vou poder fazer o meu tratamento. E aí, como é? O que adiantou o médico ter perdido horas comigo, eu perdido horas com o médico, se não vamos ter resultado nenhum?

Para Merhy (1997), a relação profissional/usuário representa um processo de intercessão que pode levar à escuta dos problemas dos usuários para troca de informações, para mútuo reconhecimento de direitos e deveres e para um processo de decisões viável para intervenções.

A ausência de resolutividade evidenciada por João sugere que a falta de competência e agilidade e a dificuldade para a aquisição dos medicamentos indicados na receita médica para sua terapêutica foram condições restritivas à resolução de seu problema de saúde. Essas ocorrências fizeram com que o usuário considerasse que a sua consulta foi um encontro fútil, quando comunicou: “O que adiantou o médico ter perdido horas comigo, eu perdido horas com o médico, se não vamos ter resultado nenhum?”

O usuário que necessita atendimento de um serviço público, além da fragilidade em que se encontra, sente-se, também, “um sofredor”, e apresenta, na maioria das vezes, uma sensação de insegurança, precisando da atenção acurada dos profissionais que o atendem para a compreensão de seu caso e assimilação do que o aflige. Apresenta ainda uma impotência pessoal frente à situação inesperada e a necessidade de encontrar uma solução que altere o seu quadro atual, isso quando a tecnologia disponível permitir. Essa situação de exposição por que passam aqueles que necessitam de atendimento, inclusive os que podem comprar a atenção dos serviços, não se sentem seguros com o cuidado que lhes será disponibilizado. Conforme Merhy (1997, p. 117), essa é uma situação que expõe a crise real dos serviços de saúde e que caracteriza a atenção à saúde como um problema mais profundo, que faz parte de um estilo global, de uma maneira toda própria de realizar o conjunto do modelo de atenção à saúde “[...] presente em qualquer lugar do sistema”.

Samuel:

Pode ser que resolva, mas eu não vejo muito assim. Posso estar ruim em casa, esses dias eu estava que não podia levantar da cama e caminhar. Daí, minha mulher veio aqui e levou um médico lá. Foram dois médicos lá na minha casa, quando me deu esse negócio aqui do lado, com dor, muita dor. Daí, ele receitou um antibiótico. Eu estava com uma tosse, era um negócio sério. O médico disse, ‘o senhor vai tomar esse antibiótico dez dias e depois vem aqui’. Eu venho aqui mas nunca me atendem [...] Até nem sei mais o que pode ser, porque sempre falo com elas, as médicas, dizem que é diabete, diabete.

O sistema propicia ao usuário individual e/ou coletivo tornar-se um mero objeto depositário de problemas de saúde, que só serão reconhecidos pelos saberes que o modelo legitima, sejam eles vindos da clínica ou da epidemiologia, onde necessidades de saúde tornam-se propriedade exclusiva de alguns profissionais e de acordo com suas concepções, o que demonstra não só uma forma determinada de enquadrar o que representam – ou não – necessidades (problemas), mas também uma maneira determinada de abordá-las, de tratá-las e de procurar solucioná-las. Fica evidente, na informação de Samuel, que houve a responsabilidade profissional de busca de resolutividade por meio da visita domiciliar. Por outro lado evidencia-se, também, a dificuldade encontrada pelo usuário para a continuidade de seu tratamento.

O que ocorre, às vezes, é que o usuário deixa o seu problema de saúde à inteira responsabilidade do profissional ou do serviço, desresponsabilizando-se em relação ao seu próprio corpo e seu auto-cuidado. Ao mesmo tempo, os profissionais de saúde investem-se de autoridade detentora do saber e das necessidades do usuário (MERHY, 1997).

Moisés: “O problema aqui do posto é que não dá para resolver, sobreviver [usuário soropositivo]. O posto pode até resolver, me dar um apoio, me dar uma assistência e me encaminhar pra outro serviço.”

A AIDS caracteriza-se pelo aparecimento de diversas doenças em decorrência do enfraquecimento do sistema imunológico. Por isso, o portador deverá ter acesso garantido ao sistema e realizar acompanhamento médico permanente e exames freqüentes. Apesar de ainda não ser uma doença curável, é

possível seu controle através de tratamentos novos e eficazes. O objetivo do tratamento é não deixar que a pessoa portadora fique doente, mas, quando isso ocorre, o acesso ao tratamento e ao acompanhamento continuado possibilita que o usuário soropositivo volte a ter uma vida normal. Pode-se inferir que Moisés deseja sobreviver à sua enfermidade crônica e o apoio que refere precisar é a garantia de assistência pela UBS ou por outro serviço referenciado por ela para a manutenção de sua vida.

Na análise das condições restritivas ao alcance da resolutividade, pela comunicação dos participantes, emergiram a falta de agilidade para a complementariedade do atendimento na realização de exames (demora de dois a três meses), a necessidade de mais profissionais médicos, a falta de qualidade no atendimento, a inexistência de medicamentos para a realização de tratamento terapêutico, desarticulação entre os níveis do sistema para encaminhamentos, a dificuldade de acesso para atendimento e insuficiência de acolhimento e apoio à atenção continuada.

As comunicações dos usuários deste estudo levam-nos a inferir que o atendimento disponibilizado no primeiro nível de atenção é insuficiente para o seu atendimento integral e a resolução de seus problemas de saúde. Pode-se considerar que o desejado por eles, em termos de tecnologia e complementação diagnóstica e terapêutica, são recursos encontrados somente no segundo nível do sistema. Somando-se a isso, a conformação fragmentada dos serviços básicos de saúde leva os usuários a percorrer os diversos serviços e recorrer, especialmente, ao atendimento hospitalar em busca de medicamentos e de consultas especializadas, provocando seu deslocamento para fora da área de abrangência da UBS. Essa realidade prejudica e posterga o atendimento promocional integral de saúde, hierarquizado e vinculado, determinando outros serviços de nível secundário e terciário como os mais procurados pelos usuários.

O sistema de saúde necessita urgentemente dar respostas à sociedade, oportunizando um atendimento competente, integral e com retaguarda assegurada

nos outros níveis de atenção para a resolução dos problemas de saúde dos usuários.

O estigma historicamente elitista da identificação das UBSs como o local que pratica uma assistência pobre de saúde para pobres, com um status inferior, determinou, em seu nascedouro, uma atenção à saúde de baixa qualidade e pouca resolutividade. A desatualização tecnológica deste nível, ao longo dos anos, motivou uma piora da qualidade e desestimulou a busca da resolutividade, inclusive daquela que se poderia conseguir com a tecnologia que já estava disponível (TREZZA, 2002).

Além do atendimento à demanda, da complexidade e da capacidade tecnológica dos serviços para a obtenção da resolutividade dos problemas de saúde, precisa-se considerar a abordagem integral e a ênfase na prevenção e na participação comunitária para qualificar os serviços, trazendo uma maior satisfação aos usuário. Muitas vezes, na prática cotidiana, esse propósitos perdem-se frente às demandas individuais e urgentes definidas pelas necessidades de cada indivíduo. Quando isso ocorre, os cuidados disponibilizados à população adquirem uma forma desarticulada, havendo nítida dissociação entre prevenção, tratamento, cura e reabilitação. Essa é uma situação que não atinge apenas o nível de atendimento primário, ela ocorre, também, em diversos serviços de saúde nas comunidades e, por vezes, até mesmo dentro de um mesmo serviço.

Conforme descrito por Chioro e Scaff (1999), o acesso da população à rede de atendimento teria que se dar através dos serviços de nível primário de atenção, que deveriam estar qualificados para atender e resolver cerca de 80% dos problemas de saúde dos usuários que a eles recorrem. Apenas os casos não resolvidos nas unidades básicas de saúde, em torno de 15%, é que seriam referenciados para o nível secundário (centros de especialidades) e que apenas uma minoria de casos, por volta de 5%, atingiriam o nível terciário de atenção (hospitais), devido à sua maior complexidade tecnológica e capacidade para atender as questões não resolvidas nos primeiros níveis.

Contudo, na prática, identifica-se que a distribuição e a resolução dos serviços não ocorre dessa forma. Uma série de problemas acumula-se em todos os níveis de atenção, fragmentando o atendimento.

Em Mendes et al. (1994), alerta-se sobre a importância tática que deve ser conferida à mudança nas unidades prestadoras de serviços de saúde no nível local, salientando-se que a adesão da população ao SUS não se fará pela via do discurso político-ideológico, nem pelos mecanismos jurídicos legais, mas, fundamentalmente, pela visibilidade fenomênica expressa, de fato, pela obtenção de melhores serviços prestados e recebidos pelos usuários (a resolutividade tão almejada e a possibilidade de uma inserção cidadã no controle dos serviços).

Essas constatações na área social devem ser entendidas como um mecanismo de ações sociais e políticas que possam oportunizar um compromisso de diversos setores, como o político, o social e o produtivo na diminuição das probabilidades de fracasso dos serviços, comprometendo a credibilidade dos mesmos quando não apresentam a resolutividade esperada.

4.4.3 Encaminhamento para integralização do atendimento

A dificuldade de acesso à consulta médica, a atendimentos especializados e a medicamentos foram motivos comunicados pelos participantes que fazem com que a sua procura por serviços de saúde ocorra fora de seu referencial geográfico e de forma desorganizada. Essas questões impedem que ocorra o vínculo desejado a um serviço básico de saúde e, com isso, esses serviços muitas vezes acabam perdendo a sua relevância e credibilidade sob a ótica dos usuários por não lhe prestarem um atendimento vinculado, integral e humanizado.

O atendimento ao usuário, quando se trata de serviços complementares ou de internação hospitalar, é outra questão que foi destacada. Após a longa espera do usuário por uma consulta, ocorre a solicitação de inúmeros exames complementares que, dependendo dos serviços utilizados, demanda uma

busca exaustiva para cumprir procedimentos muitas vezes excessivamente burocratizados e fora de seu referencial geográfico, que antecedem um atendimento especializado ou nos casos que necessitam de hospitalização.

Dentre os 25 participantes, doze referiram receber encaminhamento pela UBS para integralização do atendimento mas, em alguns casos, esse encaminhamento não se efetivou. Outros doze referiram que a decisão para encaminhamento é tomada por eles mesmos, e um usuário ponderou que a UBS só realiza o encaminhamento dependendo do serviço a ser prestado.

José relata:

Se eles não têm condições de resolver, eu vou [num hospital de urgência], que eles têm mais aparelhagem, conforme a doença, conforme a pessoa está se sentindo. Eu vou noutra lugar que tenha mais, como é que eu posso dizer, que tem mais aparelhagem, que tenha mais desenvolvimento, que possa atender, que possa dar um soro, que possa fazer alguma coisa melhor pela pessoa, que aqui ainda não tem isso. Mas espero que para o futuro eles melhorem cada vez mais, tem posto aí que tem soro, fazem até sutura. Aquele outro posto [referindo-se a um centro de saúde em outro distrito sanitário] está bom. Lá tem, eu estive lá, estava fraco e o médico disse: 'Está precisando tomar soro...'

A escassez de recursos na UBS, sejam eles de profissionais, de tecnologias ou de acesso facilitado, entre outros, são fatores que determinam uma demanda por outros serviços, marcada culturalmente pela valorização do atendimento curativo, hospitalocêntrico e fragmentado da assistência, em detrimento do atendimento básico, comprometendo a qualidade e a resolutividade do atendimento em todo o sistema.

Conforme Zucchi et al. (2000), a difusão acelerada das notícias sobre o progresso da medicina desperta em todos os que buscam atendimento o desejo de suprir seus sofrimentos e curar suas doenças usufruindo do direito de serem atendidos em serviços que dispõem de melhores condições técnicas e procedimentos mais complexos que, no julgamento do usuário, possibilitam uma providência rápida e imediata.

Mateus refere: “[...] com problema grave ou curativos, aí eu vou num hospital de emergência. Eu vou lá e sou bem atendido lá também.”

Recorrer a outros serviços de saúde, muitas vezes, não é só uma racionalidade de escolha, podendo ocorrer de forma imprevisível e determinada por forte conteúdo emocional e psicológico.

Os motivos da procura por outros serviços para Rebeca relacionam-se com a falta de agilidade encontrada:

Se eu vejo que está demorando muito, aí eu procuro outro atendimento. Eu nem espero, eu já vou num outro lugar, eu já vou no hospital, eu já vou naquele hospital [referindo-se a um hospital universitário], que é mais perto. Eu prefiro caminhar vinte minutos e ir até lá e ser mais bem atendida, ter um atendimento bem melhor.

A procura por outros serviços dá-se, também, em razão da demora na obtenção de atendimento, evidenciando-se falhas na forma de organização dos serviços, trazendo dificuldades ao usuário e falta de resolutividade para os seus problemas de saúde que, além de afastá-lo de seu referencial geográfico, impossibilitam o seu vínculo ao serviço.

As informações de José, Mateus e Rebeca demonstram como eles utilizam de forma desorganizada o sistema, identificando os hospitais como os locais prioritários para o atendimento e, muitas vezes, esse fato ocorre porque esses locais dispõem de mais recursos diagnósticos e terapêuticos. Pode-se inferir que essa é uma das razões que levam os usuários a utilizar os serviços de urgência para problemas de saúde de rotina, sendo que muitos desses problemas poderiam ser atendidos com tecnologia disponibilizada na UBS (usando a informação dos participantes com, por exemplo, nebulizações e curativos), deixando os serviços de urgência/emergência para solucionar os casos que se caracterizam como de maior gravidade.

Por outro lado, temos que pensar no acesso equânime e que o progresso científico possa ser colocado ao alcance da maioria da população, sendo esse um ponto crucial apresentado pelo sistema (NOVAES, H.; NOVAES, R., 1994).

Os usuários deixam, muitas vezes, de procurar a consulta ambulatorial na UBS por considerá-la como uma assistência menos qualificada e de pouca

tecnologia para a resolutividade de seus problemas de saúde e, por esta causa, buscam atendimento nas emergências hospitalares públicas (STEIN, 1998).

Essa realidade prejudica e posterga o atendimento promocional integral e hierarquizado, determinando o hospital como o serviço mais procurado do sistema em detrimento da utilização de serviços básicos de saúde.

Rute refere:

Agora tem que ser tudo encaminhado por aqui. Então a gente tem que depender daqui sempre. A gente vai para outro posto: ‘ah, não, tu pertences àquele posto tal’. No fim, tu acabas tendo que vir aqui. Aí, se for o caso, eles te encaminham. Demora. Demora, mas eles encaminham.

A afirmação de Rute de que “agora tem que ser tudo encaminhado por aqui” leva-nos a inferir que a usuária começa a inteirar-se sobre a organização prevista para o funcionamento adequado do sistema e de que seu atendimento deve ser realizado no primeiro nível de atenção. É necessário otimizar o atendimento de usuários e auxiliá-los a utilizar o sistema de saúde de maneira mais adequada, especialmente através de estratégias dos serviços básicos que possibilitem o atendimento integral, continuado e com retaguarda para referenciamentos.

Pedro conta: “eles já me encaminharam para outro lugar, um hospital, e não fui atendido também. [...] E aqui perto, naquele outro posto que tem ali, também não fui atendido.”

Os profissionais que atuam na rede básica devem ter o espírito de comprometimento para que suas ações sejam resolutivas e contribuam para a criação de mecanismos capazes de proteger os usuários contra a realização de uma “peregrinação” através de vários serviços de saúde até encontrar aquele que responda às suas necessidades de atendimento. O que ocorreu com Pedro demonstra que o seu encaminhamento não possibilitou a solução para o seu problema de saúde, pois o seu atendimento não foi efetivado, demonstrando falhas na retaguarda para referenciamentos.

Raquel informa que a UBS já realizou seu encaminhamento “para um hospital [referindo-se a um hospital universitário do distrito]. Tem um dos meus

filhos mais velhos que tem crise de asma muito forte. Daí, ele tem que fazer uma nebulização com oxigênio e então eles encaminham pra lá.”

Pela comunicação de Raquel, infere-se que a procura por atendimento hospitalar ocorre e é reforçada porque os usuários não encontram resolutividade aos seus problemas de saúde na rede básica.

O desenvolvimento de estratégias que motivem os profissionais e os usuários a resolver os problemas de saúde passíveis de solução no ambiente da UBS pode colaborar para uma melhor organização do sistema em que os encaminhamentos sejam de tal forma articulados para garantir os efeitos desejados.

Moisés comunica que: “[...] graças a Deus, eu tenho assistência médica, a hora que a gente precisar a gente é sócio. Tenho a assistência do meu trabalho [o usuário é funcionário público aposentado]. Assistência para minha família nós temos também. A gente mora aqui e procura vir aqui [...].”

Parece ser comum, no grupo de participantes, a freqüência simultânea a mais de um local para atendimento. O caso de Moisés sintetiza essa realidade, se atentarmos para suas informações em outros momentos da análise deste estudo. Ele desloca-se da área geográfica da UBS para participar de um grupo de AA em um hospital central, participa de grupo de tratamento para soropositivos em um centro de saúde em outro distrito e freqüenta, também, a UBS. Ele refere, ainda, ter assistência médica pelo seu local de trabalho, mas destaca a procura pela UBS por sua facilidade enquanto acessibilidade geográfica.

Ester:

Para dizer bem a verdade, uma vez eu precisei encaminhamento, quando ainda não tinha o meu convênio, eu precisei de um ortopedista. Estou esperando a requisição já faz três anos e ela não vem. Pelo posto, não veio até agora. E também tenho uma cunhada que solicitou o encaminhamento para o ortopedista e já faz, vai fazer dois anos, e ainda não veio pelo posto aqui. Para a senhora ver, que se eu não tivesse um outro lugar, eu não conseguiria esta consulta.

Os usuários com condições não urgentes enfrentam com freqüência longas esperas, particularmente referindo-se a atendimentos especializados pela falta de disponibilização de várias especialidades no sistema e a traumatologia, entre

outras, é uma delas. Essa falta, como podemos constatar a partir das informações obtidas, como a de Ester, ocasiona o agendamento para meses e até anos após a procura, e a resolutividade dos problemas de saúde apresentados pelos usuários fica dificultada ou perdida nos meandros da rotina diária e fragmentada dos serviços. Conseguir determinada consulta especializada tem sido um problema dos usuários não resolvido e uma deficiência não assumida pelo sistema.

Há uma clientela eletiva que não consegue ser absorvida pelos serviços básicos de saúde e que se desloca até centros urbanos distantes de seu referencial geográfico, seja através de encaminhamentos referenciados pela UBS ou por opção própria, para os hospitais públicos em busca de um acesso presumido, onde pretende encontrar a garantia de profissionais de saúde disponíveis e de tecnologias necessárias ao atendimento de seu problema de saúde.

João, referindo-se à procura por um hospital geral, diz: “Não. Eu fui por necessidade minha mesmo.”

O próprio usuário faz suas referências e triagens para outros centros, sejam eles especializados ou não, e que sob sua avaliação apresentam-se como de maior capacidade tecnológica ou acesso facilitado e, conseqüentemente, de maior resolutividade, independentemente do encaminhamento feito por um profissional de saúde ou por um serviço.

A busca por atendimento em hospitais resulta em uma concentração no nível terciário devido a faltas e/ou deficiências nos níveis anteriores, como o primário (UBS). Essa situação, além de desorganizar o sistema como um todo, dificulta o acesso dos casos mais urgentes pela superlotação no terceiro nível e o vínculo preconizado a um serviço básico de saúde para a condução de um atendimento integral fica relegado a um segundo plano.

Dalila relata o condicionamento imposto pelo serviço: “Depende do serviço que tu vais precisar para eles te encaminharem. Alguns eles encaminham, alguns não. Daí, tu mesmo tens que procurar.”

Baseando-se em avaliações positivas experienciadas anteriormente por eles, por seus vizinhos ou por seus familiares, os usuários acabam por determinar o serviço a ser procurado e que, no seu entendimento, apresenta maiores possibilidades para solucionar os seus problemas.

Para fazer frente aos problemas que aportam ao serviço, a autonomia dos profissionais, enquanto detentores de saberes tecnológicos, deve ser exercida em um processo de autogestão do trabalho para que eles possam desenvolver intervenções criativas de acordo com as opções tecnológicas de que dispõem frente às necessidades dos usuários, e também para submetê-las à contínua avaliação pública. Faz-se necessário dar respostas a problemas de urgência e emergência, distinguir usuários passíveis de agendamento dentre aqueles que fazem parte de grupos que podem e devem ser referenciados (MERHY, 1994).

4.5 Tema cinco: O processo participativo em movimentos organizativos e/ou associações comunitárias

Nas conquistas constitucionais de participação do cidadão que ocorreram em nossa sociedade a partir de 1988, foi garantido o exercício de participação e controle social a todo cidadão brasileiro, que Carvalho (1993) classifica como mecanismos genéricos e específicos. Os genéricos são aqueles ligados às medidas judiciais, como o mandado popular e outros, a defesa do consumidor com seu código próprio, o direito a informações, a utilização do poder legislativo como um todo e através de suas inúmeras comissões.

Quanto aos específicos, o autor refere que, na área da saúde, estão garantidos outros três mecanismos. O primeiro foi uma conquista que só a saúde conseguiu; trata-se do Ministério Público, que tem como preceito zelar pelos setores considerados de relevância pública. O segundo são os conselhos de saúde, com sua formação paritária que, de um lado, possibilitam a participação de usuários e de outro, a do governo, de prestadores e de profissionais de saúde, de caráter

deliberativo e com competência inclusive para realizar auditorias financeiras. O terceiro é constituído pelas conferências de saúde municipais, estaduais e nacional, como o grande fórum de asculta do cidadão e das comunidades.

Neste estudo, houve informações de participantes que estão diretamente relacionadas aos direitos assegurados na Constituição em contraste com o que ocorre na prática cotidiana, como informa João:

Eu acho que a gente tem sido muito pouco amparado pela saúde. [...] Quem não tem condições hoje de comprar um remédio, vem passar uma tarde consultando, eu tenho três remédios aqui [mostra a receita médica]. Se eu não tiver condições de comprar, eu não vou poder usar, não vou poder fazer o meu tratamento. [...] eu prestei um tratamento e aí até não concluí, não pude concluir [...].

Esse descompasso entre os direitos adquiridos e o que acontece na prática foi descrito por Bobbio (1992, p. 10) como sendo uma

função prática da linguagem dos direitos, a de emprestar força particular às reivindicações dos movimentos que demandam para si e para os outros satisfação de novas carências materiais e morais: ao mesmo tempo em que a torna enganadora e obscurece a diferença entre o direito reivindicado e o direito reconhecido e protegido.

Rebeca expressa com relação a seus direitos que: “Pobre não tem direito a muita coisa Eu acho assim... O pobre às vezes não tem direito a um oculista, tem que esperar um ano na fila. Tu tens que esperar, tu não tens direito pelo SUS.”

Em Arendt (1991), encontramos um conteúdo substantivo quando a autora considera que os seres humanos não são iguais e que, individualmente, a heterogeneidade é múltipla; a igualdade surge da cidadania, do direito a ter direitos iguais, que são os princípios componentes da democracia. A cidadania plena pressupõe condições concretas e cotidianas de exercício de seus direitos, sejam eles civis, políticos e/ou sociais.

A Constituição Brasileira é rica em defesa da participação dos cidadãos e garante-lhes importantes direitos como co-partícipes em nossa nação. Contudo, esses direitos não são capazes, por si sós, de garantir a inclusão de participação em nossa sociedade e de materializar, na prática, as conquistas sociais legais que representam.

Segundo Moura (1989, p. 57), “na verdade, não são os termos formais de uma declaração ou pacto que asseguram ao cidadão comum o irrestrito acesso ao usufruto de um evidente direito seu, por mais humano que seja.”

A capacidade concreta de organização da população, como sociedade civil, deveria ser a de exercer o controle sobre as atividades públicas. Em Mendes et al. (1994) a participação social é colocada como uma forma de redistribuição de poder, seja ele técnico, administrativo ou político, tornando-o próximo das pessoas em seus diferentes contextos. Salientam os autores que, quando isso ocorre, o resultado é que, ao invés de objetos de um processo, os cidadãos passam a ser seus sujeitos.

Rebeca declara que:

Às vezes, as pessoas não sabem se impor. Eu acho que muitas vezes tu tens que te impor, tu tens que dar a tua opinião e dizer que tu não és uma pessoa boba. Às vezes eles acham que estão te fazendo um grande favor, que tu és um coitadinho. Não, tu não és aquele coitadinho.

Para Valla (1993), a participação social refere-se a diversas ações desenvolvidas por diferentes forças sociais que assegurem o direito dos cidadãos a opinar e influenciar a formulação, a execução, a fiscalização e a avaliação das diversas políticas públicas em seu conjunto, tais como saúde, educação, segurança e habitação.

A cada dia estamos mais convencidos, seja através de experiências negativas como, por exemplo, a insegurança que se apresenta hoje nos grandes centros urbanos onde vivemos, ou pelos direitos que nos são negados, como, no caso, os já referidos por João e Rebeca, que a cidadania se constitui no maior direito a ser defendido. Trata-se da primeira condição que nos iguala a todos, excluindo-se quaisquer predicados.

Segundo Carvalho (1993), os indivíduos desenvolvem, na vida social, muitos papéis. Transitoriamente podem ser gestores, prestadores, profissionais de saúde ou usuários de serviços, mas são sempre cidadãos.

Por outro lado, essa nova condição pode ser utilizada com apenas um sentido. Dependendo do grupo social focado, essa expressão pode representar

uma concepção específica da realidade social frente aos mais diversos tipos de problemas vivenciados em nossa sociedade.

Para Bordenave (1994), os cidadãos participam em diferentes grupos, tais como família, igreja, trabalho, comunidade, partidos políticos, entre outros. Os países participam de fóruns internacionais, onde suas decisões podem modificar a situação e o futuro do planeta.

No Canadá e nos países escandinavos, a área social, como um bem público, atua de forma descentralizada e intensamente participativa. O desejo de participação tem se intensificado e generalizado no mundo, e no Brasil não tem sido diferente do que ocorre no panorama mundial, mas, por muitos séculos, a realidade de nosso país, de tradição paternalista e com submissão política e institucional – que caracteriza os povos latinos e perdura até hoje em algumas comunidades – deixa de estimular o usuário a participar e assumir o papel de sujeito nos processos participativos.

As normas de participação devem definir obrigações públicas e mecanismos legais aos cidadãos, criando, sempre que possível, condições para a existência de uma participação composta por um espectro amplo e diversificado de instâncias como entidades de interesse municipal, conselhos consultivos da cidade e dos distritos, assim como iniciativas dos cidadãos e consultas populares (JACOBI, 1999).

De acordo com o autor, temos que a participação deve ser entendida como um processo contínuo de democratização da vida municipal, e seus objetivos são:

- 1) Promover iniciativas a partir de programas e campanhas especiais visando o desenvolvimento de objetivos de interesse coletivo;
- 2) reforçar o tecido associativo e ampliar a capacidade técnica e administrativa das associações e
- 3) desenvolver a participação na definição de programas e projetos e na gestão dos serviços municipais (JACOBI, 1999, p. 38).

No Brasil, a partir da legitimação inovadora dos diversos tipos de conselhos, surge a oportunidade facilitadora da presença da sociedade civil na gestão pública. A participação torna-se um meio importante de institucionalizar

relações diretas, flexíveis e transparentes que reconheçam os direitos dos cidadãos e reforcem laços de solidariedade num panorama de pressão social e polarização política na direção de uma cidadania ativa que questione permanentemente, através dos mecanismos legais, a ordem estabelecida (Jacobi, 1999).

Ainda em Jacobi, para que a participação se efetive, torna-se necessário emergir da sociedade civil interlocutores coletivos, grupos comunitários, movimentos sociais e, inclusive, atores sociais desarticulados, porém motivados para o engajamento em práticas participativas, tornando possível uma participação ativa e representativa, sem que o Estado exija quaisquer tipos de dependência administrativa e financeira. Somente em tais condições poderá ocorrer o rompimento com as práticas tradicionalmente usadas como o populismo, autoritarismo, clientelismo, assistencialismo, mandonismo, patrimonialismo e privatização da política em suas diferentes concepções. A participação na gestão pública possibilita corrigir limitações da democracia representativa e estimula o engajamento da sociedade civil na proposição de políticas públicas e no controle social das ações governamentais.

A situação com relação ao processo participativo em associações e/ou movimentos comunitários e em grupos operativos, que acontecem em uma abordagem individual e/ou grupal neste estudo, manifesta-se de maneira ainda incipiente e/ou regressiva, levando-nos a constatar, pelas informações dos usuários, um déficit de participação e o desconhecimento por parte de onze participantes deste estudo da existência de movimentos e/ou associações como espaços de participação individual e coletiva na comunidade, com mecanismos de gestão e de controle popular sobre o sistema de saúde.

Quando se aposta socialmente em mudar para um modelo participativo de saúde em defesa da vida, é necessário buscar a adesão e a cumplicidade não só do conjunto de profissionais que atuam no setor, mas, principalmente, a dos cidadãos que são o objetivo de nossas ações. A resolutividade dos serviços só atingirá um patamar elevado se houver a possibilidade de

participação dos usuários no processo de planejamento, controle e avaliação do atendimento prestado de forma compartilhada e com possibilidades de confrontar expectativas e resultados visando a busca concreta do projeto idealizado.

Na UBS estudada, há catorze participantes que informaram conhecer os movimentos organizativos da comunidade, mas apenas dois participam e de forma facultativa. Os demais não exercem participação, como o caso de Rute, que informa: “Se existem, não sei dizer. Não participo.”

Dentre os participantes deste estudo que tomam parte nesses movimentos, mas sem regularidade, encontra-se Leá, que declara:

Sim, eu participo, só que chego sempre atrasada. [Referiu-se à presidente da associação que lhe disse:] ‘ah! Hoje a doutora esteve aqui, eu fiquei até com vergonha, porque só tinha uma pessoa. A gente tinha combinado a hora da reunião e vocês chegaram tarde’. Fiquei com vergonha que a assistente social sempre vai. Ela sempre está.

No entanto, catorze entrevistados, Ana, Davi, Diná, Ester, Tiago, Josabete, Milká, Moisés, Raquel, Rebeca, Salomé, Leá, Sara e João, conhecem esses movimentos mas não participam, sendo que os três últimos citados já foram, anteriormente, participantes.

Diná afirma:

Tem, tem a associação de moradores daqui da vila e, sempre que o posto precisa de alguma coisa, eles se ajudam. O posto está sempre ajudando a presidente da vila e da creche comunitária. Eles ajudam com remédio para as crianças. Acho que eles se entendem bem, a comunidade e o posto.

Diná refere conhecer a associação e sua relação com o posto como algo positivo. No entanto, quando questionada sobre sua participação, informa: “Não, não participo.”

Moisés diz: “Eu nunca participei, mas existe. Tenho conhecimento, [...] quando tem eleição aqui na vila, aqui do lado da creche. [...] Tomara que as pessoas dêem valor àquilo que a gente precisa.”

O ato de delegação da participação em movimentos comunitários subjacente na declaração de Moisés é como se a associação pudesse entender suas necessidades independentemente de sua participação efetiva.

Sara coloca que:

Eu não fui mais na associação faz uns dois anos, foi desde que eu saí do auxílio que eles me deram que não vou mais. Agora, participo do grupo do leite. O leite das crianças, inclusive eles me cortaram o leite da guriazinha porque não foi registrado ainda o guri mais velho. E tem tanta gente ali que tira leite que a gente sabe que tem esse mesmo problema.

A submissão política e institucional já referida tem amparo na ação paternalista e/ou assistencialista vivida pela população e declarada por Sara.

Tiago refere: “Essa associação aqui da creche, sempre tem reunião aí nessa creche. Participação comunitária e de alguma até sou convidado, mas não posso vir.”

Tiago não participa, sem, no entanto, explicitar suas razões.

Rebeca, discordando do funcionamento da associação, afirma:

Até tem a associação, mas quando é interesse deles, daí eles começam a te procurar. Começam a te mandar carta, quando é época de eleição para o Conselho Tutelar. Às vezes, tu vais procurar um papel, algum documento lá, sabe? Eles nunca têm, então quer dizer... Não, eu nem me envolvo, se não é para fazer uma coisa certa eu prefiro não me envolver, não participar. Só se for uma coisa muito séria mesmo, que a gente sabe que está dando resultado, ou que as pessoas têm interesse em ajudar os outros.

Rebeca, em sua comunicação, demonstra discordar da orientação dada pela associação e de só ter sido lembrada pela associação em situações de interesses específicos da mesma, relatando experiências negativas quando buscou apoio.

Escorel (1993) refere que, quando o cidadão é tratado como cliente político, ele torna-se objeto de manipulação. O que lhe é pedido é que troque seu voto por favores e seus direitos, por fidelidade.

Ulich (1985) descreve como característica fundamental dos sentimentos humanos a participação pessoal, o compromisso, a relação que as pessoas estabelecem com algo, seja ele vivo, real ou abstrato. Ele enfatiza que a participação pessoal resulta de uma série de fatores individuais, como experiências, valores, competências, expectativas e história de vida. Através dessas características é que descobre-se o indivíduo e que a sua totalidade está amparada em suas experiências, situações, julgamentos e forma de agir.

Segundo Santos (1995), a UBS, sob o ponto de vista estratégico, deveria ser o espaço micro da prática participativa, pois nesse espaço é que ocorrem relações cotidianas enquanto experiência de vida e de elementos através dos quais atores sociais constroem suas percepções referentes à vida social. Ao mesmo tempo, ela poderia representar um espaço de embate e de exercício de poder, não como algo dado, mas como uma prática social que leve a comunidade a alcançar uma importante conscientização sanitária.

Já se passaram catorze anos desde a promulgação da Constituição Brasileira em 1988 e este estudo demonstra que, apesar de os cidadãos terem assegurados legalmente seus direitos de participação e controle social, na prática a sua participação em movimentos, associações e/ou grupos operativos disponibilizados em seu território não vem ocorrendo e, no grupo estudado, mostra-se inexpressiva.

A participação nos conselhos locais de saúde tem-se apresentado, ultimamente, de forma que pode ser considerada regressiva. Quem trabalha na área constata que os usuários foram se afastando da participação, deixando, inclusive, de exercer representação, mesmo quando referem experiências prévias de participação positiva, como informa João:

É, hoje, por vários motivos, não estou assíduo, mas conheço todo o processo, todo o trabalho. Participo quando dá tempo, quando me convocam, até porque fui secretário da associação e fui presidente do grupo de jovens, fui bem atuante.

Sobre o funcionamento estrutural dos conselhos de saúde e se eles ainda mantêm seu conteúdo original de constituir-se como um fórum deliberativo e democrático, Stotz (1995) adverte que se corre o risco de exigir uma participação que não possibilite a intervenção dos grupos sociais mais desprovidos, tendo em vista que esses grupos possuem poucos recursos de organização, provocados pela crise social que resulta no desemprego e na desigualdade em nosso país.

Josabete teve conhecimento das reuniões, mas não participa. Ela

indica aspectos impeditivos à sua participação:

Olha, eu já vi alguma coisa escrita ali no cartaz que sim, [referindo-se à existência de movimentos comunitários] mas é sempre à noite, e é lá embaixo, nem todo mundo tem condições de se destacar daqui para lá, e de noite, então... Não participo, porque sempre é de noite.

Para que os usuários possam participar desses fóruns, eles necessitam, além da motivação e do estímulo à participação, de condições mínimas para custear seu transporte e de segurança para o seu deslocamento à noite para os bairros onde se realizam as reuniões, pois, em algumas situações, elas ocorrem fora do seu referencial geográfico, e esses bairros têm registrado níveis de criminalidade que acabam por desestimular a sua participação. Mas, na verdade, o que mais pesa é o fato de que os usuários, muitas vezes, não obtêm respostas ágeis e efetivas do gestor público ou das lideranças comunitárias aos seus pleitos, conforme declaração de Rebeca registrada anteriormente.

Assim, se há efetivamente uma imensa dificuldade para o exercício pleno da cidadania por parte da população de marginalizados do sistema social e econômico, há também uma atuação concreta e cotidiana do Estado no sentido de mantê-los nessa situação (ESCOREL, 1993, p. 48).

Enquanto participante de uma sociedade que ainda enfrenta uma realidade deficitária de participação e de atendimento básico de saúde, estando na área da saúde como profissional de enfermagem, concordo com Oliveira (1998) quando pondera que não se pode mais cruzar os braços e pensar que surgirão salvadores da pátria para mudar essa situação, ou alguém em quem poderemos colocar a culpa por tudo o que acontece. Somente o exercício pleno da cidadania é que poderá transformar a realidade em que vivemos não só na saúde, mas também em outras áreas sociais.

Campos (1994b, p. 123) afirma:

É inadiável a institucionalização de mecanismos permanentes que assegurem a gestão coletiva dos serviços de saúde. Estas instâncias deveriam ser incorporadas aos 'organogramas' oficiais, sendo regulamentadas a partir de discussão aberta entre vários segmentos sociais.

O autor indica a criação de instâncias de gestão colegiadas, como um conselho local de gestão (conselho gestor) em cada serviço, incluindo-se aí as UBSs,

com a participação de profissionais de saúde e usuários para o exercício de funções de planejamento, controle e fiscalização das ações a serem desenvolvidas, atuando como canais receptores e mediadores das reivindicações dos usuários frente aos dirigentes dos serviços.

A tarefa do setor saúde amplia-se na direção de um papel articulador e integrador, dialogando interativamente com a comunidade e variados setores. Esse processo só atingirá concretamente o potencial participativo quanto maior for a participação da comunidade e quanto mais alianças intersetoriais conseguir abranger. Abordagens centradas na comunidade possibilitam uma participação mais democrática, onde se criam redes de apoio e se ampliam parcerias que favorecem o desenvolvimento de uma visão comum de futuro. Desse modo, seria estimulada a participação da sociedade no setor público através de ações integradas e sustentáveis para melhorar a qualidade de vida da comunidade local com ações resolutivas para os problemas de saúde (JACOBI, 1999).

Conforme Trezza (2002), de forma contrária ao que alguns preconceitos elitistas possam sugerir, as lideranças leigas da comunidade quase sempre possuem uma visão muito acurada e objetiva sobre a qualidade da atenção à saúde. As propostas apresentadas pelos usuários, na maioria das vezes, podem contribuir de maneira significativa para a melhoria do atendimento se ouvidas e implementadas. A participação comunitária fortalece os mecanismos democráticos e pode, através deles, garantir a execução da política social de saúde com maior resolutividade aos problemas que aportam aos serviços.

Segundo Bordenave (1994), os setores mais progressistas da sociedade acreditam que a participação desenvolve a consciência crítica dos cidadãos, fortifica a sua ação reivindicatória e qualifica-os para o exercício do poder compartilhado.

Pela participação, os indivíduos conseguem resolver, através do grupo, questões para as quais individualmente seria muito difícil de obter êxito, como a trazida pela informação de João: “[...] foi através de uma dessas associações que a

gente começou a luta em 1980 para trazeremos o posto, que não era aqui, era numa outra área, depois é que veio para cá.”

Quando os cidadãos participam no planejamento e na fiscalização das instituições públicas, os serviços quase sempre apresentam melhorias em oportunidade, resolutividade e qualidade do atendimento prestado, além de possibilitar um engajamento social importante e necessário à sociedade como um todo.

Inexistindo essas condições mínimas, eles procuram respostas às suas reivindicações em outras áreas, como a judicial. Essa via direta resolve, muitas vezes, questões individuais e os assuntos que interessam a todos continuam a ser decididos por poucos. Essa possibilidade leva-os à busca individualizada, que pode ser um dos fatores que acabam por reforçar a não participação em movimentos comunitários.

Oliveira (1998, p. 115) questiona “[...] até que ponto uma estrutura formal de participação pode, de maneira efetiva, favorecer a partilha de poder público?” Este é um dilema administrativo importante que não será tratado neste estudo por não ser objeto desta pesquisa, mas que certamente deverá estar presente nas preocupações dos gestores hoje e nos próximos anos, para que a situação da participação dos cidadãos possa ser compartilhada e concretizada.

A descentralização dos serviços de saúde e, com ela, o direito dos cidadãos de poder exercer papel ativo como participantes do sistema, correm o risco de perpetuar alguns vícios do passado como o autoritarismo, o paternalismo e a submissão.

Oliveira (1998) refere que, no nível local, há grupos que dominam previamente o processo e que não possibilitam que ocorra, na saúde, avanços significativos de participação e democratização do poder com a incorporação dos usuários no seu processo de decisão.

A participação comunitária ocorre num microespaço político-social dinâmico e, ao mesmo tempo, complexo, que deveria ser representativo da própria

sociedade na busca por melhores condições de vida e de saúde.

A definição de participação para Mendes et al. (1994) não difere de Bordenave quando, no campo da saúde, a coloca como o processo de intervenção da sociedade civil organizada nas deliberações sobre a saúde, na tomada de decisões direcionada à satisfação de suas necessidades, no controle dos processos, assim como na assunção de responsabilidades e observação de obrigações derivadas do desempenho de sua ação decisória.

A microparticipação pode ser considerada como o espaço de aprendizagem para que os cidadãos venham a desempenhar a macroparticipação.

A população participa mais e de forma qualificada quando obtém resposta a seus interesses, e não apenas quando atende aos pleitos das lideranças de grupos ou das instituições externas. Ou seja: o engajamento ocorre quando a ação participativa é relevante para a realização dos objetivos de quem participa.

Quando não há participação, resulta que o povo espera pela ação paternalista do governo, onde as leis são formuladas, mas não se cumprem, pois a responsabilidade social não se desenvolveu para exigir o seu cumprimento. O povo fica à deriva, ou, para Bordenave (1994), atomizado e desorganizado e, como consequência, os governos demagogos e populistas manejam a situação a seu bel prazer, e os ditadores podem exercer sua dominação por longos períodos, sem encontrar qualquer resistência popular. Este enfoque tem eco na declaração de Moisés, referida anteriormente e aqui recolocada em parte, no que diz respeito à ação paternalista delegada: “tomara que as pessoas dêem valor àquilo que a gente precisa.”

Foi estabelecido na Lei Orgânica de Saúde n°. 8080 (BRASIL, 1990a) e, fundamentalmente, na de n°. 8142 (BRASIL, 1990c) que o setor saúde deve assegurar o atendimento das necessidades de saúde dos cidadãos através de um processo de participação que contemple suas expectativas de saúde e de atenção à saúde. A tradução deste princípio no setor saúde deve oportunizar que a voz e a escolha dos cidadãos influenciem decisivamente o modo como os serviços de saúde

devam ser planejados e operados. Essa conquista, no entanto, não deve retirar a responsabilidade que o cidadão deve ter com a sua própria saúde.

A participação em grupos operativos que acontece em uma abordagem individual e grupal na UBS assemelha-se ao nível encontrado na participação comunitária. E essa participação é referida por apenas três sujeitos, sendo eles: Leá, Milká e Davi.

Leá e Milká estão grávidas e realizam o pré-natal em grupos oferecidos pela UBS. Leá informa: “Agora eu estou participando do grupo de gestantes.”

Milká: “Hoje sim, o pré-natal, sim.”

Davi fez referência a sua participação no grupo de diabéticos informando: “A gente comparece no grupo de diabéticos. Quinta-feira, quinta... é de pressão [hipertensos], e sexta, o dos diabéticos”.

Pedro declarou: “eu só venho quando estou doente mesmo, ou tenho problema, se não, não venho”.

Declarações semelhantes à de Pedro foram feitas pela maioria dos participantes.

Ana, por sua vez, demonstra a intenção de participar quando diz: “[...] por enquanto, ainda não. Segunda-feira vou participar do grupo de pessoas obesas”.

Moisés revelou, através de seu discurso, desconhecer a existência de grupos operativos e/ou específicos para problemas de saúde na UBS.

Aqui, no momento, não tem nenhum grupo, só tem lá no hospital [referindo-se a um hospital situado em outro distrito sanitário]. No hospital, eu tenho o grupo de alcoolistas, que eu me trato também lá. É um grupo de AA, como a gente chama”.

As informações dos participantes evidenciam uma inexpressiva participação pelo grupo de entrevistados e pode-se considerar que ela é quase inexistente tanto na vida comunitária, como nos grupos operativos disponibilizados pela UBS.

É necessário veicular informações sobre os serviços disponibilizados, como por exemplo, os grupos operativos que se realizam na UBS. Essa medida é

fundamental para possibilitar um maior engajamento dos usuários do território no serviço de saúde.

Dentre os vinte e cinco entrevistados, há vinte que não participam dos grupos educativos e preventivos disponibilizados pela UBS. São eles: Ana, Dalila, Débora, Diná, Ester, Eva, João, Josabete, José, Judite, Madalena, Mateus, Pedro, Raquel, Rebeca, Rute, Salomé, Samuel, Sara, Suzana, Tiago e Moisés. Destaca-se entre eles o argumento pessoal de Judite, quando declara: “não participo porque eu não gosto de grupo, eu tenho obrigação [trabalho], nem aqui nem noutro lugar. Quando engravidei dela [mostra a filha no colo], também não fiz o pré-natal”.

Encontram-se entre os usuários pessoas como Judite que, através de sua comunicação, pode-se inferir o desinteresse em participar. Bordenave (1994, p. 18-19) salienta que nem sempre a participação voluntária surge como iniciativa pessoal e que a não participação é definida como o fenômeno da “marginalidade”. Na maioria das vezes, este conceito é mal entendido e utilizado erroneamente quando empregado para designar “marginais” a criminosos de qualquer tipo, como se eles não tivessem intervenção ativa, mesmo que a seu modo, na vida social de nossa sociedade. A marginalidade, segundo o autor, “significa ficar de fora de alguma coisa, às margens de um processo sem nele intervir”. Ela não pode ser entendida como atraso, mas como efeito lógico e natural dos modos de desenvolvimento de uma sociedade onde o acesso a vários benefícios é desigual.

A microparticipação que se dá nas comunidades, segundo Bordenave (1994), é o espaço onde a práxis participativa e a educação para desenvolver e ampliar a participação em uma sociedade ocorre.

Em nossa cidade temos notícia de que, assim como ocorre na Câmara Federal, está sendo criada uma comissão permanente de legislação participativa que permite a apresentação aos parlamentares de projetos de lei pela população, representada por entidades comunitárias, associações profissionais, sindicatos e organizações sociais. Os projetos apresentados pelos segmentos sociais, segundo a notícia veiculada, não poderão sofrer vetos, mas deverão atender a aspectos como a

legalidade e constitucionalidade da proposição (CÂMARA TERÁ PARTICIPAÇÃO POPULAR, 2002). A proposta representa um novo espaço de participação ao cidadão portoalegrense.

A participação das pessoas em suas comunidades deveria habilitá-las a uma participação como cidadãos que têm direitos, conduzindo-as à macroparticipação em nível da sociedade como um todo. Esses mecanismos de participação comunitária precisariam, ainda, ser mais divulgados e ter sua utilização estimulada para a efetivação do SUS e de seus preceitos constitucionais.

O respeito e o amparo aos direitos, a conscientização dos indivíduos para a participação com igualdade, princípio da democracia, em nossa sociedade está a exigir de seus integrantes desfavorecidos que vençam as barreiras que os impedem de participar e de se organizar para legitimar suas reivindicações e conquistas através de maior disponibilização para atuar com responsabilidade e zelo contra o pré-determinismo da injustiça.

Bicudo (1982) refere que o embate pela afirmação dos direitos humanos é uma busca constante na história das sociedades e do mundo.

Os valores adquiridos no caso de nosso país deveriam se incorporar na vida cotidiana e dar abertura para novos valores, criando possibilidades ao indivíduo de atingir a plenitude de suas potencialidades e de seu desenvolvimento (MOURA, 1989).

Para que isso ocorra, no entanto, é imprescindível que a organização da vida material da sociedade possibilite a redução das desigualdades a um mínimo, pois, como se apresentam hoje, elas desprezam o ideal de justiça.

As promessas de cidadania contidas no sistema único, segundo Campos (1996) e Barros (1996), só serão realizadas com o avanço de um modelo de atenção à saúde. Para Barros, o caminho deverá ser o da superação de ações verticalizadas e fragmentadas e a incorporação em toda a rede de serviços da lógica de área de abrangência da clientela, do cuidado integral, da renovação da prática

clínica e da reestruturação das instituições em seus processos de trabalho e da participação comunitária.

A distinção feita por Arendt (1991) entre as esferas pública e privada situa na primeira a cidadania, a liberdade, a democracia e a igualdade. À segunda, conforme a autora, pertencem a necessidade, a família, a hierarquia e a desigualdade. Pode-se considerar, então, que na esfera pública, pela liberdade e pela cidadania, é onde o indivíduo pode atingir a realização plena de sua condição humana mais elevada, e que ingressar nessa esfera, ser cidadão, representa ser/estar incluído num grupo, numa comunidade e pertencer à uma nação, ser protegido por suas leis e pelo governo, enfim, pertencer, ser membro de uma sociedade e assim participar dela através de sua inserção social.

Finalizando, deve-se considerar que não bastará somente a inserção em norma legal como o ordenamento jurídico brasileiro e sua afirmação que a saúde é direito de todos os cidadãos para que esse direito seja alcançado. A legislação de um país é um dos elementos fundamentais que possibilitam avaliar o progresso moral de seu povo. É indispensável, porém, a modificação de comportamentos públicos para que a cidadania seja, de fato, atingida.

O debate e o conhecimento devem ser alternativas que possam aproximar usuários, prestadores, profissionais de saúde e gestores, e não distanciar o objetivo de consolidar um sistema de saúde para todos.

5 Considerações finais

Conseguir começar é um dos momentos mais árduos de uma dissertação, porque, na sua fase inicial, surge uma desconfortável suspeita de que não se sabe o bastante sobre o problema. Mas com o progresso da investigação e seus achados, a fonte de inquietação transforma-se em motivação, a tal ponto que o que se torna difícil é saber quando parar.

Enquanto refletia sobre a trajetória percorrida desde o início desta pesquisa até o momento de sua elaboração final, constatações advindas do estudo foram tomando forma na tentativa de, a partir dos dados empíricos, relacioná-las aos objetivos do estudo e de sua fundamentação teórica, acompanhada sempre de muitos questionamentos e por um anseio de mudanças no fazer saúde. Entre as constatações, a premissa de que todo trabalho científico está diretamente ligado não só à validade e à precisão dos resultados, mas também à riqueza dos dados obtidos.

Os achados que emergiram da análise do conteúdo manifesto pelos participantes trouxeram um aspecto importante a destacar: a experiência gratificante de ter ouvido a opinião dos usuários sobre a resolutividade de seu atendimento. Ninguém melhor para opinar a respeito de uma situação do que aqueles que a experienciam no cotidiano. Os participantes deste estudo vivem, no dia-a-dia, a necessidade de serviços básicos de saúde qualificados e resolutivos para o seu atendimento. Suas informações permitiram identificar suas opiniões sobre saúde e problemas de saúde e evidenciar a rede de relações existente entre eles, o serviço e o seu ambiente cotidiano dentro de seu contexto vivencial na busca por resolver seus problemas de saúde e na procura pela obtenção de melhores condições de vida.

Quando o usuário procura por determinado serviço de saúde, ele utiliza alguns mecanismos abordados neste estudo, que compreendem desejos e necessidades que acompanham o ser humano, especialmente nos seus momentos de fragilidade, para resolver problemas ligados à dor, ao sofrimento e à doença. Constatou-se que o grupo estudado procura atendimento quando percebe que há alguma disfunção física, baseada num substrato essencialmente biomédico, principalmente aquelas provocadas por problemas agudos ou crônicos que os retiram de sua estabilidade normativa. A função do atendimento passa, então, a caracterizar-se pela consulta médica e pelo modelo de pronto atendimento, onde as queixas, sinais e sintomas apresentados por eles são traduzidos apenas pelo profissional médico para indicar o diagnóstico e o tratamento terapêutico.

Por meio de suas comunicações, constata-se que a prática sanitária cotidiana, enquanto uma forma pela qual a sociedade estrutura e organiza as respostas aos seus problemas de saúde, continua a reproduzir a concepção de saúde e doença que permeia o modelo de atenção ainda vigente, centrado na doença e não na saúde.

As indagações iniciais geradas pela opção temática da resolutividade dos problemas de saúde no atendimento a partir da opinião dos usuários permitiram que emergissem, inevitavelmente, assuntos bem atuais que mobilizaram questionamentos pessoais a partir da análise das comunicações dos participantes sobre o atendimento recebido na unidade básica de saúde. Um deles foi sobre qual caminho futuro poderá ser percorrido pelo sistema de saúde e seus atores sociais para encontrar uma suficiência transformadora com a competência necessária para as modificações esperadas pela sociedade nos serviços. Que adoção político-gerecncial pode ser capaz de melhorar o *status quo* apresentado na rede básica? A resolutividade encontrada neste estudo não pode ser considerada alta, tendo em vista que foram referidas condições restritivas ao seu alcance pela maioria dos participantes, embora seja possível inferir uma aderência ao atendimento materno-infantil pelas comunicações de algumas participantes no grupo estudado.

Os modos possíveis de atuação para o enfrentamento dos problemas cotidianos da saúde com qualidade e eficácia constituem aspecto fundamental no desenvolvimento do trabalho de atenção à saúde. Trata-se da referência aos recursos disponíveis, sejam eles humanos, tecnológicos e/ou institucionais necessários para atingir-se a resolutividade no atendimento. O desafio, em qualquer país, consiste em aumentar a coerência entre os recursos disponíveis, os serviços e as necessidades da comunidade, isto é, tentar eliminar os desequilíbrios geográficos (colocar os serviços onde estão as necessidades), numéricos (a falta de determinadas categorias funcionais necessárias para o atendimento individual integral e coletivo), organizacionais (de um lado, a falta de tecnologia apropriada e, de outro, as dificuldades de acesso dos usuários aos serviços básicos, bem como aos níveis mais complexos do sistema). Esse desafio é ainda maior nos países pobres, devido à falta de recursos financeiros, físicos e humanos e de seu efetivo gerenciamento. Somente o aumento de recursos, entretanto, não vai, de *per si*, elevar a eficácia nem a eficiência dos serviços. Maior volume de recursos, gerenciado de maneira ineficiente, resultará em aumento de custos, sem efeitos significativos na saúde da população e sem o impacto necessário na resolutividade dos problemas de saúde. A reflexão sobre o modo de organizar e gerenciar os serviços torna-se uma premissa que aponta para questões como: que tipo de organização e gestão pode favorecer mais a eficácia e a eficiência dos serviços de saúde para a obtenção de alta resolutividade dos problemas de saúde apresentados pelos usuários?

Dentro dessas possibilidades em aberto, destaca-se a importância da enfermagem, que não se apresentou relevante neste estudo, e as perspectivas de sua ação social pelo compromisso assumido quando da opção por fazer saúde. Há possibilidades, dentro desse contexto, de ampliar o espaço de atuação criativa da enfermagem para que os enfermeiros cada vez mais participem como atores sociais com visibilidade e destaque na busca de opções em suas práticas que conduzam ao

atendimento integral humanizado e interdisciplinar, influenciando, desta forma, a resolatividade dos serviços de saúde.

A transformação da enfermagem na direção do processo de melhoria de suas práticas pode ser abordada em alguns aspectos fundamentais, como os da formação profissional na perspectiva das exigências atuais, onde o sistema requer um novo profissional enfermeiro que, além da competência técnica, tenha uma formação embasada nos princípios de cidadania, de compromissos com a ética, a responsabilidade e a solidariedade, para que possa, em sua atuação profissional, qualificar os serviços, de forma que os problemas encontrados possam ser tratados e solucionados através do desenvolvimento de um trabalho baseado em dois saberes: o operante e o prático, recriando o saber no ato do trabalho e considerando o caráter reflexivo do trabalho em saúde, por mais mecânico que ele possa se apresentar algumas vezes.

Há dificuldade na obtenção de mecanismos adequados para o desenvolvimento de profissionais de saúde desde a sua atualização técnica até a ampla gama de possibilidades e exigências impostas pela própria dinâmica social, cultural e política na implementação do SUS.

A enfermagem, como prática social, pode assumir diferentes potencialidades e perspectivas de praticar as mudanças necessárias no cenário atual e no futuro, as quais o modelo hegemônico de atenção à saúde tem ocultado e reprimido. As práticas de saúde que contemplam o indivíduo/coletivo com o enfoque do biológico subjacente ao social devem compreender o ser humano como um complexo que apresenta não só necessidades individuais, mas sociais, advindas de sua inserção social, determinando a atenção individual articulada com a perspectiva da abordagem coletiva dos problemas de saúde em busca da atenção integral e humanizada e da resolatividade das ações praticadas nos serviços.

Cabe salientar que o discurso pode representar apenas retórica se não houver de fato na prática cotidiana a intencionalidade de mudar os processos de formação e do trabalho em saúde, propiciando uma interlocução que se acaba nela

mesma e perdendo-se o pressuposto da interdisciplinariedade na saúde ante as necessidades dos usuários.

Existe, portanto, a oportunidade de recuperar possibilidades existentes na operacionalização dessas questões nos diferentes processos de trabalho da enfermagem, que incluem a assistência, o ensino, a gestão e a investigação em saúde, assim como a informação e a democratização do conhecimento.

Para fazer frente ao momento atual da saúde, será necessário redefinir os projetos de graduação e pós-graduação, para que possibilitem a integração entre o trabalho acadêmico e o mundo do trabalho – o chamado espaço da prática e da intervenção – de forma que venha a atender às necessidades do sistema com resolutividade. O SUS é um projeto dependente da adesão e da participação de amplos setores da sociedade, incluindo-se aí os profissionais de saúde como elementos transformadores que, além de uma formação sólida – não só técnica – mas, principalmente, como cidadãos, possam desenvolver uma consciência crítica, a cosmovisão, a humanização e o compromisso ético-social para responder efetivamente aos anseios da população.

Preparar profissionais com esse perfil é o grande desafio para a educação, seja do nível superior ou do nível técnico, no sentido de buscar sempre novos modos de formar, para que a formação se traduza em compromisso social, através da interação no trabalho em equipe (a interdisciplinariedade sem a perda da identidade profissional), para que seja possível abordar as necessidades do usuário e dos grupos sociais de forma responsável, acolhedora, equânime, competente, humanizada e solidária.

A capacidade resolutiva só será atingida pelos profissionais através da prática de uma assistência integral e de qualidade, que priorize não só o atendimento individual e coletivo, mas que se caracterize, também, pelo direito à informação, à participação e à decisão do cidadão usuário, razão da existência da enfermagem e das demais profissões que atuam na área da saúde.

Outra constatação é de que os serviços continuam reproduzindo práxis dominantes no espaço público com um processo de participação comunitária que se apresenta ainda incipiente e/ou regressivo e com características de delegação e reivindicação longe das pretendidas pelo ideário do SUS e conferidas pela conquista social na Constituição Brasileira, que é a do exercício de controle social. Embora a participação apresente-se neste estudo de forma incipiente e, por vezes, pouco conscientizada, acredita-se que, na medida em que seja facultada à população a possibilidade de apontar deficiências percebidas no atendimento e catalisar reivindicações de melhoria junto às instâncias decisórias, as medidas daí decorrentes poderiam permitir o engajamento necessário de controle social e de participação efetiva no espaço público.

A abertura à escuta e a interpretação dos ruídos (avaliação) que os problemas de saúde provocam no cotidiano dos serviços podem possibilitar uma ação estratégica comunicacional de forma coletiva e compartilhada, oportunizando a intervenção a partir de opções tecnológicas que possibilitem o enfrentamento dos problemas de saúde que os usuários portam e representam nos serviços.

O nível básico, caracterizado no sistema como a porta de entrada ao primeiro atendimento de atenção à saúde, e com possibilidade de apresentar 80% de resolutividade dos problemas de saúde, necessita, urgentemente, ser considerado e efetivamente tratado pelos gestores do SUS como o atendimento primordial. As atuais condições e a realidade constatada neste estudo apontam dificuldades e faltas, como as comunicadas pelos usuários – entre elas, a falta de agilidade no atendimento, a insuficiência de medicamentos, assim como a dificuldade de encaminhamentos complementares para diagnóstico e atendimento especializado – como fatores restritivos para a obtenção da resolutividade na atenção à saúde. Para o alcance de um desempenho satisfatório, com capacidade de permitir uma melhor organização e funcionamento dos serviços em seus diferentes níveis, há que se materializar no sistema a intrasetorialidade e a interdisciplinariedade, com necessidade de reavaliar a situação em que se encontram atualmente alguns serviços

da rede básica com relação à tecnologia disponível. A partir da década de 60, no nível secundário e terciário, cada vez mais tecnologias atualizadas e de alto custo foram inevitavelmente incorporadas, principalmente em hospitais, aumentando deste modo as possibilidades da medicina curativa, que também é necessária ao sistema, em detrimento da atenção integral e coletiva que caberia à atenção básica promover. Constata-se que muito pouca tecnologia foi introduzida em alguns serviços da rede básica de saúde ultimamente, provocando um distanciamento científico e tecnológico desse nível em relação aos demais e, desta forma, reduzindo a possibilidade da resolutividade prevista para esse nível de atenção. O posicionamento pessoal que se tem sobre essa realidade é de que não havendo o estabelecimento de melhoria das condições, não só as tecnológicas, mas de investimento no desenvolvimento de profissionais, capazes de impulsionar as melhorias necessárias no nível básico, assim como o estabelecimento da intrasetorialidade entre os níveis, o atendimento básico do sistema não conseguirá desempenhar o papel a ele atribuído e dele esperado. Esta realidade, assim permanecendo, caminha na contra-mão da história, tendo em vista o cenário atual e a previsão dos cenários futuros da saúde, em que os agravos emergentes constituem-se, cada vez mais, como conseqüências sociais das condições de vida em nossa sociedade, e que exigem uma atuação prioritariamente coletiva e interativa na busca da resolutividade às questões não só individuais, mas sociais que afetam diretamente as condições de saúde e de vida da população.

A resolutividade no atendimento só será factível através da garantia de uma atuação e abordagem interdisciplinar ao indivíduo e à população na realidade em que estão inseridos, de tal maneira que os serviços, tanto os básicos quanto os complementares, possam, através das equipes de saúde, em uma ação coordenada, aumentar a qualidade e a resolutividade do atendimento. A operacionalização desse conceito pressupõe, também, romper núcleos corporativos enraizados nas diversas profissões e nas estruturas dos serviços com uma organização gerencial que supere as tradicionalmente em vigor, que ainda podem ser caracterizadas pela

fragmentação e pela especialização com tendência à alienação, à departamentalização e à burocratização constatadas na sociedade contemporânea, que dificultam as mudanças que levariam à consolidação da implementação plena do SUS.

Referências

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

ALMEIDA, M. C. P. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva - rede básica de saúde em Ribeirão Preto**. 1991. Tese (Livre Docência) – Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991.

ALMEIDA FILHO, N. **A clínica e a epidemiologia**. Rio de Janeiro: APCE/ Abrasco, 1982.

ARENDT, H. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1991.

AYRES, J. R. C. M. Necessidade, objetividade e risco: ensaio para uma propedêutica epistemológica. In: Resumos do 3º. CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 3.,1995. Salvador. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARCELLOS, J. A. Territórios do cotidiano: introdução a uma abordagem teórica contemporânea. In: MESQUITA, Z.; BRANDÃO, C. R. (org). **Territórios do cotidiano: uma introdução a novos olhares e experiências**. Porto Alegre - Santa Cruz do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Universidade de Santa Cruz do Sul, 1995.

BARROS, E. Tréplica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Abrasco, Rio de Janeiro, v. 1, n.1, p. 5-17, 37-38, 1996.

BECKER, D. **A construção de uma sociedade saudável**. [artigo científico]. Disponível em: <[http:// www.cedaps.org.br/artigo.html](http://www.cedaps.org.br/artigo.html)> Acesso em: 20 abr. 2002.

BICUDO, H. P. **Direitos civis no Brasil existem?** São Paulo: Brasiliense, 1982.

BOBBIO, N. **A era dos direitos.** Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOHADANA, E. **Saúde e trabalho no Brasil.** Petrópolis: Vozes Ltda., 1982.

BONTEMPO, M. **Receitas para ficar doente.** 5. ed. São Paulo: Hemus, 1990.

BOSI, M. L. M. Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na rede pública de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 446-456, out./dez. 1994.

BORDENAVE, J. E. D. **O que é participação.** 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. (Coleção Primeiros passos, 95).

BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal/Centro Gráfico, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Lei N° 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, v. 128, p. 55-90, 20 set. 1990a.

_____. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios.** Brasília, DF, 1990b.

_____. Lei n°. 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e das outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, dez. 1990c.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde.** 2. ed., Brasília: Assessoria de Comunicação Social, 1991.

_____. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 10 out. 1996.

BUENO, W. S.; MERHY, E.E. **Os equívocos da NOB 96**: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? Campinas, 1997. In: Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.html>>. Acesso em: 06 abr. 1998.

BUSS, P. M. Saúde e qualidade de vida. In: COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M. (org). **Política de saúde e inovação institucional** – uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro: Secretaria de Desenvolvimento Educacional/ENSP, 1996.

CÂMARA terá participação popular. **Zero Hora**, Porto Alegre, p.18, 8 mar. 2002.

CAMPOS, G. W. S. Recursos humanos na saúde: fator de produção e sujeitos sociais no processo de reforma sanitária no Brasil. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (org.) **Planejamento sem normas**. 2. ed. São Paulo, Hucitec, 1989. Cap. 3, p. 45-51.

_____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994a, p.29-87.

_____. **A saúde pública e a defesa da vida**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994b.

_____. Papel do movimento sanitário na construção do novo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Abrasco, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 23-25, 1996.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CANTARINO, G. Modalidades de gestão dos sistemas de saúde sob a ótica da solidariedade. **Tema** - Programa Radis, Rio de Janeiro, n. 15, p.18-19, out. 1997.

CARVALHO, A. I. de. **Conselhos de saúde no Brasil**. Participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

_____. Da saúde pública às políticas saudáveis – saúde e cidadania na pós-modernidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Abrasco, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 104-121, 1996.

CARVALHO, G. C. M. O momento atual do SUS... A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. **Saúde e Sociedade**, Faculdade de Saúde Pública da USP - Associação Paulista de Saúde Pública, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 9-24, 1993.

CARVALHO, M. R. **Modelos assistenciais de unidades básicas de saúde e integralidade - estudo de caso: a área de planejamento 3.1 (RJ/RJ) - Contribuição para a sua distritalização**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1991. 2v. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1991.

CASTELLANOS, P. L. **Sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar**. Washington: OPS/OMS, p.15-20, 1991.

CENTRO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. Disponível em: <[http:// www.cedaps.org.br](http://www.cedaps.org.br)>
Acesso em: 20 abr. 2002.

CHIORO, A.; SCAFF, A. **Saúde e cidadania: a implantação do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <<http://www.consaude.com.br/sus.htm>>. Acesso em: 07 set. 1999.

CHRISTÓFARO, M. A. C; SANTANA, J. P. **Educação, trabalho e formação profissional em saúde**. NET, Brasília, abr. 2002. NESP/CEAM/UNB. Disponível em: <http://www.pessoalsus.inf.br/Temas/edc_trab_form_prof_em_saude2.htm>. Acesso em: 20 abr. 2002.

DONABEDIAN, A. **The seven pillars of quality**. Arch Pathol Lab Med; 1990, 114: 1115-1118.

DUTRENT, J. M. Evaluation du travail social. Aide à la Mutation. **Revue Rencontre**, n. 51, 1984.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. 2. ed. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1979.

ELSTER, J. **As peças e engrenagens das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

ENCICLOPÉDIA MIRADOR INTERNACIONAL. Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. 2. ed. São Paulo: Enciclopaedia Britannica do Brasil Publicações, 1977.

ESCOREL, S. Exclusão social: fenômeno totalitário na democracia brasileira. **Saúde e Sociedade**, Faculdade de Saúde Pública da USP - Associação Paulista de Saúde Pública, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 41-57, 1993.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**, 2. ed., Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FORTES, P. A. C. Ética, cidadania e busca da qualidade na administração dos serviços de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 49-50, dez. 1995 – mar. 1996.

GOLDIM, J.R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 1997.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas no processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

GUERRA, M. **Medicina e sociedade**. Lisboa: Moraes, 1961.

HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

IANNI, A. M. Z. Saúde e meio ambiente na periferia da metrópole. **Saúde e Sociedade**. Faculdade de Saúde Pública da USP - Associação Paulista de Saúde Pública, São Paulo, v. 9, n. 1-2, p. 97-109, 2000.

JACOBI, P. Descentralização municipal e a participação dos cidadãos: apontamentos para o debate. In: _____. Poder local, políticas sociais e sustentabilidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP - Associação Paulista de Saúde Pública, v. 8, n. 1, p. 31-48, 1999.

KLEINMANN, A. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley: University of California Press, 1980.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1985.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Trabajo y Salud en Sicartsa**. México, Programa de Difusión Cultural del SITUAM, 1987.

LEFÈVRE, F. A. A saúde como fato coletivo. **Saúde e Sociedade**, Faculdade de Saúde Pública da USP - Associação Paulista de Saúde Pública, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 83-91, ago./dez. 1999.

LUNARDI, V. L. Problematizando conceitos de saúde a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 26-40, jan. 1999.

MACHADO, M. H. **Os médicos e sua prática profissional**: as metamorfoses de uma profissão. Tese (Doutorado) – IUPERJ, Rio de Janeiro, 1996.

MARINOFF, L. **Mais Platão menos Prozac** – a filosofia aplicada ao cotidiano. Rio de Janeiro: Record, 2001.

MATSUMOTO, N. F. **A operacionalização do PAS de uma unidade básica de saúde do município de São Paulo**, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde. 1999. Tese (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999. Disponível em:

<<http://dedalus.usp.br:4500/ALEPH/POR/USP/USP/DEDALUS/FULL/1042654?>>.

Acesso em: 31 jan. 2002.

MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto: 1998.

MENDES, E. V. (Org.) et al. **Distrito sanitário**: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994.

MENDES, E. V. Mesa redonda: saúde e qualidade de vida. **Espaço Saúde**, v. 4, n. 4, p. 19-22, jan. 1995.

_____. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERHY, E. E. A luta na saúde pela defesa da vida e algumas questões sobre o seu sujeito formulador: contribuições para o planejamento e gestão de serviços. **Cadernos CEFOR**. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, 1992.

_____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: Os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde) In: CECÍLIO, L. C. de O. (org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 117-160.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo – Buenos Aires: Hucitec – Lugar Editorial, 1997.

_____. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Abrasco, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O. ; NOGUEIRA FILHO, R. C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n.33, p. 83-89, 1991.

MICHAELIS: dicionário da Língua Portuguesa. Disponível em: <<http://www.uol.com.br/michaelis>>. Acesso em: 21 nov. 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.

MORAES, R. Análise de conteúdo: limites e possibilidades. In: ENGERS, M. E. A. (org.). **Paradigmas e metodologias de pesquisa em educação**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1999.

MORIN, E. **Introduction à la Pensée Complexe**. Paris: ESF Éditeur, 1990.

MOSCOVICI, F. et al. **Equipes dão certo: A multiplicação do talento humano**. 3. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1996.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 1991.

MOURA, D. **Saúde não se dá, conquista-se**. São Paulo: Hucitec, 1989.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

NOVAES, H. M. D.; NOVAES, R.L. Saúde, doença e inovação tecnológica. **Saúde e Sociedade**, Faculdade de Saúde Pública da USP - Associação Paulista de Saúde Pública, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 61-78, 1994.

NÚMERO de idosos pode triplicar. **Zero Hora**, Porto Alegre, 13 abr. 2002. Vida, p. 3.

OLIVEIRA, F. A. **Serviços de saúde e seus usuários: comunicação entre culturas em uma unidade de saúde comunitária**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1998.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Documentos básicos**. 26. ed. Ginebra: OMS, 1976.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Las condiciones de salud en las Américas**. Washington: OPS, 1994.

POLAK, Y. N. S. et al. A compreensão de doença dos adultos da grande Curitiba. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 11-18, jul./dez. 1996.

POLIT, D. F; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. **Orçamento participativo: regiões**. [Mapa] Disponível em: <<http://www.portoalegre.rs.gov.br/>>. Acesso em: 03 jul. 2002.

_____. Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social. **Plano Municipal de Saúde**. Porto Alegre, 1987.

_____. Secretaria Municipal de Saúde CEDIS/CVS/SMS – Equipe de informação em saúde/Centro de vigilância à saúde. **Distribuição da população total da recontagem populacional de 1996**, segundo setores censitários e faixas etárias. Porto Alegre: 1996.

_____. Secretaria Municipal de Saúde CEDIS/CVS/SMS – Equipe de informação em saúde/Centro de vigilância à saúde. **Distribuição dos distritos sanitários e gerências distritais**. Porto Alegre, 1998.

QUEIROZ, M. S. **Representações sobre saúde e doença** - agentes de cura e pacientes no contexto do SUDS. Campinas: Unicamp, 1991.

RAGGIO, A.; GIACOMINI, C. H. **Sistema Único de Saúde: propósitos e processo social de construção**. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 1994. (Mimeografado)

RIGGS, J. L.; KALBAUGH, A. J. **A arte da administração**. São Paulo: Livraria Pioneira, 1981.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria do Estado e do Meio Ambiente. Assessoria de planejamento. Equipe de pesquisa. **Avaliação do sistema de saúde do Murialdo**. Orientação técnica Paulo O. Chaves. Porto Alegre, 1983.

_____. Secretaria do Estado e do Meio Ambiente. Núcleo de Informação e Saúde. **Estatística de saúde: mortalidades**. Porto Alegre, 1997.

SANTOS, M. P. dos. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 48, n. 2, p. 109-119, abr./jun. 1995.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Abrasco, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

SILVER, L. Aspectos metodológicos em avaliações dos serviços de saúde. In: GALLO et al. (orgs.) **Planejamento criativo: novos desafios em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

STEIN, A.T. **Acesso a atendimento médico continuado: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviços de emergência**. 1998. 213 f. Tese (Doutorado) – Curso de Pós-Graduação em Medicina: Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998.

STOTZ, E. N. Movimentos sociais e saúde: das dificuldades em incorporar a temática às inflexões teórico-metodológicas das ciências sociais. In: CANESQUI, A. M. (org.) **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1995.

TEIXEIRA, M. A. Ética e saúde: as dores do seu contexto. **Divulgação em saúde para debate**, n. 17, p. 99-104, março 1997.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TREZZA, E. Atenção de primeira linha no final do século XX. o desafio da resolutividade. **Divulgação em saúde para debate**, [Barueri], n. 9 – ago. 1994. Disponível em: <<http://www.prouni.org/uni/revista/9/revis3.htm>>. Acesso em: 20 abr. 2002.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

ULICH, Dieter. **El sentimiento**: introducción a la psicología de la emoción. Barcelona: Herder, 1985.

UNICEF. **Cuidados primários de saúde**: relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Brasil, 1979.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Centro de Estudos e Pesquisas em Administração. Saúde pública é reprovada na região metropolitana. **Zero Hora**, Porto Alegre, p.36-37, 11 de julho de 1999.

VALLA, Victor V. 1993. Participação popular e saúde: a questão da capacitação técnica no Brasil. In: Valla, Victor V. e Stotz, Eduardo N. (orgs.). **Participação popular, educação e saúde**: teoria e prática. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

VECINA NETO, G.; TERRA, V. Projeto saúde e cidadania. **Saúde e Sociedade**, Faculdade de Saúde Pública da USP - Associação Paulista de Saúde Pública, São Paulo, v. 9, n. 1-2, p. 87-95, jan./dez. 2000.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

WENNBERG, J.E. On the status of the scientific basis of clinical medicine and the need for better science policy to promote the evaluative clinical sciences. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON QUALITY ASSURANCE AND EFFECTIVENESS IN HEALTH CARE, Toronto, 1989.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO declarations and charters...** Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21

November 1986. Disponível em: <<http://www.who.int/hpr/archive/docs/ottawa.html>> Acesso em: 08 abr. 2002.

ZUCCHI P. et al., Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**, Faculdade de Saúde Pública da USP - Associação Paulista de Saúde Pública, São Paulo, v. 9, n. 1-2, p. 127-150, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de consentimento informado

Pesquisadora – Vera Catarina Degani

Pesquisa – A resolutividade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde Comunitária

Bom dia/boa tarde!

Sou enfermeira e o meu nome é Vera Catarina Degani. Estou fazendo algumas perguntas para conhecer a opinião das pessoas que procuram o atendimento desse posto sobre a solução que este serviço dá para os seus problemas de saúde.

Se concordar em participar, preciso lhe dizer que o seu nome e as suas informações serão mantidas no anonimato. Peço também a sua permissão para gravar a entrevista para que não se perca nenhuma informação e facilite o trabalho. Você tem o direito de participar ou não. Se concordar, eu agradeço a sua colaboração para a realização dessa pesquisa e comprometo-me em apagar as fitas assim que o estudo estiver concluído.

Enf^a Vera Catarina Degani

Assinatura do usuário

Data

APÊNDICE B – Roteiro para entrevista com usuários da unidade básica de saúde comunitária

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

Horário do início:..... h min

Horário do término: h min

IDENTIFICAÇÃO

NOME:.....		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Idade:.....anos	CONSULTA <input type="checkbox"/> agendada <input type="checkbox"/> espontânea		
Grau de instrução: <input type="checkbox"/> não-alfabetizado <input type="checkbox"/> 1º grau incompleto <input type="checkbox"/> 1º grau completo <input type="checkbox"/> 2º grau incompleto <input type="checkbox"/> 2º grau completo <input type="checkbox"/> 3º grau incompleto <input type="checkbox"/> 3º grau completo			
Ocupação:.....			
Local onde mora:.....			
Cadastrado no Programa de Saúde Comunitária há:.....anos			

Questões

- 1 Em que situações você procura o serviço deste posto (UBS)?
- 2 E hoje, o que você veio fazer aqui?
- 3 Você vem no posto (UBS) só quando se sente doente ou participa de algum grupo oferecido por ele?
- 4 O que é saúde, para você?
- 5 O que você considera problema de saúde?
- 6 O que você espera em relação ao atendimento prestado neste posto (UBS) para a resolução de seus problemas de saúde?
- 7 Na sua opinião, este serviço resolve seus problemas de saúde? Quais os problemas de saúde que este serviço resolve?
- 8 O que um posto (UBS) precisaria ter, na sua opinião, para resolver os seus problemas de saúde?
- 9 No seu bairro, existem associações e/ou movimentos comunitários que se organizam para resolver os problemas de saúde da comunidade?

- 10 Você participa desses movimentos? Quem mais participa? (líderes da comunidade, representantes das instituições, profissionais do posto, religiosos, outros).
- 11 Quando o posto (UBS) não tem condições de resolver o seu problema, você procura outro serviço ou o posto mesmo o encaminha para outro lugar?

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de consentimento informado

Pesquisadora – Vera Catarina Degani

Pesquisa – A resolutividade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde Comunitária

Bom dia/boa tarde!

Sou enfermeira e o meu nome é Vera Catarina Degani. Estou fazendo algumas perguntas para conhecer a opinião das pessoas que procuram o atendimento desse posto sobre a solução que este serviço dá para os seus problemas de saúde.

Se concordar em participar, preciso lhe dizer que o seu nome e as suas informações serão mantidas no anonimato. Peço também a sua permissão para gravar a entrevista para que não se perca nenhuma informação e facilite o trabalho. Você tem o direito de participar ou não. Se concordar, eu agradeço a sua colaboração para a realização dessa pesquisa e comprometo-me em apagar as fitas assim que o estudo estiver concluído.

Enf^a Vera Catarina Degani

Assinatura do usuário

Data

APÊNDICE B – Roteiro para entrevista com usuários da unidade básica de saúde comunitária

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

Horário do início:..... h min

Horário do término: h min

IDENTIFICAÇÃO

NOME:.....		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Idade:.....anos	CONSULTA <input type="checkbox"/> agendada <input type="checkbox"/> espontânea	
Grau de instrução: <input type="checkbox"/> não-alfabetizado <input type="checkbox"/> 1º grau incompleto <input type="checkbox"/> 1º grau completo <input type="checkbox"/> 2º grau incompleto <input type="checkbox"/> 2º grau completo <input type="checkbox"/> 3º grau incompleto <input type="checkbox"/> 3º grau completo		
Ocupação:.....		
Local onde mora:.....		
Cadastrado no Programa de Saúde Comunitária há:.....anos		

Questões

- 1 Em que situações você procura o serviço deste posto (UBS)?
- 2 E hoje, o que você veio fazer aqui?
- 3 Você vem no posto (UBS) só quando se sente doente ou participa de algum grupo oferecido por ele?
- 4 O que é saúde, para você?
- 5 O que você considera problema de saúde?
- 6 O que você espera em relação ao atendimento prestado neste posto (UBS) para a resolução de seus problemas de saúde?
- 7 Na sua opinião, este serviço resolve seus problemas de saúde? Quais os problemas de saúde que este serviço resolve?
- 8 O que um posto (UBS) precisaria ter, na sua opinião, para resolver os seus problemas de saúde?
- 9 No seu bairro, existem associações e/ou movimentos comunitários que se organizam para resolver os problemas de saúde da comunidade?

- 10 Você participa desses movimentos? Quem mais participa? (líderes da comunidade, representantes das instituições, profissionais do posto, religiosos, outros).
- 11 Quando o posto (UBS) não tem condições de resolver o seu problema, você procura outro serviço ou o posto mesmo o encaminha para outro lugar?

APÊNDICE C – Transcrição de entrevista com usuário da unidade básica de saúde

Data: 05/06/2000**Horário do início:** 15 h 35 min**Horário do término:** 15 h 55 min**Dia da semana:** segunda-feira

IDENTIFICAÇÃO

NOME: João (codinome)	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Idade: 34 anos CONSULTA <input type="checkbox"/> agendada <input checked="" type="checkbox"/> espontânea	
Grau de instrução: <input type="checkbox"/> não-alfabetizado <input type="checkbox"/> 1º grau incompleto <input checked="" type="checkbox"/> 1º grau completo <input type="checkbox"/> 2º grau incompleto <input type="checkbox"/> 2º grau completo <input type="checkbox"/> 3º grau incompleto <input type="checkbox"/> 3º grau completo	
Ocupação: possui uma casa de religião (trabalha só em casa)	
Local onde mora: Partenon	
Cadastrado no Programa de Saúde Comunitária há: 20 anos (desde 1980)	

Vera: Em que situações o senhor procura os serviços desse posto?

João: Eu, particularmente, tenho que estar realmente bem necessitado, com muita dor, com algum problema muito sério para vir procurar. Fora isso, dou lugar para outros que precisam com mais freqüência do atendimento.

V: E hoje, o que o senhor veio fazer aqui?

J: Hoje eu vim trazer uns exames, que estavam marcados, para o médico e estou fazendo um tratamento. Vim pegar uma outra requisição para exame.

V: Então o senhor veio trazer exames prontos.

J: É. Estou fazendo tratamento para infecção de garganta e infecção no estômago.

V: O senhor vem aqui no posto só quando se sente doente ou o senhor participa de algum grupo oferecido por ele?

J: Não, diretamente, não. Por causa do meu tempo. Só numa necessidade de precisarem do apoio, aí eu venho somar com o pessoal do posto ou coisa assim.

V: O que é saúde para o senhor?

J: Eu acho que hoje a gente tem sido muito pouco amparado pela saúde. E até em certos setores, em certos lugares, muitas vezes, certos médicos não nos atendem.

Eu ainda estive, esses dias, num outro setor e tive que perguntar se o médico não iria me dar remédio para febre. Aí ele disse: “ah, é. Vou te dar um remédio para febre”. Isso tudo a gente repara. A gente precisa. Eu não tenho visto muita melhora na medicina, principalmente nos dias de hoje. Eu acho que a gente tem sido... Eles estão tratando muito o básico quando a gente vem para consultar, são horas perdidas, é praticamente uma tarde, a gente perde uma tarde. Hoje eu tinha que trabalhar, eu tinha coisas para fazer. Ontem já passei horas no hospital [referindo-se à noite anterior quando procurou um hospital geral público em outro distrito], das quatro da tarde às quatro da manhã. Aí, agora vim para cá a uma hora da tarde. Esse problema de dor, uma dor no estômago e uma diarreia que podia ter sido sanada na última consulta que eu tive no posto. Na realidade, não estou querendo criticar nem um nem outro, estou tentando realmente ser realista, que é uma das coisas que aconteceu. Eu achei que poderia ter sido bem mais amparado na última vez em que estive aqui.

V: O senhor me falou de uma série de situações que o senhor teve, a busca que o senhor fez no hospital, mas poderia me dizer o que é saúde para o senhor?

J: Eu acho que saúde é um todo, saúde é um tudo, a gente tem que ter... Tem que ter saúde para poder realmente tocar a vida da gente. Sem saúde não se vai a lugar nenhum, como eu mesmo, nesse momento agora, estou com tudo parado, não estou me sentindo bem, dependo das pessoas para me cuidar, dar alimento, para me darem comida. Tem duas pessoas aí fora me esperando, que deixaram seus compromissos para estar comigo. E eu, para procurar saúde, tenho que estar mesmo precisando, porque se não, já não procuro por qualquer coisa. Até pelo espaço, pelo tempo da gente. Muitas vezes não se tem certos resultados, então se auto-medica. Eu estou com um problema de ter me medicado muito em casa, e hoje eu não tenho me dado bem. Hoje estou sentindo a repercussão, e certos remédios não me fazem mais efeito.

V: O senhor não ia ao médico e medicava-se por conta? É isso?

J: É, é.

V: Então o que o senhor considera problema de saúde? Antes eu lhe perguntei o que era saúde, agora eu queria que o senhor me dissesse o que considera um problema de saúde.

J: Em que sentido? Pessoal ou comum?

V: Como o senhor quiser enfocar.

J: Para mim, o pior problema da saúde, o pior problema é esse, que muitas vezes a gente... Eu acho horrível essa questão da gente ficar, calcula, das 4:20 da tarde às 4 da manhã para ter uma consulta para ser atendido... Tudo pode acontecer nesse período de tempo, sentado numa cadeira, num frio, de madrugada, dependendo de um carro, de alguém...

V: O senhor está se referindo então a essa longa espera pelos serviços?

J: É, na realidade é, porque tem gente aqui desde o meio-dia e vai sair daqui cinco, seis horas da tarde, todo um processo, não é? Isso que faz com que o pessoal muitas vezes se medique, se auto-medique em casa. É esse o processo de espera, é esse. Eu acho que nos postos, até fui muito bem atendido agora por uma especialista, apesar do meu médico, uma outra especialista que deve ser realmente doutora – eu acho que eles são todos estagiários – fui muito bem atendido por ela e eu acho que isso é a realidade, esse apoio, esse incentivo para o estagiário, o médico que está iniciando. Hoje eu gostei muito do atendimento.

V: O que o senhor espera em relação ao atendimento prestado nesse posto para resolver os seus problemas de saúde? O senhor referiu uma série de situações que acha que não estão bem e até concluiu elogiando o atendimento que recebeu da médica hoje.

J: Isso.

V: Mas então, quem sabe o senhor, para colaborar com sua opinião, responde o que espera de um serviço de saúde para resolver os seus problemas de saúde?

J: Eu acho que até o setor aqui tem quase todas as áreas, como ciências. Quem não tem condições hoje de comprar um remédio, vem passar uma tarde consultando. Eu tenho três remédios aqui [mostra a receita médica]. Se eu não tiver condições de comprar, eu não vou poder usar, não vou poder fazer o meu tratamento. E aí, como é? O que adiantou o médico ter perdido horas comigo, eu perdido horas com o médico, se não vamos ter resultado nenhum?

V: Então o senhor coloca dois fatores como principais, a questão da espera, da demora para ser atendido e, quando é atendido, vem a receita e não recebe a medicação, é isso que o senhor quis dizer?

J: É isso que acontece muitas vezes. Agora mesmo estavam chamando uma moça aí, eu acho que não agüentou mais esperar, resolveu ir embora. Por isso que muita gente se auto-medica ainda. Não estou tentando justificar o fato de me auto-medicar, mas é porque eu tenho dois irmãos que teriam o sindicato deles, que eles são funcionários de sindicatos separados, para poder vir marcar uma consulta. Tem gente que ainda tem piores condições de atendimento.

V: E na sua opinião, esse serviço aqui resolve os seus problemas de saúde?

J: Em partes.

V: E quais os problemas de saúde que esse serviço resolve?

J: Eu acho...

V: No seu caso, por exemplo, o senhor já teve alguma experiência que pudesse relatar que esse serviço tenha resolvido seu problema de saúde?

J: Sendo franco, para mim, não [resolve]. Não tive. Dia 24 estive aí, eu prestei um tratamento e aí até não concluí, não pude concluir o tratamento e agora voltei para trazer esses exames e o médico pediu outros exames. Como eu disse, eu tive que pedir, perguntar se não iam me dar nada para febre, esse tipo de coisa. Particularmente, eu venho até quando meu irmão me traz, pelos de religião, pela minha família, pelo pessoal insistir, me trazer e, até mesmo, vir buscar a ficha, tirar a ficha antes, tudo assim. E venho porque eles estão sempre preocupados e

realmente eu estou me sentido doente. Porque se é pouca coisa, eu não procuro atendimento.

V: Então, na sua opinião, o que um posto precisaria ter para resolver os problemas de saúde?

J: Um maior acompanhamento junto ao seu grupo, que é dividido por áreas, no caso. Um acompanhamento mais... da família, agora mesmo eu gostei, como eu disse dessa doutora, ela disse “eu vou tentar ver a sua família”, daí ela já tem uma noção, uma base. Por exemplo, alguns dos meus problemas poderiam ter vindo de família. Este atendimento ao pessoal eu acharia que deveria ser um pouco mais amplo, ter um médico de comunidade, porque o médico que trabalha dentro de uma vila, de uma comunidade, ele tem que ser comunidade também, não deve ser só um profissional. Eu acho que ele tem que ser um amigo. Hoje, não sei por que cargas d’água, até a atendente, esta moça que está atendendo, na outra vez que eu estive aqui, estava tudo fora do normal. Hoje achei que ela deixou todos os pacientes muito bem. Recebendo bem, atendendo bem, com sorriso no rosto. Eu acho que isso dá até ânimo. Eu estava sentado ali observando ela, eu gostei de ver.

V: Aqui no bairro existem associações e/ou movimentos comunitários que se organizam para resolver os problemas de saúde da comunidade?

J: Tem. Temos duas associações, já tiveram divergências. Temos duas creches que são abastecidas e apoiadas pelas associações. E foi através de uma dessas associações que a gente começou a luta em 1980 para trazermos o posto, que não era aqui, era numa outra área, depois é que veio para cá. Nós tínhamos três áreas na rua principal, que seria a rua principal da vila.

V: Então o senhor participa desses movimentos?

J: É, hoje, por vários motivos, eu não estou assíduo, mas conheço todo o processo, todo o trabalho. Participo quando dá tempo, quando me convocam, até porque fui secretário da associação e fui presidente do grupo de jovens, fui bem atuante.

V: Quem mais participa desses movimentos, líderes da comunidade, representantes das instituições, profissionais do posto também participam?

J: É, profissionais do posto, líderes religiosos, porque hoje, relativamente depois de todo esse processo, hoje eu só estou dando apoio mais como líder religioso, como uma das casas religiosas que tem dentro da comunidade.

V: Uma última pergunta eu tenho para lhe fazer ainda, que é a seguinte: quando o posto não tem condições de resolver o seu problema, o senhor procura outro serviço ou o posto mesmo lhe encaminha para outro lugar? Como é que foi, o senhor foi para o hospital por livre e espontânea vontade ou foi encaminhado daqui?

J: Não. Eu fui por necessidade minha mesmo. Por estar com febre, com dor no estômago, fraco, não estava me alimentando e o meu pessoal achou por bem me trazer. Porque eu sou bem franco e bem objetivo: tenho que estar realmente muito ruim. Tanto que eu fiquei até as quatro da manhã [referindo-se à noite anterior quando procurou um hospital geral público em outro distrito], e agora peguei a relação dos remédios para poder tomar e fazer o tratamento.

V: Diga-me uma coisa, em alguma vez que o senhor foi atendido aqui, foi encaminhado daqui para um outro serviço?

J: Não, só para exames, não é?

V: Seu João, eu quero lhe agradecer muito pela sua contribuição, foi bem importante. Eu agradeço a sua espontaneidade, sua sinceridade e pelo senhor ter concordado em dar essas informações. Muito obrigada.

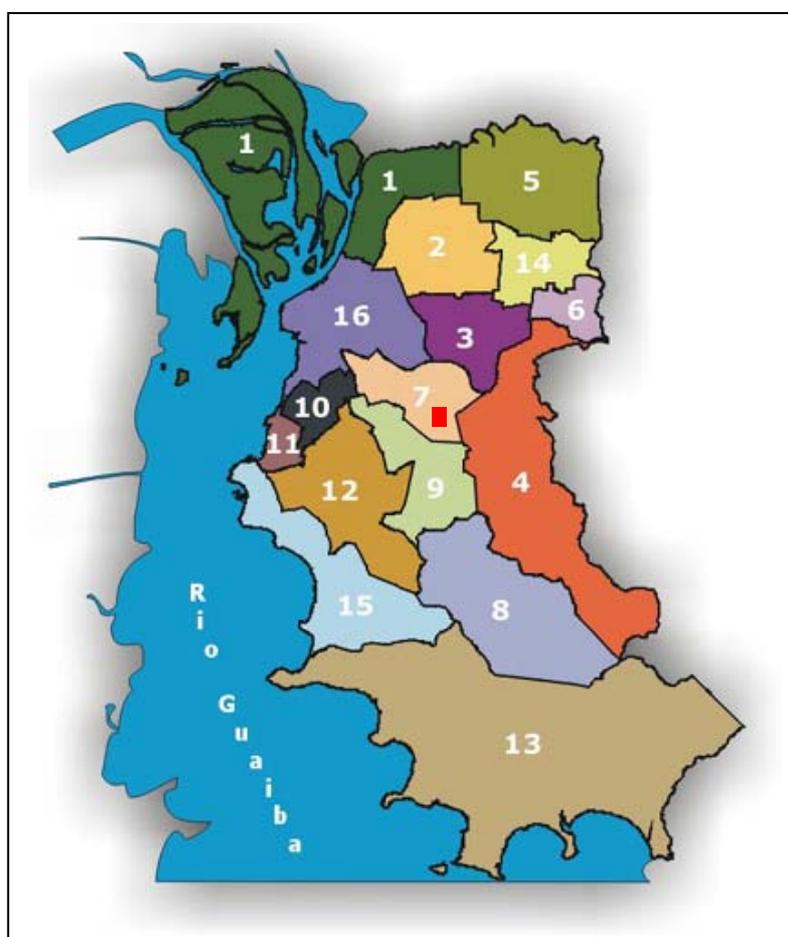
J: Isso faz parte.

V: Muito obrigada, viu? Até logo.

J: Prazer, foi um prazer, viu?

ANEXOS

ANEXO A – Localização da unidade básica de saúde, locus do estudo (distrito sanitário 7 – Partenon)



- | | |
|---------------------------------------|-------------------------|
| 1 Humaitá / Navegantes / Ilhas | 9 Glória |
| 2 Noroeste | 10 Cruzeiro |
| 3 Leste | 11 Cristal |
| 4 Lomba do Pinheiro | 12 Centro sul |
| 5 Norte | 13 Extremo sul |
| 6 Nordeste | 14 Eixo Baltazar |
| 7 Partenon | 15 Sul |
| 8 Restinga | 16 Centro |

FONTE: PORTO ALEGRE (2002)

