



UFRRJ
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA-PPGPSI

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: OS SENTIDOS DO CUIDADO EM
SAÚDE PELA ÓTICA DE USUÁRIOS/AS**

LUCIANA JANEIRO SILVA

Sob orientação da Professora
Dra. Lilian Miranda

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia** do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

Seropédica, RJ
Abril, 2016

362.1

S586e

Silva, Luciana Janeiro, 1982-

T

Estratégia saúde da família: os sentidos do cuidado em saúde pela ótica de usuários/as / Luciana Janeiro Silva - 2016.

144 f.: il.

Orientador: Lílian Miranda.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Curso de Pós-Graduação em Psicologia -PPGPSI.

Bibliografia: f. 127-139.

1. Saúde pública - Teses. 2. Política de saúde - Rio de Janeiro(RJ) - Teses. 3. Medicina da família - Rio de Janeiro(RJ) - Teses. 4. Programa Saúde da Família (Brasil) - Teses. 5. Serviços de saúde comunitária - Utilização - Teses. 6. Assistência médico-social - Teses. I. Miranda, Lílian, 1978-. II. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Curso de Pós-Graduação em Psicologia -PPGPSI. III. Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA-PPGPSI**

LUCIANA JANEIRO SILVA

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia** pelo Programa de Pós - graduação em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

DISSERTAÇÃO APROVADA EM: ___/___/___

Prof.^a Dra. Lilian Miranda (Orientadora)
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro - UFRRJ

Prof.^a Dra. Marilene de Castilho Sá
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP

Prof.^a Dra. Lilian Maria Borges Gonzalez
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro – UFRRJ- Seropédica – RJ

Dedico esta dissertação ao nosso Sistema Único de Saúde e também aos/as usuários/as, profissionais e gestores/as, porque acredito em uma política transformadora imbuída de uma prática de cuidados zelosa e responsável. Pelas mãos do SUS vim ao mundo, por ele continuo sendo cuidada e por ele estou guiando minha trajetória profissional e de vida. Sim, eu confio!

AGRADECIMENTOS

À minha família, por apostar comigo nessa trajetória; meu pai, minha irmã Luana, meus sobrinhos e sobrinhas, minha tia Fátima pelo cuidado maternal e apoio. À minha cunhada Simone por dividir as dificuldades. Aos meus avós Arnaldo e Maria (em memória) que permanecem presentes em cada conquista da minha vida.

Ao meu amado esposo Fernando, por me acalantar nos momentos de desespero, impaciência. Por seguir carinhosamente ao meu lado no incentivo às minhas escolhas.

À minha preciosa orientadora Lilian Miranda, por caminhar comigo partilhando o aprendizado, por me proporcionar uma convivência tranquila, sendo fonte de estímulo e companheirismo. Por sua serenidade, confiança que me fizeram ficar mais segura em toda a trajetória desse trabalho. E, principalmente, pelo cuidado ofertado a mim. Gratidão eterna!

Às Professoras Marilene de Castilho Sá e Lilian Maria Borges Gonzalez, essenciais pelas valiosas contribuições na banca de qualificação e por terem aceite o convite em participar da banca de defesa.

À Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP - pela possibilidade de cursar a disciplina “Subjetividade, gestão e cuidado em saúde”, fazendo ampliar meu processo de aprendizagem, essencial no decorrer da pesquisa. Agradeço ainda aos professores que lecionaram na disciplina, Marilene de Castilho Sá, Creuza Azevedo, Gustavo Corrêa Matta e todos/as os/as colegas de turma pelas ricas discussões e reflexões experienciadas, um verdadeiro espaço de conhecimento.

Às amigas Jane e Aline pelas alegrias, tristezas, dúvidas partilhadas, por não me deixarem sozinha e “enlouquecermos” juntas durante o período do mestrado. A caminhada, certamente, foi mais leve por vocês estarem por perto.

A todos/as usuários e usuárias, profissionais do Sistema Único de Saúde com quem tive contato e que muito contribuíram para o repensar de minhas práticas enquanto profissional de saúde e fomentaram minhas reflexões que se traduzem nessa dissertação.

À Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro, à Coordenadoria de Área Programática em Saúde 4.0, à equipe de profissionais da Clínica da Família em que atuei no campo de pesquisa, sem os quais essa pesquisa não seria possível. Em especial à Responsável Técnica Médica e aos/as Agentes comunitários/as de Saúde que nos receberam de forma acolhedora e apostaram conosco na realização do trabalho.

A todas as usuárias que participaram da pesquisa, pela confiança de partilhar suas histórias de vida, pela experiência vivenciada a cada encontro, o que contribuiu com meu processo de aprendizado acadêmico e afetações de vida.

À UFRRJ pela possibilidade de realizar este curso de mestrado.

À CAPES pela concessão da bolsa de pesquisa, o que favoreceu meu empenho na realização desse trabalho.

Por fim, aos meus Orixás pela proteção de sempre, Axé!

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Leonardo Boff

RESUMO

SILVA, Luciana Janeiro. **Estratégia saúde da família: os sentidos do cuidado em saúde pela ótica de usuários/as**. 2016. 144p Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Educação, Programa de Pós - graduação em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2016.

A Atenção Básica em Saúde tem se caracterizado por um processo de expansão do modelo assistencial, notoriamente observado no município do Rio de Janeiro, com ênfase na Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa expansão, iniciada em 2011, está sendo implementada sob a rubrica de Clínica da Família, sendo configurada por um processo de co-gestão entre Organizações Sociais e Secretaria Municipal de Saúde. Nesse contexto, este trabalho tem como objetivo geral investigar os sentidos que os/as usuários/as dos serviços da ESF atendidos/as nas Clínicas de Família carioca atribuem ao cuidado em saúde. Os objetivos específicos são: conhecer as formas de utilização e valoração das Clínicas de Família pelos/as usuários/as, conhecer o modo como os/as usuários/as estão construindo seus percursos terapêuticos e seus anseios ligados à saúde e discutir as experiências da população atendida no modelo da ESF no que se refere às práticas de cuidado. A pesquisa se apoia na noção de saúde desenvolvida pelo filósofo George Canguilhem e na discussão sobre cuidado empreendida por autores do campo da saúde coletiva, como Emerson Merhy, Luís Cecílio Oliveira, Ricardo Ayres, Rubem Araujo Mattos, dentre outros. Trata-se de um estudo qualitativo, que utilizou a modalidade de “narrativas de vida” como formato de construção do material empírico, entendendo ser este um caminho propício para chegar aos sentidos protagonizados pelos sujeitos de pesquisa, segundo o que lembram e elaboram acerca da sua vida e, mais especificamente, do objeto em estudo. Foram desenvolvidas entrevistas em profundidade com doze usuárias indicadas pela equipe de uma Clínica da Família e o material empírico produzido foi organizado em três eixos: Integralidade, Clínica da Família e Cuidado em Saúde. No eixo Integralidade percebemos os limites da integração da ESF a outras redes de cuidado, seja dentro do setor saúde e/ou fora dele. As mudanças constantes de profissionais (mais estritamente relacionada à equipe médica), são tidas como insatisfatória pelos/as usuários/as e incidem de forma desfavorável na construção da integralidade do cuidado. No segundo Eixo percebemos que a Clínica da Família ocupa certa centralidade na vida das pessoas entrevistadas, sendo uma referência de busca de suas necessidades em saúde. Além disso, as/os usuárias/os também indicam que vão costurando suas próprias redes de cuidado, a partir das longas buscas por tratamento, de apoios sociais, bem como do uso associado dos sistemas público e privado. Quanto ao Cuidado em Saúde pudemos notar que ainda é expressiva sua creditação à ciência biomédica, às tecnologias diagnósticas e à medicação como elementos preponderantes e centrais. Observamos, ainda, intensa demanda das entrevistadas por uma escuta sensível das diferentes questões que envolvem suas vidas e interferem na saúde e no cuidado com ela. Assim, ao mesmo tempo que valorizam os procedimentos medico-diagnósticos e a medicação, pedem que suas aflições, dúvidas, bem como, seus saberes de vida sejam mais acolhidos e compreendidos

Palavras-chaves: Estratégia Saúde da Família, Usuários/as, Cuidado em Saúde.

ABSTRACT

SILVA, Luciana. Janeiro. **Family health strategy: The senses of health care by the perspective of users.** 2016 144p. Dissertacion (Master's degree in Psychology) – Postgraduate in Psychology Program, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica/RJ, 2016.

The current context of construction of the Brazilian Unique Health System (SUS) has been characterized by a process of expansion of the assistance model, notably observed at Rio de Janeiro municipality with the Family Health Strategy (ESF). This expansion, since 2011, has been implementing under the heading of the Family Health Care Center, in the city of Rio de Janeiro, being designed as a co-management between Social Organizations and the Municipal Health Office. Inside this context, this work has the goal of investigating the sense in which the users of the ESF assisted by the Family Health Care Center of Rio accredit to assistance on health. The main goals are: understand the ways of application and assessment of the Family Health Care Centers by the assisted population, learn how users are building their therapeutic trajectory and their aims related to health and discuss the experiences of the assisted population by the ESF model regarding care practices. The research is based on the health concept developed by the philosopher George Canguilhem and the discussion on care developed by authors of the field of collective health, such as Emerson Merhy, Luís Cecílio Oliveira, Ricardo Ayres, Rubem Araujo Mattos, among others. It is a qualitative study that has used the “life narrative” modality as a way of construction of the empirical material, understanding it as an opportune way to achieve the leading senses of the research subjects, according to what they remember and to what they elaborate about their lives and, more specifically, on the object of study. Interviews with twelve users nominated by the Family Health team were produced, as well as an empirical material organized in three categories, Family Health Care Center and Care on Health. In the category of Integrality it is possible to notice the limits of integration of the ESF to other assisting or care services, inside or outside health sector. The constant changes of professionals (more strictly related to the medical team) are not satisfactory to the users and have negatively affected the construction of the integrality of the assistance. In the second category we notice that the Family Health Care Center occupies a core role on the lives of the interviewed, being a reference on the search of their health necessities. Besides that, the users also indicate that they build their own nets of assistance after long searches for treatment and social help associations, associating it with the public and private systems. Regarding the Care on Health we can notice that it is expressively credited to biomedical science, diagnosis technologies and to the medication as central and major practices. We can also notice an intense demand of the interviewees for a sensible listening to the different questions that involves their lives and affect their health and care. In this sense, at the same time they value medical-diagnosis treatments and medication, they ask for their doubts, concerns as well as their life knowledge to be better welcomed and understood.

Key-words: Family Health Strategy. Users. Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Distribuição dos estudos segundo palavra-chave e seleção.....	52
Tabela 2 - Características Gerais das entrevistadas.....	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS UTILIZADAS

SIGLA	SIGNIFICADO
AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária em Saúde
CAP	Coordenação de Área Programática
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil
CF	Clínica de Família
CMS	Centro Municipal de Saúde
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OS	Organização Social
OSS	Organização Social da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
OS	Posto de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RT	Responsável Técnica
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SF	Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
OBJETIVOS.....	20
Objetivo geral.....	20
Objetivos específicos.....	20
CAPÍTULO I- ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA; ANTECEDENTES, PRINCÍPIOS E DIRETRIZES	21
1.1 O atual modelo de gestão em saúde no município do Rio de Janeiro	24
1.2 A realidade da ESF no município do Rio de Janeiro e as experiências que subjazem as questões desta dissertação	26
1.3 O “gerenciamento” do cuidado em saúde.....	31
CAPÍTULO II - DIÁLOGOS SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE	35
2.1 A Subjetividade na Saúde Coletiva	35
2.2 Cuidado como produção de sentidos.....	37
2.3 O cuidado no campo saúde, um destaque à intersubjetividade	40
2.4 O cuidado no contexto da integralidade	45
2.5 O Conceito de Saúde em Georges Canguilhem	48
CAPÍTULO III - PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DA TEMÁTICA DO CUIDADO SEGUNDO OS/AS USUÁRIOS/AS	52
3.1 Avaliação de satisfação quanto ao processo de trabalho e serviços da ESF.....	55
3.1.2 A “Voz dos/as usuários/as” nas pesquisas de satisfação	57
3.2 Rede de Atenção a saúde e a coordenação do cuidado.....	59
3.3 Necessidades em saúde.....	60
3.4 Sentidos do cuidado segundo usuários/as, gestores/as e profissionais.....	63
CAPÍTULO IV - PERCURSO METODOLÓGICO.....	65
4.1 Tipo de Estudo.....	65
4.2 Campo e objeto de estudo.....	66
4.3 Estratégia de pesquisa/instrumentos.....	67
4.4 Questões éticas	67
4.5 Sobre as narrativas.....	68
4.6 Sujeitos e critérios de elegibilidade.....	71

CAPÍTULO V - CHEGADA AO CAMPO: ENTRE BECOS E AVENIDAS.....	72
5.1 A entrevista.....	73
5.1.2 Usuário/a em dificuldades de vida.....	74
5.1.3 Usuário/a demandante	74
5.1.4 Usuário/a aleatório/a.....	75
5.2 “O contato real”: O Primeiro dia da entrevista e assim por diante.....	76
CAPÍTULO VI - DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO.....	78
6.1 Análise em questão: os núcleos argumentais	80
6.2 Características gerais das entrevistadas	80
6.3 A leitura das narrativas	83
CAPÍTULO VII - NÚCLEOS ARGUMENTAIS	86
7.1 Eixo Integralidade: “Desafios da integralidade: o cuidado entre a passividade e autonomia”	86
7.1.2 “Por dentro”	88
7.1.3 O “Por Fora”	91
7.2 Eixo Clínica da Família: o lugar da clínica, da rede e do SUS.....	95
7.2.1 Quando buscar a Clínica da Família?.....	95
7.2.2 Descrédito na Clínica da Família	102
7.3 Eixo Cuidado em Saúde	104
7.3.1 “É preciso que me vejam!” - A busca por exames diagnósticos e medicamentos	105
7.3.2 Horizontes do cuidado - O cuidado recebido, ofertado, partilhado e criado	113
7.3.3 “Cuidando do meu jeito” - Cuidado autônomo	120
CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127
APÊNDICE A	140
APÊNDICE B.....	141
APÊNDICE C.....	143
APÊNDICE D	144

INTRODUÇÃO

A Constituição cidadã brasileira de 1988 e as leis 8.080 e 8.142 da saúde possibilitaram as bases legais para a construção de um Sistema Único de Saúde (SUS). Uma conquista de um país que vivia o anseio da democracia e a consolidação da cidadania em um cenário que excluía a maior parte da população do direito à saúde.

O SUS tem como uma das suas premissas o acesso universal ao sistema de saúde. A partir de sua institucionalização, a saúde passou a fazer parte dos direitos sociais da cidadania. Nesse novo arranjo reformista da década de oitenta, estavam imbuídas propostas de uma nova configuração dos serviços de saúde, priorizando ações de caráter coletivo e preventivo, em detrimento das ações de cunho individual e curativo, até então, predominantes. Foram diretrizes do Movimento Sanitário, de forte influência do materialismo histórico e pautado por uma concepção de saúde ampliada, abarcando elementos sociais, políticos e subjetivos (PAIM e FILHO, 1998).

Foi conhecendo e embarcando na história de construção e consolidação do SUS que, ao final de minha graduação, aproximei-me do universo de trabalho na Atenção Básica em Saúde (ABS). O interesse pelo presente estudo surge a partir de meu percurso profissional na atuação voltada à Estratégia Saúde da Família (ESF), no município do Rio de Janeiro, perpassando as áreas de assistência e gestão. Na graduação, realizei estágio em uma unidade da ESF, atuando como apoiadora das equipes em uma oficina de promoção da saúde voltada para crianças. A partir dessa experiência, fui buscar maior aprofundamento teórico-prático e realizei a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio de Janeiro. No desenvolver deste campo de atuação, optei por delinear o início da trajetória profissional no contexto da Atenção Básica (AB), inicialmente em um Centro Municipal de Saúde (CMS) e, posteriormente, na Coordenação de Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro. De 2011 a fevereiro de 2014 atuei na gestão de uma Clínica de Família e, após esse período, trabalhei como apoiadora matricial em um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Nessa trajetória dos serviços pude desenvolver alguns questionamentos que pretendo apresentar nessa dissertação.

Em minha experiência, ainda como estagiária, na unidade do Canal do Anil no ano 2006, acompanhei um processo de trabalho em que o tempo era vivido de forma diferente daquele que se faz possível hoje, no modelo de Clínicas da Família: as consultas com usuários/as eram mais longas, as metas e indicadores não eram fatores que pautavam a remuneração dos/as profissionais por performance e, dificilmente, havia urgências e emergências diariamente na

unidade. A porta de entrada do/a usuário/a ao serviço se fazia através de seu cadastramento por ser morador da área adstrita, como ainda é, contudo, quase não havia atendimentos não agendados (demanda espontânea), de modo que as consultas eram, praticamente, todas agendadas. O acesso a outras instâncias da rede de saúde era extremamente dificultoso, quando havia necessidade de referenciamento. O tempo de espera para o acesso aos resultados de um simples hemograma, chegava a ser de 90 dias. A unidade funcionava em horário “comercial”, das 8 às 17 hs, havia ambientes sem refrigeração adequada e estrutura precarizada. O registro das informações em prontuário e toda a produção gerada era feito em papel. Eram cotidianas as queixas de profissionais pelos atrasos de salários, alguns trabalhavam por mais de 60 dias sem receber. Era um extremo de dificuldades, acesso limitado a cesta de serviços, formas de contratação fragilizadas, causando insegurança aos/às trabalhadores/as.

Passados sete anos dessa primeira experiência, em outro momento, agora como gestora à frente de uma unidade Clínica de Família, com 34 profissionais e a responsabilidade sanitária de uma população de 12.000 cadastrados/as, estive envolta de novos desafios: era outro tempo!

Houve uma reestruturação da rede e ampliação da cesta de serviços com a terceirização de inúmeros deles, como exames de diagnose laboratorial e ultrassonografia. Agora, as portas estavam abertas à demanda espontânea, horário estendido para o funcionamento da unidade, gerência dos serviços ordenada por um contrato de gestão entre Organização Social e Secretaria Municipal de Saúde. Ampliou-se o acesso à população, passou-se a ter urgências e até emergências com frequência nas unidades, contratação por regime celetista dos/as profissionais, possibilidade de pagamento por performance no alcance das metas contratuais. Reduziu-se o tempo de espera para a chegada de exames laboratoriais, que passou a ser em média de 15 dias úteis. Encontramos nessa proposta uma nova gestão da clínica e do cuidado, o que trouxe melhoria no acesso à AB, mas acreditamos também que pode ter provocado impactos no cuidado dos/as usuários/as dos serviços e na própria qualidade destes.

Acredito que o pontapé que tenha disparado meu real interesse na escrita dessa dissertação foi o dia em que fui convocada por uma Agente Comunitária de Saúde (ACS), na função de gerente técnica de uma Clínica da Família, a atender uma paciente que estava todos os dias na unidade de saúde. Viviane¹ suspeitava que o motivo real que levava a paciente ali não era o mesmo que ela relatava. Perguntei a Viviane se já havia conversado com a médica ou enfermeira da equipe, mas ela respondeu que ambas estavam em atendimentos e com a agenda sobrecarregada. Em algumas situações eu era solicitada pelos/as profissionais pelo fato de ser psicóloga e poder,

¹ Nome fictício

assim, contribuir frente a algumas demandas do serviço. Dulce era uma mulher negra, de 42 anos, muito emagrecida, visivelmente abaixo de seu peso ideal, de aparência fragilizada, adoecida, moradora de uma ocupação urbana. Ela buscou a unidade por três vezes na mesma semana, queixando-se de fortes dores no estômago e passava quase todo o dia nos arredores da unidade. Dulce havia sido diagnosticada com Tuberculose há dois meses e desde então iniciara o tratamento com os antibióticos prescritos pela médica da equipe de acordo com o protocolo para o tratamento do agravo. Perguntei à Viviane, como de costume, o que a fez perceber que ela precisava de meu auxílio para conversar com a paciente. Viviane respondeu que percebia que por trás da queixa da dor de estômago tinha “algo a mais”, porém não sabia dizer o quê. Julgava que talvez conversando com uma psicóloga a paciente pudesse se confidenciar. Propus que fizéssemos o atendimento conjunto e Viviane concordou. Em abordagem a Dulce, em um consultório junto a Viviane, perguntei como estava sendo o tratamento dela na unidade. Nesse instante, ela chorou compulsivamente, eu ofereci toalhas de papel de forma a acolher o choro. Dulce, com a voz embargada, conta que não estava tomando o remédio para tuberculose, porque ele causava muita dor no estômago. Da primeira vez que sentiu o desconforto ela retornou a consulta e a médica orientou ela ingerir a medicação de “estômago cheio”. Nesse instante ela novamente chorou: “Eu nunca estou com o estômago cheio, mas eu não tive coragem de falar isso com a Dr^a porque ela é boazinha tentando cuidar de mim, eu é que tinha que me virar para encher o estômago, né?! Mas eu fui ficando cada vez mais fraca e não conseguia mais catar meus papéis”. Dulce trabalhava como catadora de papelão nas ruas e, desde quando adoeceu, não tinha mais como se alimentar, pois sua única renda era oriunda da reciclagem do papelão. As dores de estômago eram efeito da medicação, que ingeria sem se alimentar. Após esse atendimento pedi para reunir a equipe e discutir sobre a situação de Dulce. Disse que não dava para esperar até a data da reunião (cinco dias a frente) porque era uma situação urgente. A médica disse que seria impossível uma reunião com ela, pois havia mais de 20 atendimentos em sua agenda para o dia e, no dia seguinte, a mesma coisa. A enfermeira também respondeu da mesma forma, que para a reunião só na próxima semana no horário já direcionado para a mesma, pois se tivesse que se reunir para discutir caso de todo paciente grave, ela não teria tempo para consultar mais ninguém diante de tantas situações graves. A sugestão delas foi: reuna-se apenas com os/as agentes de saúde. Diante de tais respostas, deparei-me com o desespero, desamparo, não consegui pronunciar nenhuma resposta e também chorei as escondidas! Eu era gerente de uma unidade de saúde, tinha toda uma equipe sob meus cuidados e uma população de mais de doze mil pessoas para atender as demandas e não conseguia me reunir para discutir o caso de uma paciente. As razões expostas para não haver a reunião extraordinária eram cabíveis? Sim e não. Sim, todas as agendas estavam lotadas! Não, como poderiam dar uma

negativa sem antes se preocuparem em saber qual situação se tratava e sua gravidade. Enfim, tudo ficou bem confuso para mim, mas o que estava em voga era resolver a situação da paciente, não parava de pensar que ela estava todos os dias batendo a nossa porta, pedindo socorro e não a tínhamos ouvido, eu e Viviane não poderíamos voltar para casa com aquela vida em nossas mãos e não oferecer nenhum tipo de resolução. Fui arbitrária e convoquei a equipe toda com penalidades para quem não comparecesse no horário. Insatisfação e medo estavam expressos no rosto de cada um/a, o que a gerente quer conosco? Pedi a Viviane que iniciasse o relato da situação e antes mesmo de terminar, ela se emocionou e se debruçou em lágrimas. A médica disse que não sabia da história de Dulce, que ela não tinha o que comer e que não estava trabalhando, logo, não conhecia a paciente! A agente de saúde responsável pelo acompanhamento da usuária tentou justificar que a via sempre pelas ruas empurrando seu carrinho e considerava que estava catando os papelões, que todos os dias supervisionava a ingestão da medicação para tuberculose, o DOTS² e também não desconfiou de nada. A enfermeira só conhecia de vista a paciente. Deparei-me com uma realidade que não estava colocada como uma excessão, não era apenas o caso de Dulce que a equipe não estava apropriada, mas de muitos outros pacientes graves. Onde estava o Cuidado? Esse cenário me fez repensar meu cotidiano naquele serviço, na verdade me fez parar a reflexão acerca da falta de tempo diante das inúmeras demandas a atender na função da gerência.

A concepção que trago nesse trabalho diz respeito aos sentidos de cuidado em saúde construídos por usuários/as do novo modelo de gestão na AB, mais especificamente dos serviços da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro. Considerando esse novo processo de gestão por Organizações Sociais na AB a partir de 2011, somado ao aumento do volume de serviços direcionados à AB, ampliando o acesso da população, venho perguntando-me: Como manter uma relação e atos cuidadosos no cotidiano dos serviços? É possível que esse modelo de gestão implementado considere os aspectos intersubjetivos nas relações humanas de trabalho? Nesse contexto, qual seria o tempo para pensar e exercer o cuidado?

Assim, esta dissertação foi realizada com o intuito de desenvolver uma reflexão sobre os sentidos de cuidado em saúde na ótica de usuários/as atendidos/as na Atenção Básica no

² Estratégia do Tratamento Supervisionado (DOTS, em inglês), preconizada pelo Ministério da Saúde, tem como objetivo principal a supervisão da ingestão do medicamento por um profissional de saúde seja unidade de saúde, na residência ou no local de trabalho, assegurando-se que o/a usuário/a os tome de acordo com os esquemas detalhados. Essa estratégia preconiza garantir a adesão ao tratamento e reduzir o risco de transmissão da doença na comunidade. Ref: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose** / - 2. ed. rev. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 195 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21).

município do Rio de Janeiro, a partir do novo projeto das Clínicas de Família no contexto da ESF. Buscamos refletir sobre como os/as usuários/as dos serviços concebem o cuidado em prol de sua saúde frente aos recursos que lhe são disponibilizados.

Para tanto, nos valem das afirmações de Yépez (2001), que parte da constatação de que a doença, bem como o processo de envelhecimento e a morte são fenômenos naturais, que compõem a existência humana e, como tal, possuem significados e sistemas de explicação que não devem ser reduzidos a evidências orgânicas, mas serem compreendidos nas relações e valorações que as pessoas fazem de suas condições de existência.

Partimos do pressuposto de que as práticas relacionadas com o processo saúde-doença-cuidado não se reduzem a uma evidência orgânica e objetiva, mas estão intimamente relacionadas com as características de cada contexto sócio-cultural e também com a forma como cada pessoa experimenta subjetivamente esses estados. Trata-se ainda de perceber que, no cotidiano das práticas do nosso atual sistema de saúde, alicerçado predominantemente no modelo biomédico hegemônico, negligencia-se essa complexidade ao focar a doença e desconsiderar o valor da experiência subjetiva do/a usuário/a, bem como da permanente interdependência entre os condicionantes biológicos, psicossociais, culturais e ambientais relacionados ao processo saúde-doença (REMEN, 1993).

Na busca de conceber como os/as usuários/as dos serviços da ESF compreendem o cuidado que lhes é prestado, optamos por realizar uma pesquisa de campo em uma unidade da ESF localizada no Rio de Janeiro. Realizamos entrevistas individuais com doze usuáries/os de tal unidade e, a partir do diálogo destas com nosso referencial teórico, desenvolvemos nossa argumentação. Para tanto, dividimos em sete capítulos nossas discussões. No capítulo 1 discorremos sobre a ESF como modelo de assistência e o seu desenvolvimento no município do Rio de Janeiro, aprofundando o debate sobre o novo modelo de gestão por Organizações Sociais a partir de 2011 no viés da Lógica Gerencialista. No capítulo 2, discutimos a temática do cuidado em saúde, categoria de análise fundamental em nossa pesquisa. Para tanto, discorremos brevemente sobre o lugar da discussão acerca da subjetividade no campo da produção teórica em saúde coletiva. Percorreremos também as concepções de cuidado em saúde com ênfase naquelas que consideram a dimensão da intersubjetividade.

O capítulo 3 volta-se à pesquisa bibliográfica empreendida, buscando conhecer o que já havia sido desenvolvido em pesquisas que consideram o cuidado em saúde pela ótica dos/as usuários/as dos serviços da ESF e da AB no Brasil. No Capítulo 4, desenvolvemos o percurso metodológico, o tipo de estudo, os instrumentos metodológicos utilizados e os conceitos norteadores desse percurso. No capítulo 5, apresentamos o desenvolvimento da pesquisa de

campo. No capítulo 6, empreendemos a discussão do material empírico. No capítulo 7, discorremos sobre os núcleos argumentais surgidos a partir da análise do material empírico e dialogamos com as tradições teóricas que nos auxiliaram na compreensão dos resultados. Por fim, realizamos algumas considerações acerca da pesquisa realizada, revisitando os pontos centrais que consideramos importantes à guisa de conclusão do estudo. Junto a isso tecemos comentários sobre os impasses e desafios que experimentamos em nossa pesquisa.

Abarcando a dimensão do processo de produção do conhecimento como histórico e social, o desenvolvimento de pesquisas expressa a realidade concreta de um tempo e lugar, de forma mediada e contraditória (Gonçalves, 2003). Nesse sentido, destacamos a relevância dessa investigação na contribuição da formulação de política pública de saúde. O diálogo proposto é a interface da Saúde Coletiva e a Psicologia.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Investigar os sentidos que os/as usuários/as dos serviços da ESF no Rio de Janeiro atribuem ao cuidado em saúde.

Objetivos específicos

1. Conhecer as formas de utilização e valoração das Clínicas de Família pelos/as usuários/as.
2. Conhecer o modo como os/as usuários/as estão construindo seus percursos terapêuticos e seus anseios ligados à saúde.
3. Discutir as experiências da população atendida no modelo da ESF no que se refere às práticas de cuidado.

Acreditamos que ao alcançar os objetivos propostos nessa pesquisa, seja possível nutrir o debate acerca dos elementos importantes para uma melhor qualidade de atendimento aos/as usuários/as dos serviços da ESF na ótica do cuidado. Acreditamos ainda que essa pesquisa pode servir à manutenção do espírito crítico e reflexivo no desenvolvimento de atividades que envolvam os serviços, profissionais, técnicos/as e gestores.

CAPÍTULO I - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA; ANTECEDENTES, PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) lidamos com seus impasses e exigências, enquanto um campo que apresenta o desafio de delinear ações que possibilitem manter viva uma agenda política em saúde preocupada em compreender e interagir com as populações em seus territórios de convivência tendo em vista os condicionantes sociais do processo saúde-doença.

Atualmente, entende-se que os sistemas de saúde se constituem através das redes de atenção, cujo objetivo é organizar a oferta de cuidados e garantir a funcionalidade de modo integrado. Como indica Vilaça (2012), para que as redes funcionem de maneira mais adequada precisam dos seguintes elementos constitutivos: **a população** – objeto de todas as ações em saúde e sua razão de ser; **a estrutura organizacional** – que estabelece os locais de atenção e orienta os fluxos aos/às usuários/as e o **modelo de atenção** – que organiza o funcionamento das redes e todas as relações entre seus componentes.

Ao determo-nos na análise do modelo de atenção, é possível resgatar a relevância ofertada na Conferência de Alma-Ata, em 1978, que definiu a importância de um modelo de cuidados embasado na Atenção Primária em Saúde (APS)³, sendo consolidado como um objetivo político e social a ser alcançado pelos países de todo o mundo:

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde concita à ação internacional e nacional urgente e eficaz, para que os cuidados primários de saúde sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional (...) A Conferência concita todos a colaborar para que os cuidados primários de saúde

³ Terminologia primeiramente empregada em documentos oficiais da Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-americana, nas conferências internacionais, Conferência de Alma-Ata. Atualmente, observa-se uma crescente utilização dos termos AP e APS no Brasil, sem que haja uma explicação definida para tal mudança. De fato, são terminologias mais utilizadas na literatura internacional e corrobora com o amadurecimento acadêmico da medicina de família no Brasil, o que pode estar relacionado à influência de uma maior aproximação com a literatura internacional (MELLO, FONTANELLA & DEMARZO, 2009). No entanto, não encontramos evidências na literatura que permitam precisar o motivo pelo qual o SUS, na contracorrente internacional, teria assumido a denominação “Atenção Básica”, tendência mais recorrente na regulamentação de suas normas operacionais básicas e demais documentos oficiais do Ministério da Saúde. Existem considerações que apontam para uma opção ideológica na determinação de um discurso contra-hegemônico, em conformidade com as premissas do movimento preventivista (AROUCA, 2003). No entanto, são nomeações que não apresentam uma delimitação conceitual mais precisa e parecem ser utilizadas de acordo com impressões pessoais de cada autor/a. Em nosso texto utilizaremos as expressões Atenção Básica à Saúde, Atenção Primária à Saúde e cuidados primários de acordo com nossa conveniência.

sejam introduzidos, desenvolvidos e mantidos, de acordo com a letra e espírito desta Declaração (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, pgs 2-3)

Starfield (2002) fundamenta que a APS é o nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada e o acesso no sistema para as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção à pessoa no decorrer do tempo e em todas as condições.

A APS vem se delineando como estratégia de intervenção na reorganização de atenção à saúde. Inicialmente, pensada para sociedades ditas em processo de desenvolvimento, hoje, é o foco de atuação nas articulações de redes de atenção constituindo o principal dispositivo de organização dos sistemas de saúde dos países tidos como ‘mais desenvolvidos’.

A experiência brasileira em organizar o cuidado a partir da atenção primária foi subsidiada por orientações internacionais. A Estratégia Saúde da Família, implantada pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, com denominação inicial de Programa Saúde da Família (PSF) vem sendo adotada em nível nacional como estratégia de reorganização da atenção à saúde. Essa proposta surge a partir do reconhecimento das dificuldades de transformação da Atenção Básica e também do interesse pelas formulações de organismos internacionais como o Banco Mundial (FRANCO e MERHY 1999). A proposta é pautada em três pilares comuns: lógica territorial, porta de entrada pela atenção básica e vínculo entre equipe e usuários/as dos serviços.

Desde sua implementação, a ESF vem assumindo relevância como forma de reorganização da Atenção Básica do país. Percorrendo os documentos do Ministério da Saúde (MS 1996, 1998a, 1998b, 2000a, 2000b) que embasam a proposta da ESF no Brasil aos rumos de sua efetivação, percebe-se a aposta em um modelo singular de conceber os cuidados em saúde, de modo descentrado do modelo biomédico hegemônico. Nas propostas fundamentadas em um dos documentos (MS, 2000a) de implantação da ESF estão as seguintes premissas: a atenção centrada na família deve ser entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, de modo a possibilitar às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de atuar para além de práticas curativas; as certezas profissionais devem ser questionadas com a promoção ao estímulo à permanente comunicação horizontal entre os/as componentes de uma equipe e usuário/as; não aceitação da assistência baseada no positivismo biológico; maior diversidade em ações de saúde, tendo por base a relação de interdisciplinaridade. Esse documento afirma que essa estratégia do setor saúde não deveria ser entendida como uma proposta marginal, mas, sim, como forma de substituição do modelo curativo e biomédico tradicional, em sintonia com “os princípios da universalidade e equidade

da atenção e da integralidade das ações e, acima de tudo, voltada à permanente defesa da vida do cidadão” (MS, 2000a).

O Relatório de gestão de novembro de 2002 aponta que houve expressivamente, a partir de 1998, a expansão numérica da ESF com ampliação quantitativa e geográfica da cobertura, pelo progressivo aumento do número de municípios, estados e regiões no país que adotam essa estratégia de organização do cuidado. Aliado a essas medidas, os mecanismos de sustentabilidade financeira, a implementação da **Norma Operacional Básica- NOB - 96**⁴ e o Piso de Atenção Básica (PAB) configuram-se como iniciativas de consolidação dessa proposta (BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM 648/2006 - PNAB. Brasília: MS; 2006).

Considera-se que os princípios e diretrizes da ESF são válidos para todo o território nacional, contudo há indicações de que seu desenvolvimento tem se dado de forma distinta no país, sendo um processo diverso e complexo. Diferentes contextos e realidades têm contribuído para essa situação. É possível lançar o olhar a alguns fatores que influenciam essas diferenças: o porte do município de implantação, a pactuação da gestão, a rede de saúde já existente, os mecanismos de financiamento e a disponibilidade de recursos humanos (MORAES et al, 2014).

De acordo com o Departamento de Atenção Básica à Saúde (DAB)⁵, a ESF está implantada em 5.463 municípios, contando com 40.162 equipes, atingindo 63,37% de cobertura da população brasileira (123.605.425.306 de pessoas). Entende-se que essa cobertura representa avanço no acesso e na qualidade da APS.

⁴ Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde publicada no diário oficial da União em 6 de novembro de 1996 (NOB 96). É um instrumento de regulação do SUS, consta orientações operacionais propriamente ditas, explícita e dá consequência prática, em sua totalidade, aos princípios e às diretrizes do Sistema, consubstanciados na Constituição Federal e nas Leis No. 8.080/90 e No. 8.142/90, favorecendo, ainda, mudanças essenciais no modelo de atenção à saúde no Brasil. Informações extraídas de: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>.

A NOB 96 modificou a forma de transferência de recursos interinstâncias de governo e a forma de pagamento dos serviços de saúde, no sentido da variação das modalidades de transferência de recursos, antes da NOB 96 era realizado pagamento por procedimentos realizados.

⁵ DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE – Consulta *on line*. Histórico de cobertura da Estratégia Saúde da Família – Unidades geográficas por competência, Brasil, Dezembro de 2015. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acessado em 28 de março de 2016.

1.1 O atual modelo de gestão em saúde no município do Rio de Janeiro

A gestão na saúde pública no município do Rio de Janeiro tem sido delineada por Organizações Sociais (OS), um sistema misto de cogestão entre entes privados, públicos não estatais e públicos estatais. É importante ressaltar que esse modelo de gestão também se encontra nos demais entes federativos, sendo uma direção da administração pública. Trata-se de um redirecionamento macropolítico de terceirizações de serviços. No entanto, foco-me aqui no município do Rio de Janeiro e, especificamente, na APS.

A disseminação das Organizações Sociais como modelo de gestão com o ente público está relacionada à busca por maior eficiência, qualidade e ação descentralizada. Seus antecedentes históricos estão nos processos de reformas administrativas implementadas no Brasil. Os anos de 1980 são marcados por uma agenda internacional de reformas no setor saúde nos países centrais, desencadeados por um contexto de crise econômica mundial e de ajustes macroeconômicos nas contas públicas. Fatores como as despesas com atenção médica, em razão do crescimento das doenças crônicas e do envelhecimento das populações, foram importantes para impulsionar essas reformas, cujas bases se fundamentavam em teorias que defendiam a redução da intervenção estatal e dos gastos públicos, o fortalecimento do mercado e da sociedade civil. As reformas objetivavam, a princípio, a estabilização de custos como a limitação do escopo do seguro social. Nos anos de 1990, o foco passa a ser a flexibilização da administração pública com reformulações organizacionais visando à eficiência microeconômica (COSTA et al, 2000).

De acordo com Ibañez (2001), estimuladas por um movimento internacional de Reformas do Estado, inicia-se no Brasil uma série de experiências na área da administração pública, que

(...) visavam conferir maior flexibilidade gerencial com relação à compra de insumos e materiais, à contratação e dispensa de recursos humanos, à gestão financeira dos recursos, além de estimular a implantação de uma gestão que priorizasse resultados, satisfação dos usuários e qualidade dos serviços prestados (IBANÉZ et al, pg.392, 2001).

No Brasil, o marco que acompanha o movimento internacional é a reforma administrativa promovida pelo governo Fernando Henrique Cardoso (1995), através do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), chefiado, na época, pelo ministro Luís Carlos Bresser Pereira. Propôs-se, nesse momento, a publicização de serviços públicos nas áreas de saúde, de educação, meio ambiente e pesquisa científica. Aos poucos as gerências desses serviços foram descentralizadas para entes públicos não-estatais. Justificava-se pelo

objetivo de conferir maior autonomia administrativa a estes serviços, ofertando mais agilidade para a contratação de bens, serviços e recursos humanos (PEREIRA, 2002). Essa reforma tinha como ponto fundamental a ideia de que a crise brasileira se devia ao modelo de administração pública burocrática. E, como resposta a este modelo, colocava-se o conceito de administração pública gerencial caracterizada pela *eficiência e qualidade, por uma ação descentralizada* e com foco no *cidadão-cliente*. Em suas orientações, Bresser Pereira aponta que:

Em primeiro lugar e mais diretamente visa *aumentar a eficiência e a efetividade* dos órgãos ou agências do Estado, por meio de uma administração baseada: na descentralização das atividades para as unidades subnacionais e na desconcentração (delegação) das decisões para os administradores das agências executoras de políticas públicas; na separação dos órgãos formuladores de políticas públicas, que se situam no núcleo estratégico do estado, das unidades descentralizadas e autônomas, executoras dos serviços (...) Visa, em segundo lugar, *melhorar a qualidade das decisões estratégicas do governo e de sua burocracia* fortalecendo, assim, a capacidade do Estado de promover desenvolvimento econômico e social, e criando condições para o investimento privado. (...) Finalmente, a Reforma Gerencial visa *assegurar o caráter democrático* da administração pública através da implantação de um serviço público orientado para o cidadão-usuário ou cidadão-cliente (PEREIRA, 1998, pg. 110, grifos originais).

Nas palavras de Bresser Pereira, podemos observar, com clareza, os pontos da reforma gerencial e sua proposta de incentivo ao investimento privado. Dessa forma, uma vez que as reformas gerenciais foram sendo executadas, é que o “nascimento” do “terceiro setor” no Brasil foi sendo possível.

Considerava-se que o Estado tinha uma administração pública ineficiente e patrimonialista. Em função disso, as estratégias prescritas abarcavam mudanças no plano econômico; através da desestatização das empresas públicas e desregulação do mercado, a concessão de serviços públicos para empresas privadas. No âmbito social, esse projeto operacionalizou-se através da contratação de entidades sem fins lucrativos, denominadas Organizações Sociais para a gestão de serviços públicos. (CONTREIRAS & MATTA, 2015).

Contreiras e Matta (2015), em estudo realizado na cidade de São Paulo sobre o modelo de gestão por OS, sinalizam que a estratégia do PDRAE no que tange às OS não foi bem sucedida nas duas primeiras décadas enquanto diretriz nacional, o que pode ser explicado em parte pelo conflito com as propostas da reforma sanitária em curso no país a partir de 1988, tempo marcado por mudanças políticas-institucionais e expansão da rede assistencial do SUS. No entanto, outros processos de privatização avançaram consubstancialmente na política pública de saúde: a privatização do financiamento, que vem a ser o aumento do gasto privado,

expresso no país pela ampliação da saúde suplementar. Instaurou-se também o processo de privatização da provisão, expresso na contratação de entes privados para prestação de serviços públicos para o SUS. Essa já era uma estratégia existente antes de 1988 e se manteve em expansão em caráter complementar ao SUS.

Contreiras e Matta (2015) ressaltam que o município de São Paulo foi propulsor da iniciativa das contratações por OS, promulgando em 2006 a lei de OS no município. Em 2009, o município do Rio de Janeiro aprovou sua própria lei e, em 2011, foi a vez do estado do Rio de Janeiro.

1.2 A realidade da ESF no município do Rio de Janeiro e as experiências que subjazem as questões desta dissertação

A ESF no município do Rio de Janeiro teve suas primeiras equipes implantadas em 1995, na Ilha de Paquetá, sofrendo sua efetiva expansão em 1999, nas comunidades do Borel (Tijuca), Parque Royal (Ilha do Governador), Canal do Anil (Jacarepaguá), Vila Canoas (São Conrado) e Vilar Carioca (Campo Grande). No ano 2000, houve uma ampliação discreta para outras comunidades. Em 2001, a Coordenação de Saúde das Comunidades⁶ da Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro continuou a introduzir poucas equipes da ESF (CAZELLI, 2003).

O processo de expansão da ESF iniciado no Rio de Janeiro teve uma nova configuração a partir de 2009, quando foi implantando o **Programa Saúde Presente**⁷, que propiciou um arranjo diferenciado para o atendimento em saúde no Rio de Janeiro. O modelo tem como objetivos trabalhar a prevenção e a promoção da saúde do/a cidadão/ã de maneira mais eficaz e ampliada do que se tinha até então. No bojo dessas propostas, as unidades de saúde que são

⁶ Nomeclatura vigente na época (2001), atualmente, a referida coordenação é denominada Coordenação Saúde da Família.

⁷ Programa Saúde Presente: Lançado em maio de 2009, o objetivo do programa visa a expansão dos serviços de saúde a toda população do Rio de Janeiro. As unidades que compõem o Saúde Presente são: Clínicas da Família, Centros Municipais de Saúde (CMS), Policlínicas, Centros de Especialidades Odontológicas, CAPS – Centros de Atenção Psicossocial (CAPS, CAPSad e CAPSi), Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA), Hospitais e Maternidades, Coordenações Regionais de Emergência (CER).

implantadas segundo o modelo ESF estruturaram-se com o formato de **Clínicas da Família (CF)**⁸ (Portal da Prefeitura do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde, 2016).

O projeto de Clínicas de Família pressupõe uma ampliação da oferta de serviços da ESF, antes encontrados somente em outro nível de atenção à saúde, disponibilizando nas unidades de ESF exame de ultrassonografia, raio-x e eletrocardiograma. Pressupõe também uma reestruturação de todo o processo de trabalho, sendo este o *locus* das principais mudanças. É marca desse programa o padrão estrutural das unidades de saúde, construídas com ampliação de espaços voltadas à melhor ambiência para profissionais e usuários/as e à informatização dos postos de trabalho, com a introdução do prontuário eletrônico, contratos mediados por metas, indicadores e remuneração por desempenho aos profissionais (Portal da Prefeitura do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde, 2016).

É notório que as mudanças estruturais puderam proporcionar maior conforto ao ambiente de trabalho e à assistência dos/as usuários/as. Houve também a garantia de mais acesso à rede de serviços básicos. Nesse leque de mudanças, consideramos que a remuneração por desempenho aos profissionais seja um fator de destaque por influenciar a forma na prestação da assistência. De acordo com os contratos e metas estabelecidos, as equipes e também profissionais de forma individual são recompensados financeiramente além do seu salário ao atingir as pactuações estabelecidas. De acordo com essa lógica, instaura-se um clima de competitividade entre as equipes em busca da remuneração financeira e, conseqüentemente, esses contratos e metas deixam de ser lidos como uma boa estratégia de acompanhamento da qualidade da assistência ao/à usuário/a, passando a ser interpretados como números frios sem análise de resolutividade das ações empreendidas.

Para compreender melhor este cenário, recorremos a Goulejac (2007), autor que defende que toda gestão é permeada por um caráter ideológico. De acordo com o autor, a ideologia é um sistema de pensamento que se apresenta como racional e, quando aprendido nos procedimentos, ferramentas e dispositivos de comunicação, estabelece uma visão de mundo imbuída de um sistema de crenças. Na posição do autor, não existe neutralidade das técnicas gerenciais, mas a modulação das condutas humanas. O gerencialismo materializa dominação de um sistema econômico que legitima o lucro como finalidade. Nas palavras de Goulejac:

⁸ As Clínicas de Família são uma especificidade do município do Rio de Janeiro e, por ser uma proposta recente, não encontramos bibliografia acadêmica que a aborde. No desenvolvimento da dissertação buscamos fontes bibliográficas nos documentos oficiais da Secretaria Municipal de Saúde. As considerações descritas no texto sobre essa nova proposta da ESF advêm da minha experiência de trabalho na rede de saúde do Rio de Janeiro.

A serviço do poder gerencialista, a ideologia gerencialista se funda sobre certo número de pressupostos, de postulados, de crenças, de hipóteses e de métodos, dos quais convém verificar a validade (Goulejac, 2007 pg. 71).

Na lógica gerencialista existe a preocupação com a objetivação, a mensuração de todas as variáveis envolvidas no processo de trabalho. Nessa diretriz de análise, o que não é objetivável, o que não é possível calcular, não assume importância. Sendo assim, parece não existir no sistema de gestão espaço para a consideração das emoções e afetos, bem como do imaginário, por serem estes registros considerados não confiáveis, não traduzíveis em números. As sociedades, de uma forma, geral têm sido influenciadas pela ideologia 'gerencialista', manifestando-se tanto nas relações cotidianas, como também nas esferas políticas e culturais, assumindo a finalidade de promover a descrição, explicação e interpretação do mundo a partir das categorias da gestão privada (GOULEJAC, 2007).

Para Chanlat (2002), com a ideologia gerencialista houve a apropriação linguística dos termos da gestão privada, palavras como empreendedorismo, gestão e *manager*, entre outras, são frequentes no dia a dia das pessoas. O autor aponta ainda o quanto as noções e os princípios administrativos oriundos da empresa privada: eficiência, produtividade, desempenho, competência, liderança empresarial, qualidade total, cliente, produto, etc, têm feito parte dos espaços da vida social, está nas escolas, nas universidades, nos hospitais, nos museus, nos teatros, nas entidades sem finalidade lucrativa, até nas igrejas.

Na lógica gerencialista está assentada a concepção da universalidade da gestão, logo da aplicação de conceitos, técnicas, ferramentas, independente do contexto ser público ou privado. Nesse entendimento, não existe diferença na gestão de distintos espaços, seja um hospital ou uma empresa. Uma outra leitura a ser feita é a consideração da ideologia gerencialista orientar-se ao cliente, e não perceber que os clientes dos serviços públicos não se limitam apenas a consumidores de serviços, mas também são cidadãos.

Essa perspectiva de gestão exige um novo perfil de trabalhador, pois, diferente do período taylorista/fordista, os profissionais mais valorizados devem ter algumas características essenciais: serem flexíveis, criativos e inovadores, trabalhar em equipe e compreender o sentido e a velocidade das mudanças, visando agilizar as tomadas de decisão. Exige-se ainda que tais trabalhadores saibam conviver com a pressão, o medo, a inconstância, a concorrência e a competição (FILHO e NAVARRO, 2012).

Navarro e Filho (2012) apontam que as pessoas mais adaptadas a esse universo competitivo de trabalho e da sociedade em geral são reconhecidas como sujeitos e têm, pelo menos por enquanto, lugar garantido no ideário gerencialista. As pessoas não adaptáveis são

colocadas à distância ou, então, excluídos. Contudo, todos sentem de alguma forma as angústias de, em algum momento, não se enquadrarem nos modelos de proatividade e gerações de sucesso.

Pela ótica gerencialista, o conteúdo subjetivo tende a ser canalizado como energia psíquica a fim de transformá-la em força de trabalho, “de modo que a subjetividade é mobilizada sobre objetivos, resultados, critérios de sucesso, que tendem a eliminar o que não é útil ou rentável” (FILHO e NAVARRO, 2012, pg. 72).

A dimensão gerencialista do processo de trabalho é circunscrita pela lógica da *racionalidade instrumental*. De acordo com a conceituação de Enriquez (1997), esta designa a racionalidade dos meios utilizados em relação aos fins desejados e decididos. A adequação dos meios aos fins é realizada a partir de um cálculo de custo benefício, o que certamente só é serviente a elementos mensuráveis, não levando em conta as variáveis humanas e sociais, que não se ajustam nem se integram ao sistema de equações.

Trazendo essa análise para os serviços da ESF, em determinado procedimento em saúde, como uma sutura ou uma consulta, devem ser concebidos por determinado indicador quantitativo. Uma consulta pode durar quarenta minutos, ser resolutive do ponto de vista de ter as necessidades do paciente atendidas, ter realizado um exame clínico integral, e finalizar com satisfação entre usuário/a e profissional. Por outra nuance, tendo um volume de 15 atendimentos a serem realizados em quatro horas, um/a profissional não poderia dedicar os quarenta minutos que determinada situação em saúde deveria ter a atenção devida, precisa se furtar a quinze minutos, sem contar intervalos eventuais (ir ao banheiro, alimentar-se, consultar um/a colega para discutir o caso). O indicador em questão é o número de atendimentos realizados no turno de quatro horas, sendo seis turnos por semana. Logo, verificaremos a produtividade desse profissional, no que tange ao tempo/volumes de atendimentos, sendo que as variáveis não mensuráveis acabam por serem desconsideradas. Qual o grau de resolutividade dos atendimentos? Como é a qualidade do cuidado prestado ao/à usuário/a?

Campos (2010) defende o pressuposto de que o trabalho em saúde tem algumas especificidades que ampliam a tensão entre ideologia gerencialista e o desenvolvimento das potencialidades do ser. Baseado em Aristóteles, Campos argumenta que o trabalho em saúde está para além da técnica, é também baseado no saber acumulado, sendo necessário a reflexão sobre o contexto em que a ação se desenvolve, compreendendo, assim, os significados, valores, as condições históricas. Essa peculiaridade do trabalho em saúde é dissonante da lógica gerencialista. Afirma o autor:

Considero, portanto, o trabalho em saúde uma práxis. Como em toda práxis, é impossível operar-se sem algum grau de saber acumulado, sem teoria, método e técnicas previamente experimentados. Entretanto, caberia ao profissional, à equipe responsável por cada caso clínico ou sanitário, construir um novo modo de agir com base tanto no saber estruturado, quanto também no diagnóstico da situação específica e em valores do sujeito ou da cultura; ou seja, lhe caberia adaptar o saber tecnológico ao contexto singular (CAMPOS, 2010, pg. 2341)

O modelo gerencialista está baseado na introdução de mecanismos de mercado e adoção de ferramentas da gestão privada, na promoção de competição de bens e serviços públicos na expectativa da melhoria do serviço para o/a usuário/a, no aumento da eficiência e da flexibilização da gestão. Essa nova conjuntura procura a primazia da eficiência na assistência sanitária e, configurando-se como estratégia de reorganização da gestão do cuidado, apresenta-se como proposta de “modernização” dos serviços públicos de saúde. Tendo por base uma diretriz política, entendeu-se, no momento de ampliação dos serviços da ESF pelo programa “Saúde Presente”, que tal expansão somente seria possível com a terceirização de serviços. Por isso, as Clínicas de Família são geridas por Organizações Sociais em cogestão com a instância municipal, sendo os/as profissionais contratados/as por essas organizações através de regime celetista.

Atualmente, a cidade do Rio conta com pouco mais de 70 unidades de saúde desse tipo, cuja cobertura passou de 3,5% em janeiro de 2009 para 47,9% até março de 2015 (Prefeitura do Rio de Janeiro, 2016).

Cabe uma ressalva quanto ao rumo que teve as unidades ditas “tradicionais”: trata-se daquelas que existiam antes das Clínicas de Família, algumas tendo a prestação apenas de serviços de especialidades, popularmente conhecidos como os ‘postos de saúde’, hoje denominados Centro Municipal de Saúde (CMS). Com a nova gestão por OS, essas unidades “tradicionais” estão incorporando os serviços da ESF e convivem com o misto de processos de trabalho e de gestão. As equipes ESF são contratadas pela OS e os funcionários dos CMS, em sua maioria, são estatutários. Ambas formas de vínculo empregatício ocupam o mesmo espaço físico, tendo sua gestão direcionada por indicadores dos contratos de gestão da SMS com a OS. As unidades de saúde que antes de 2011 prestavam serviços apenas como ESF sofreram processos de reformas estruturais, algumas tiveram novas instalações. Nessa configuração, existem hoje denominações diferentes para os serviços da APS no RJ.

De acordo com a definição da Carteira de Serviços do Rio de Janeiro⁹ todas as unidades de saúde do município do RJ são classificadas, segundo seu perfil de atendimento, da seguinte forma:

Atenção Primária: Centro Municipal de Saúde e Clínica da Família;

Atenção Secundária: Policlínica, CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), UPA (Unidade de Pronto-Atendimento), Centro de Reabilitação;

Atenção Terciária: Maternidade, Hospital, Instituto.

Quanto aos modelos específicos de APS, as unidades do RJ são designadas como:

Tipo A ⇒ Unidades onde **todo o território é coberto por equipes de Saúde da Família**. As Clínicas da Família são designações para unidades que seguem padrão do “Saúde Presente” pela Casa Civil.

Tipo B ⇒ Unidades Mistas onde **somente parte do território é coberto por equipes de saúde da família**.

Tipo C ⇒ Unidades onde **ainda não há equipe de saúde da família**, mas já existe território de referência definido.

1.3 O “gerenciamento” do cuidado em saúde

É inegável que com o avanço no acesso à ESF obteve-se melhoria de alguns indicadores no que tange aos cuidados primários em saúde, apontados por importantes estudos (FACCHINI et al 2006; MACINKO et al, 2006; MACINKO, 2007, PICCINI et al, 2007). Entretanto, diariamente surgem demandas para que a atenção básica consiga “dar conta” de uma gama de serviços. Estes, que antes eram distribuídos em outros níveis de atenção, são agora direcionados ao nível básico. O volume de trabalho é extraordinariamente grande.

⁹ Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde / Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. – Rio de Janeiro: SMSDC, 2011. 128p – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Versão PROFISSIONAIS Série F. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/137240/DLFE-228987.pdf/1.0>>. Acessado em 12 de dezembro de 2015.

Acreditando no impacto das mudanças provocadas com a entrada da gestão por OS sobre a forma como é gerido o cuidado, concordamos com Teixeira (2003) quando sinaliza que a transformação do modelo de atenção exige a implementação de mudanças no processo de trabalho em saúde:

A introdução de mudanças nas finalidades, no objeto e no sujeito do processo de trabalho em saúde incidem, em seu conjunto sobre as 'relações' estabelecidas entre os sujeitos e os saberes e tecnologias(...) (TEIXEIRA, 2003, p. 262)

Ao se referir às relações entre profissionais e usuário/as, Teixeira (2003) ressalta a necessidade de compreensão da dimensão ética, política e cultural. A autora traz a reflexão de que o estabelecimento de vínculos entre profissionais e clientela implica mudanças na 'porta de entrada' da população. Nesse sentido, qualquer entendimento do processo saúde-doença-cuidado deve ser analisado e referido a partir de seu contexto, ou seja, a partir da compreensão de uma pessoa, pertencente a determinada família, inserida numa comunidade específica, e assim por diante.

Emerson Merhy (2014) empreende reflexões importantes sobre o trabalho em saúde, embora a partir de concepções teóricas distintas das desenvolvidas por Goulezac e Enriquez. Em sua obra "Saúde, a cartografia do trabalho vivo", este autor expõe a tese sobre a teoria do trabalho em saúde e as tecnologias de produção do cuidado no cotidiano das ações em saúde. O autor sinaliza para a centralidade que o capital financeiro vem assumindo na biopolítica das práticas de gestão e atenção em saúde. Para fundamentar sua argumentação, percorre autores de correntes marxistas da sociologia do trabalho e analisa limites nessa linha de pensamento que se pautam no modelo fabril. O autor acentua as críticas ao modelo médico hegemônico da medicina tecnológica e traz reflexões para o campo da saúde. Na sua perspectiva, a lógica acumulativa do capital financeiro, que é operada pela reestruturação produtiva, está incorporando os processos de cuidado em saúde, fazendo-se valer de estratégias de "gerenciamento do cuidado" próprio de uma racionalidade instrumental. A partir desse pressuposto, defende o autor:

A lógica cumulativa do capital financeiro não busca a defesa da vida individual e coletiva como sua finalidade no campo saúde, seu eixo é a produção de um projeto terapêutico que permita o controle da incorporação de tecnologia de alto custo, nem que isso custe a vida do próprio usuário. (MERHY 2014, pg. 111).

Merhy (2014) ao desenvolver o núcleo de análise da reestruturação produtiva em saúde traz contribuições importantes sobre a gestão do cuidado em saúde, destacando os aspectos relacionais e intersubjetivos. O autor analisa o trabalho em saúde pelo prisma da micropolítica dos processos de trabalho e desenvolve a reflexão de que a produção de atos em saúde configura-se em duas dimensões diferenciadas: “trabalho morto” e “trabalho vivo”. No primeiro, as ferramentas, materiais e os instrumentos são frutos de trabalho humano realizado anteriormente, mas não possuem mais sua natureza viva. O “trabalho vivo” é a ação intencional, sendo produzido com um certo grau de liberdade, é o cuidado sendo produzido no ato do encontro entre o profissional e o usuário.

Para Merhy (2014), o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato e o trabalho morto se manifesta pelos equipamentos e pelo saber tecnológico estruturado. O autor afirma que é necessário termos atenção para que as capturas do “trabalho morto” não se sobreponham ao “trabalho vivo” nos atos produtivos, lembrando que tecnologias relacionais, os encontros entre subjetividades, detêm um grau de liberdade significativo nas escolhas do modo de fazer esta produção.

Vale esclarecer que, segundo Merhy (2014), o conceito de tecnologia tem como referência a inclusão de saberes utilizados na produção dos produtos singulares nos serviços, bem como os saberes que operam para organizar as ações humanas e inter-humanas nos processos produtivos. Nesse sentido, o autor a classifica em três tipos: tecnologias duras, leve-duras e leves. As tecnologias duras seriam representadas pelos equipamentos e máquinas, sendo aquelas que encarnam o trabalho morto. As tecnologias leve-duras seria tudo aquilo que se refere aos saberes que direcionam o trabalho estruturado: os protocolos e conhecimentos produzidos em áreas específicas do saber. As tecnologias leves são as produzidas no trabalho vivo em ato, expressam em si as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização. Em destaque, a “tecnologia leve” denota um modo singularizado de produzir saúde, baseado nas habilidades relacionais humanas, na intersubjetividade.

Já no que diz respeito ao processo da produção em saúde, Merhy (2014) expõe uma sequência do que seria uma “cadeia produtiva”. O conjunto de trabalhos produzem os “atos de saúde”, estes devem intervir no que ele nomeia “problemas de saúde”, adquirindo como resultado a satisfação/direito dos/as usuários/as. Na argumentação do autor, esse processo não se faz verdadeiro como um todo, pois o resultado final nem sempre se traduz em satisfação/resolução e não contribui, necessariamente, para aumentar os graus de autonomia na vida dos/as usuários/as. De acordo com Merhy (2014), os atos em saúde podem se manifestar

de formas distintas, podendo ser; “procedimento-centrada” e “usuário-centrada”, sendo que no primeiro o foco está no procedimento realizado, assim “(...) nós enquanto usuários podemos ser operados, examinados, etc, sem que com isso tenhamos as necessidades/direitos satisfeitos (...)” (MERHY 1998/2014 pg. 122). Já no segundo tipo de ato de saúde, o foco está no usuário e suas necessidades.

No decorrer do capítulo pudemos percorrer alguns dos princípios que regem a lógica gerencialista como modelo de gestão por OS, bem como algumas discussões que nos oferecem elementos para considerá-la bastante contraditória às concepções de cuidado presentes na saúde coletiva brasileira e, especialmente, na proposta da ESF. São para algumas dessas propostas que partiremos na seção seguinte.

CAPÍTULO II - DIÁLOGOS SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE

Ou todos cuidamos uns dos outros, e assim sobreviveremos na mesma Casa Comum, ou poderemos ir ao encontro do pior.

Leonardo Boff

O que entendemos por saúde e as concepções de cuidado em saúde representam a base do delineamento dessa dissertação. Sendo assim, passamos a discutir algumas reflexões que autores do campo da saúde coletiva fazem acerca da assistência ou cuidado em saúde. Nessa direção, embarcamos nas leituras de Emerson Mehry, José Ricardo Ayres, Gastão Wagner, Madel Luz, Roseni Pinheiro, Rosana Onocko Campos. Sabemos que esses autores trazem noções de cuidado ou clínica distintas entre si, mas resgatamos todas elas, porque nos interessa refletir sobre uma dimensão que lhes é comum e estruturante: a intersubjetividade. Priorizamos, assim, as discussões que podem ser complementares ou alinhadas, deixando para trabalhos futuros as divergências e contradições que também se colocam entre elas. O conceito de saúde também é aqui discutido a partir do arsenal teórico do filósofo Georges Canguilhem e autores que dialogam com esse teórico e seus constructos. Em nosso entendimento as proposições trazidas por Georges Canguilhem se articulam ao debate que propomos e, para nossa argumentação, nos utilizamos também da tese do autor, expressa em sua obra “O normal e o patológico” (2014).

A seguir, iremos apresentar brevemente como o tema da subjetividade se aproxima da saúde coletiva.

2.1 A Subjetividade na Saúde Coletiva

De acordo com Onocko Campos (2005) é nas bases da medicina social latino-americana que o campo da Saúde Coletiva no Brasil adquire uma produção teórica original, que segue se diferenciando da latino-americana. Mas, para a autora, essa produção é marcada pela desconsideração da dimensão intersubjetiva do trabalho em saúde:

E é possível vermos, assim, partindo dos estudos pioneiros de **Donnangelo** sobre o trabalho médico, ou da crítica de **Arouca** no Dilema preventivista, que pouco se pensava, nos anos 70, na subjetividade e no corpo dos trabalhadores da saúde e que o tema da clínica ficou fora das análises, a não ser para contrapô-la às ações coletivas (ONOCKO CAMPOS 2005, pg. 575).

O desenvolvimento dessas obras é atravessado pela influência teórica estruturalista-marxista, que constitui a base também da Reforma Sanitária Brasileira. Onocko Campos (2005) chama-nos a atenção de que foi apenas na década de 1990 que surgiram as primeiras categorias de análise para o tema da subjetividade. Estas se referiram ao cotidiano e às representações sociais, buscando ampliar o debate no que se refere às explicações macroestruturais. Esse debate se aprofunda no final da década de 1990 através do trabalho de autores como Ayres, 2001; Campos, 1994; 2000; Luz, 2000; Merhy, 1997; que desenvolvem algumas linhas narrativas considerando aspectos pouco investigados pela produção clássica (SÁ e AZEVEDO, 2013).

Sá (2013), ao analisar a dimensão subjetiva das práticas em saúde, destaca dois conjuntos de fatores que ainda nos distanciam de uma perspectiva epistemológica que considere os processos subjetivos nas análises e abordagens de intervenção na saúde coletiva. Segundo a autora, a inspiração teórico metodológica marxista constitutiva da saúde coletiva mantém-se predominante influenciando a construção de saberes e práticas de viés essencialmente estruturalista. A autora destaca ainda que, por mais que a temática do sujeito não seja desconhecida na saúde coletiva, ela ainda se encontra em posição secundária nos esquemas explicativos de análise e também “em geral circunscrita aos limites da consciência” (SÁ, 2013 pg. 157).

O outro grupo de fatores destacado por Sá (2013) diz respeito a uma disputa de poder político institucional entre grupos de pesquisadores de diferentes filiações disciplinares e às pressões que o sistema de gestão da pós-graduação no Brasil exerce sobre a produção científica em saúde coletiva, não sendo valorizados determinados temas e abordagens, priorizando-se produções na área da epidemiologia em detrimento das ciências humanas e sociais.

É nesse cenário de produção ainda pouco valorizada, mas já bastante aprofundada, que vários autores do campo da saúde coletiva vêm contribuindo com o debate sobre a dimensão (inter)subjetiva inerente às práticas em saúde coletiva. Dentre eles, destacamos Campos (2003), com sua reflexão acerca da *Clínica do Sujeito*. O autor propôs uma reforma da clínica moderna através do deslocamento da ênfase na doença para centrá-la no sujeito concreto, social e subjetivamente constituído.

Campos (2003), baseando-se numa leitura de Baságli¹⁰, concebeu a defesa de uma nova dialética entre Sujeito e doença. De acordo com o autor, a doença não está somente na dependência da medicina, por mais que de fato exista uma doença no corpo “fazendo barulho,

¹⁰ BASAGLIA, F et al. 1985. A instituição negada. Rio de Janeiro: Graal. Trad. Heloísa Jahn.

desmanchando o silêncio dos órgãos” (CAMPOS 2003, pg. 55). É verdade que existe a importância dos médicos e da medicina, mas a doença também está no sujeito com suas expectativas, emoções, aflições políticas, ideológicas, sociais.

A *Clínica do Sujeito*, defendida por Campos (2003), tem o foco nas pessoas reais, considerando a doença como parte da existência. Assim, descreve o autor:

Uma enfermidade perturba, transforma e até mata Sujeitos, contudo apenas raramente liquida com todas as demais dimensões da existência de cada um (CAMPOS 2003, pg. 57).

A forma como cada pessoa irá significar a doença é singular, podendo esta ocupar grande espaço na existência do Sujeito, como também ter o caráter de transitória. Diferentes pessoas terão relações diversificadas mesmo quando vivem o mesmo agravo, pois, de acordo com Campos (2003), a relação Sujeito e doença vai se delinear conforme a história e os recursos subjetivos e materiais de cada Sujeito.

Conhecer as pessoas, suas histórias, cotidianos, como concebem saúde, como se dão as práticas de cuidado desenvolvidas pelos/as usuários/as da ESF, o que significa para eles/as o adoecer com problemas de saúde, formam o conjunto de questões iniciais que nos mobilizaram para essa pesquisa. Nesse sentido, acreditamos que a concepção (inter)subjetiva das práticas em saúde coletiva e a reflexão a respeito da *Clínica do Sujeito* contribuem para o delineamento de práticas em que a ênfase na doença desloca-se para a centralidade do sujeito, o que exige a atenção às histórias individuais, aos desejos, contradições e aos distintos sentidos de existir. Considerando a *Clínica do Sujeito* como uma das instâncias em que se faz presente o ato de cuidar, interessa-nos pensar esse cuidado e seus efeitos no campo da saúde.

2.2 Cuidado como produção de sentidos

O *sujeito* da clínica proposta por Campos (2003) se estrutura através de dimensões biológicas e sociais, mas também inter e intra psíquicas. Estas, completamente interlaçadas com as anteriores, atribuem-lhe as marcas da contradição, da ambivalência, da incessante (e inacabável) busca do sentido de si mesmo e do mundo. A complexidade envolvida no cuidado a esse sujeito multifacetado exige que lancemos mão de distintas perspectivas teóricas, dentre as quais destacamos a psicanálise em suas possibilidades de diálogo com a saúde coletiva. Encontramos em Figueiredo (2009) alguns elementos que indicam, a partir de uma leitura psicanalítica, as várias facetas do exercício da função de cuidar. Segundo o autor, as práticas de

cuidado, para além da resolução de problemas específicos, têm a função de propiciar ao indivíduo uma possibilidade de “fazer sentido” na sua vida - sentido em relação às contingências da própria existência no decorrer do tempo, do nascimento à morte.

Para imprimir essa discussão, Figueiredo (2009) lembra que diferentes culturas e sociedades exprimem procedimentos ritualizados de construção de sentidos para as experiências de passagem, desde o nascimento: batizados, primeira comunhão (entre católicos), Bar e Bat Mitzvan (entre judeus), cerimônias, festas de aniversário, formaturas. Esses procedimentos e rituais visam uma separação – “separa-se o sujeito das trevas, da natureza, da ignorância, da loucura, da imundice, e do pecado, ou da família de origem, por exemplo – para que se possa fazer uma nova ligação” (FIGUEIREDO, 2009, pg. 132).

Interligados aos elementos anteriores, outros procedimentos - científicos e técnicos - são colocados hoje no campo do tratamento e, concomitantemente, dos processos de construção de sentido. Quando não havia a predominância de tais procedimentos, frequentemente acionavam-se recursos terapêuticos, usualmente religiosos ou místicos, para se reestabelecer um “bom” estado em saúde (FIGUEIREDO 2009). Partindo dessa leitura, Figueiredo (2009) argumenta que existe uma infinidade de outras ações de cuidado que não estão no plano dos rituais, das prescrições laicas e da religião, estão na *Ética* (grifos do autor): a dimensão da disposição do mundo humano em receber seus novos membros:

...nela (ética) as operações de separação e ligação – corte e costura – tão decisivas no fazer sentido, (...) se manifestam da forma tão ou mais cristalina, posto que menos rígida(...) (FIGUEIREDO 2009, pg. 133).

(...)“fazer sentido” equivale a constituir para o sujeito uma experiência integrada, uma experiência de integração. Tais experiências não se constituem se não puderem ser, primeiramente exercidas, ensinadas e facilitadas pelos cuidados de que somos alvo (FIGUEIREDO 2009, pg. 134).

Para o autor, a constituição da vida psíquica é obra de um cuidado despendido pelo outro que consiste em tentar implantar *o sentido*. Referindo-se ao conceito mais ampliado de cuidado, não direcionado apenas ao cuidado em saúde, mas sim o ato cuidador, Figueiredo (2009) considera três funções essenciais: acolher/sustentar; reconhecer; e indagar/questionar. Essas funções precisariam estar presentes ao logo da existência de todos nós, exercendo a tarefa de lidar com as inconstâncias da vida, as mais distintas experiências, entre as quais a de adoecer.

A continuidade é um princípio básico da existência; as necessidades, desejos, o universo das relações com os outros, as dificuldades da vida são experienciados por essa continuidade que não está de pronto assegurada, vem sendo construída a cada momento. Para tal tarefa é

essencial existir a sustentação, exercida pelo agente de cuidados, tarefa geralmente desempenhada por famílias, amigos, grupos, instituições. A nosso ver, também a unidade de saúde, os/as profissionais podem, em algum momento, exercer essa função de suporte.

Reconhecer é um outro ato importante do cuidar, é o atentar-se, o observar com implicação, “reconhecer o objeto dos cuidados o que ele tem próprio e singular, dando disso testemunho, e se possível, levando de volta ao sujeito sua própria imagem”. (FIGUEIREDO, pg. 138, 2009). No universo da ESF pensamos aqui na dimensão relacional do cuidado, o/a profissional de saúde implicado no cuidado ofertado ao sujeito, sendo disponível em suas ações quando necessário, não apenas demonstrando aptidão nas funções técnicas e protocolares, mas também reconhecendo no outro as potencialidades e singularidades.

Tão importante quando as funções já descritas, o interpelar/reclamar funciona como agente de confronto ao outro, fazendo com que o sujeito se depare com fatos da existência, a morte, a finitude, a alteridade e a lei (FIGUEIREDO, 2009). Trata-se de uma função que chama o outro às falas, à vida, à ordem, à responsabilização pelos seus atos. Essa dimensão do cuidado, no contexto da ESF, pode ser vislumbrada quando o/a profissional de saúde solicita do outro a sua implicação, quando pensa junto com o/a usuário/a um projeto terapêutico, define estratégias do acompanhamento, negocia prazos, tarefas, deveres e compromissos, ou mesmo quando solicita que o outro descreva seus sintomas, reconhecendo que nessa descrição localiza-se a bússola para suas ações.

A coexistência de um equilíbrio entre esses eixos do cuidado está relacionada ao modo como o agente de cuidados modera seus fazeres. Para tanto, essa moderação depende da possibilidade desse agente deixar-se em *reserva*, reconhecer que não é onipotente no ato de cuidado e que o sujeito que está sendo cuidado precisa de um espaço vital para se desenvolver e exercitar suas capacidades. Além disso, Figueiredo (2009) pontua que o agente de cuidados, quando compartilha suas decisões e afazeres com demais atores da cena do cuidado, melhora a qualidade daquilo que é ofertado. Nas palavras do autor:

No limite, ao cuidador fará sempre bem uma boa dose de modéstia e aceitação do acaso como elemento significativo nos processos humanos: se ele dispuser de confiança e fé nos outros e nas potências da vida ficará mais livre das modalidades de cuidados em que o excesso de implicação do agente despotencializa, desqualifica e aprisiona seus objetos (bebês, alunos, pacientes etc) (FIGUEIREDO, pg. 143, 2009).

As reflexões de Figueiredo (2009), pela ótica da psicanálise, nos convidam a pensar o campo do cuidado para além das ritualizações e procedimentos especializados. Na primazia da lógica gerencialista, a eficácia dos serviços é um elemento de extrema valorização, no entanto,

as funções cuidadoras, como exploramos a partir da análise de Figueiredo, não podem ser ensinadas em manuais.

Diante dessa perspectiva podemos pensar a atuação das ações em saúde pelas lentes da clínica ampliada, em que o sujeito está na cena do cuidado. Para tanto, os/as profissionais exerceriam suas práticas visando a realização das funções fundamentais no ato de cuidar, mas reconhecendo os limites de sua atuação e o contexto em que se apresentam.

A seguir conceberemos o cuidado em saúde a partir de uma perspectiva que, embora distinta da de Figueiredo, permite um diálogo no que se refere à dimensão cuidadora das práticas em saúde.

2.3 O cuidado no campo saúde, um destaque à intersubjetividade

Ayres (2009) concebe o cuidado a partir de três categorias: ontológica, genealógica e crítica. A ontológica diz respeito ao cuidado como uma condição da existência humana, interpretado a partir da tradição fenomenológica. A categoria genealógica refere-se a uma compreensão histórica acerca da perspectiva das primeiras teorizações sobre o *cuidado de si* na civilização ocidental, análise empreendida pelo autor a partir da leitura foucaultiana. O cuidado visto sob a categoria crítica é relacionado, pelo autor, com as práticas de saúde contemporâneas, circunstanciadas no campo da tecnologia e suas relações com o atendimento aos/às usuários/as, serviços e profissionais. Em nosso trabalho nos aprofundaremos nas discussões desta última categoria de análise.

Ayres (2009) contextualiza o que entende por “crise da saúde”, defendendo que esta pode ser tratada pelo viés da crise econômica, das crises de modelos assistenciais e ainda da crise paradigmática. Para tratar desta última, o autor concebe crise como o esgotamento de padrões considerados mais apropriados ou aceitáveis em determinado momento histórico-social e, também, como uma oportunidade de potência para a criação, renovação.

Como oportunidades, ele considera as apostas feitas nas propostas do SUS na creditação da atenção primária a partir da Estratégia Saúde da Família. O prestígio dessa proposta estaria no rompimento da lógica “hospitalocêntrica” e no destaque dado à discussão sobre vulnerabilidade e promoção da saúde. Referente aos perigos dessa aposta, Ayres (2009) sinaliza que essa proposta guarda riscos que não estão evidentes como as oportunidades. O principal deles é o perigo das *ideologias vazias*, utilizando o sentido do marxismo ao se referir” às ideias que nos mobilizam, que nos mantêm estáticos em sua aparência de movimento e

transformação”. (AYRES, 2009, pg. 18). As ditas ideologias vazias nos fariam cair na armadilha de fazer das propostas da ESF apenas um rearranjo político institucional, limitando-as aos ditames da perspectiva econômica e impedindo-as de ser uma engrenagem de avanços ao sistema de saúde. Nessa via, a atenção primária se manteria em posição marginal frente à organização de toda a assistência, legitimando uma posição simplória e de “pouca complexidade” e fazendo, ainda, do conceito vulnerabilidade apenas um jargão de uso, o que tamponaria seus reais sentidos no avanço das compreensões e interações entre epidemiologia, ciências humanas, ciências biomédicas. Como norte a seguir, Ayres sinaliza a importância de explorar as possibilidades e permanecer distante das deformações ideológicas. Sua aposta para tal caminho passa pela interação democrática, compromisso e ação através da reflexão crítica.

Embarcando nesse entendimento de Ayres (2009), concebemos que a proposta da ESF, na especificidade do Rio de Janeiro, apresenta fragilidades no campo do cuidado por conta do atravessamento posto pela lógica gerencialista imperante, mas também consideramos outros fatores que podem contribuir para tais fragilidades. Para tanto nos referenciamos a Luz (2013) que nos conduz à reflexão de uma busca de cuidado e atenção como forma de compensar o vazio de sentidos culturais da sociedade capitalista. Diante disso, ela elenca uma série de fatores que agregam elementos ao que denomina *crise sanitária* contemporânea: precarização das relações de trabalho, aumento populacional em termos absolutos e relativos, fragilidade de alguns dos direitos sociais, destacando-se os previdenciários, mudanças nas relações em termos de valores de solidariedade. Diante desse contexto, a autora adverte que a busca de atenção e cuidado pode ser vista, em parte, como resultado da vulnerabilidade e desamparo de grande parte da população, principalmente nos países considerados de Terceiro Mundo.

É nossa hipótese que a perda de sentidos relativos ao estar e agir social no mundo, sobretudo através do trabalho, gera sentimentos e sensações de confinamento, limitação e insegurança de sujeitos. E esses sentimentos e sensações geram, por sua vez, danos indiretos ou diretos à saúde (LUZ 2013, pg. 19).

Em tempos atuais a busca por cuidado tem sido evocada como uma demanda essencial de atenção à saúde e tem, principalmente, desafiado a organização dos serviços públicos, ao colocar questões que ultrapassam os limites da competência técnico-científica, imbuída do modelo biomédico, base em que as ações em saúde têm, historicamente, se alicerçado. Diante desse panorama, coloca-se o desafio de uma crescente demanda da população em relação à atual falta de perspectivas e esperanças, somada à perda de referenciais e valores fundamentais à vida (LUZ, 2007).

Esse cenário é ainda mais preocupante quando lembramos que o modelo biomédico se afastou do sujeito humano sofredor, desejante enquanto totalidade viva, ao se apoiar predominantemente em meios diagnósticos para evidenciar agravos, permitindo que o diagnóstico substituísse o cuidado integral em saúde (LUZ, 1997). Nesse sentido, vale recorrer ao alerta de Boff (2000), que nos lembra que o cuidado não se faz em atos pontuais, é uma atitude de respeito, preocupação e responsabilização para com o outro.

No momento em que o indivíduo é portador de algum problema de saúde a ser resolvido ele se torna objeto dos técnicos de saúde, no entanto, Ayres (2001) nos aponta que esse indivíduo como objeto-sujeito de cuidados pelo outro está presente para ofertar abertura a uma relação terapêutica e esse encontro pode demandar o empenho de arranjos tecnológicos para atender às necessidades de saúde trazidas. Ainda assim, como aspirante ao bem-estar, ninguém pode subtrair desse indivíduo o poder de juízo sobre suas necessidades (AYRES, 2001).

A discussão dos conceitos tecnocientíficos das práticas em saúde contemporâneas, de certo se relaciona a critérios objetivos, validados e bem definidos, os quais formalizam as práticas que devem ser direcionadas aos serviços de saúde, aos pacientes e a todo conglomerado biomédico. Contudo, tais manejos, pautando-se nesses critérios de horizontes normativos, mostram-se insuficientes para dar conta do sujeito em sua integralidade. Nesse contexto, Ayres (2006) recomenda que os aspectos técnicos normativos não sejam desconsiderados, mas que estejam em contado com os demais aspectos não técnicos no momento assistencial. Assim, sinaliza o autor:

(...) Há em toda ação de saúde, seja individual ou coletiva, um autêntico encontro entre sujeitos, no qual estarão presentes inalienáveis interesses de compreensão e simultânea construção de projetos de êxito técnico e sucesso prático (AYRES, 2006, pg. 55).

Esta consideração se distancia da ciência como mera aplicação da tecnologia, ao contrário, trata-se da mediação entre a demanda por assistência trazida pelo sujeito ou comunidade e o desenvolvimento de atitudes, de espaços de encontro intersubjetivo. A permeabilidade do técnico e não técnico, “a mútua fecundação entre essas dimensões intreligadas é que torna possível caminhar para um plano de maior autenticidade e efetividade nas ações de saúde” (AYRES, 2006, pg. 71).

Contudo, a esse respeito, vale apontar que, ao discutir o modelo médico hegemônico neoliberal, Merhy (2014) aponta que, na prática médica, estruturou-se uma crise que, dentre demais elementos, está marcada pelo distanciamento que essa categoria profissional teve dos interesses dos/as usuários/as, pela não agregação das práticas de saúde de profissionais não

médicos, e também por certa predominância de modalidades de intervenção centradas nas tecnologias duras, focadas na lógica procedimento-centrada. Nesse contexto, o autor nos invoca a pensar sobre a perda da dimensão cuidadora enquanto campo da produção de saúde baseado nas tecnologias leves. Para ele, uma das implicações mais sérias do atual modelo hegemônico neoliberal é diminuir a dimensão cuidadora, construindo-se modelos de atenção irresponsáveis para com a vida dos/as cidadãos/ãs quando tomada em sua dimensão integral e não apenas no restabelecimento do funcionamento de partes do corpo.

Ao tratar a dimensão do cuidado da produção em saúde, Merhy (2014) concebe o ponto de vista do/a usuário/a, sinalizando que este/a, em geral, não suscita queixas em relação à falta de conhecimento tecnológico em seu atendimento, pois, comumente, sua queixa dirige-se ao descompromisso dos diferentes níveis de serviços e dos profissionais em torno de si e de seu problema. “Os usuários sentem-se desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados” (MERHY 2014 pg. 121).

Em pensamento análogo, Guizardi e Pinheiro (2013), em pesquisa de campo sobre o tema da atenção integral em saúde, afirmam que os/as usuários/as não se referem às condições estruturais do sistema de saúde no que tange ao acesso às novas tecnologias e medicamentos, mas expressam com indignação a forma como se efetiva a relação entre quem oferece o serviço e quem dele necessita.

Ayres (2004) também pensa o cuidado em saúde por uma visão integral, rompendo com a ideia simplificada de intervenções, procedimentos e conhecimentos orientados ao bom êxito do tratamento. Ao contrário, o autor aponta para os limites do desenvolvimento técnico científico com as transformações advindas da medicina para a produção do cuidado.

De acordo com Ayres (2001), cuidado é uma dimensão da vida humana e frequentemente se estabelece no plano da intersubjetividade. O autor nos atenta que a intersubjetividade viva do momento assistencial permite escapar a uma objetivação “dessubjetivadora” exatamente porque ali se efetiva uma troca, um espaço relacional, que extrapola o tecnológico. Nessa perspectiva, a tecnologia funciona como uma apoiadora das práticas, mas não se subordina a ela. Nessa via, o cuidado nas práticas de saúde configura-se como “a atitude e espaço de reconstrução de intersubjetividades, de exercício aberto de uma sabedoria prática para a saúde, apoiada na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a intervenção em saúde” (AYRES, 2001, pg 120).

Para Ayres (2006), três aspectos práticos são importantes para direcionar as práticas de saúde: Ter espaço ao diálogo; Assumir e compartilhar responsabilidades e Reconstruir identidades. O primeiro aspecto relaciona-se ao espaço próprio da interação entre profissional

e usuários/as, refere-se à necessidade de manter uma dimensão dialógica no encontro, o poder ouvir e o fazer-se ouvir, mas não deixando imperar a discursividade científica.

O aspecto de assumir e compartilhar as responsabilidades refere-se ao comprometimento com os projetos de felicidade dos/as usuários/as, tendo como componente fundamental o estar disponível à escuta, ao diálogo e poder assumir a responsabilidade de cuidador.

O último aspecto aborda a construção das identidades na dimensão do encontro. Para Ayres (2006), na medida em que pacientes e profissionais se abram à presença do outro, existirá o interesse da desconstrução e reconstrução das identidades, sendo mediadas a cada encontro: “o tomar para si determinadas responsabilidades na relação com o outro implica, por sua vez, questão de identidades” (AYRES 2006, pg.74). O tema identidades traz uma complexidade que não iremos explorar, apenas o consideramos nessa discussão que é tratada pelo autor.

Como visto, Ayres (2001, 2004, 2006, 2009) ao tratar a temática do cuidado nas práticas de saúde, advoga que o cuidar pode perpassar competências e tarefas técnicas, mas não se restringem a elas. Na visão do autor, cuidar da saúde de alguém vai além de construir um objeto e intervir sobre ele, não se restringe a uma prática. Nas suas palavras:

Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial mediato ou imediato (AYRES 2009, pg. 37)

De acordo com essa concepção, o autor defende que se faz necessário indagar sobre os projetos de felicidade dos indivíduos e populações aos quais são prestados assistência, mas isso se caracteriza com um fato que raramente ocorre. Trata-se de uma postura/atitude cuidadora que aponta para a necessidade do encontro intersubjetivo.

Sobre essa construção conceitual, esclarecemos que a ideia de projeto desenvolvida por Ayres (2009) é oriunda da tradição ontológica-existencial da filosofia heideggeriana. O “estar-lançado” a uma existência que vai se constituindo diante às condições do viver, às heranças genéticas, às condições socioculturais e políticas, às relações e interações sociais. Percebe-se tratar de algo bem distinto do sentido “projeto” enquanto definição de diretrizes e metas ao alcance de algum objetivo, interesse. O conceito de felicidade, também não é definida em sua positividade e senso-comum como a ideia de bem-estar, de alegria, contentamento. Relaciona-se a distintas possibilidades de existência e às novas exigências a sua permanência, convive

com as infelicidades; as frustrações, obstáculos, dores, limites, angústias. De acordo com o autor:

A noção de felicidade é contrafática, ou seja, parte das condições contingentes do viver cotidiano, mas transcende essa contingência como uma experiência, simultaneamente afetiva, corporal, espiritual, de realização do valor atribuído à vida. (AYRES, 2009, pg. 142)

Feitas as considerações conceituais, apontamos que quando Ayres (2009) se refere ao projeto de felicidade, reporta-o ao sentido experiencial das demandas postas aos/às profissionais e serviços, bem como aquelas trazidas pelos/as usuários/as. Defende assim, que diante de determinada situação que pode ser portadora de sofrimento, dor, apresenta-se um caminho de possibilidade para cada sujeito na busca da felicidade, um norte experiencial. No entanto, não significa dizer que seja uma situação de passividade, ao contrário, trata-se de um convite a um momento de transformação, para o universo das interações. Está também presente a concepção dialética entre indivíduo-coletivo, social-pessoal, nesse sentido a felicidade assume um ideal eminentemente político, ligado à dimensão da convivência com os outros, em sociedade, da *polis* (Ayres, 2009).

As análises empreendidas a partir da leitura de Ayres (2001, 2004, 2006, 2009) não oferta respostas, mas nos convida a pensar essas questões: a potencialidade de reconciliar as práticas assistenciais e a vida, a aposta no diálogo construtivo entre tecnociência médica e a construção de uma vida que quer ser feliz.

Como elucida Boff (1999), o cuidado é um modo próprio do existir humano, constituindo uma dimensão que se faz sempre presente, irreduzível, originária, ontológica. Sendo assim: “Mitos antigos e pensadores contemporâneos dos mais profundos nos ensinam que a essência humana não se encontra tanto na inteligência, na liberdade ou na criatividade, mas basicamente no cuidado” (Boff, 1999, p. 11).

Pensar o cuidado como próprio da existência humana nos impõe a tarefa de tratar a questão da integralidade.

2.4 O cuidado no contexto da integralidade

A integralidade é uma temática essencial no debate do cuidado em saúde. Para subsidiar a reflexão proposta, vamos dicorrer sobre as distintas dimensões que a integralidade pode assumir. Para tanto, nos utilizaremos das contribuições de alguns autores que tratam do conceito da integralidade (CECÍLIO 2001; MATTOS 2004, 2006, 2013, PINHEIRO, 2011). Na

literatura sobre a temática, encontramos uma vasta produção de autores que discutem o conceito, considerando que ele possui diferentes sentidos e se mostra de difícil definição e operacionalização (MATTOS 2004, 2013).

A atenção integral à saúde compõe uma das diretrizes básicas do SUS (Brasil, 1988, art. 198). Mattos (2006) ressalta que a expressão integralidade não consta no texto constitucional, contudo é um termo utilizado de forma corrente, visando designar a diretriz de saúde integral. Embarcamos na indagação de Mattos (2006), “o que é integralidade?” para iniciar nossa discussão navegando nessa expressão e seus correntes usos na literatura, de forma a empreender uma compreensão que dialogue com o material encontrado em nossas narrativas. Mattos, diante tal pergunta, associa-a não apenas com uma diretriz do SUS, mas como parte constituinte do sistema de saúde, suas instituições e práticas. “Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária” (MATTOS 2006, pg 45).

Integralidade, no contexto da luta do movimento sanitário, se articula, assim como outros ideais, na construção de uma sociedade mais justa, impregnada de um compromisso ético e político.

Talvez não devamos buscar definir de uma vez por todas a integralidade, posto que desse modo poderíamos abortar alguns dos sentidos do termo e, com eles, silenciar algumas das indignações de atores sociais que conosco lutam por uma sociedade mais justa (MATTOS 2006, 46).

Mattos (2006), nos conduz a pensar a integralidade como uma dimensão que orienta as práticas em saúde. Na busca de compreensão dos distintos usos feitos do termo integralidade o autor definiu três grandes conjuntos de sentidos de tal princípio. Em nossa análise trabalharemos com apenas dois desses sentidos por serem aqueles que mais dialogam com nosso material empírico. O primeiro sentido se refere à dimensão do encontro entre profissionais com usuários/as e às posturas que serão adotadas pelos primeiros. Nessa conjectura o/a profissional deve assumir uma postura dialógica, considerando a singularidade, e entendendo que a resposta a ser dada não se restringe ao sofrimento manifesto do paciente, pois deve abarcar a capacidade de resposta ao sofrimento humano. Nesse sentido, o olhar atento do/a profissional faria as intervenções de prevenção e a assistência atuarem de forma articulada. Nessa perspectiva, as atividades assistenciais são diretamente demandadas pelo/a usuário/a, visto que as ações preventivas não são derivadas diretamente da experiência individual de sofrimento, são ofertadas pelos/as profissionais diante das necessidades de cada pessoa ou grupo. De acordo com o autor:

Não se trata simplesmente de desenvolver protocolos ou rotinas capazes de identificar e oferecer ações preventivas não demandadas diretamente pelas pessoas que procuram os serviços de saúde. Há que se compreender o contexto específico de cada encontro entre membros da equipe de saúde e as pessoas. Há que se adotar uma postura que identifica a partir do conhecimento técnico as necessidades de prevenção e as assistenciais, e que seleciona as intervenções a serem ofertadas no contexto de cada encontro (MATTOS, 2004, pg 1413).

Nessa perspectiva, Mattos (2004) orienta o uso prudente do conhecimento biomédico sobre a doença e o sujeito, de forma a evitar procedimentos desnecessários e, sobretudo, priorizar uma visão abrangente das necessidades de cada sujeito. O autor também ressalva os impasses que podem influenciar em uma conduta que tenha como diretriz a integralidade. Em contextos de cobranças por produtividades um atendimento integral fica comprometido, como o exemplo de consultas e visitas domiciliares no caso da ESF.

No sentido empreendido por Mattos (2004), o que caracteriza a integralidade é a capacidade de apreensão ampliada das necessidades do sujeito e sua habilidade de adequar a oferta de serviço no contexto de cada situação. O que exige um olhar atento e cuidadoso na análise das demandas manifestas, tendo em vista o contexto específico de cada encontro.

A defesa da integralidade “é a defesa que as práticas em saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos. Práticas intersubjetivas envolvem necessariamente uma dimensão dialógica” (MATOS 2004, pg 1414).

Sobre esse sentido de integralidade, Cecílio (2001) também discorre, fazendo alusão a uma *integralidade focalizada* que se estabelece no espaço delimitado do serviço. O autor dá ênfase à capacidade do/da profissional de ESCUTAR e ATENDER as necessidades de saúde trazidas por cada pessoa. Ressalta ainda que o/a usuário/a se apresenta como uma “cesta de necessidades”. Essa “cesta” pode conter distintas buscas, como respostas a difíceis condições de vida (violência, desemprego, conflitos familiares), acesso a tecnologias de tratamento, exames diagnósticos, ou simplesmente uma conversa.

Vimos que Cecílio (2006), pauta-se na visão ampliada de necessidades em saúde, de acordo com sua classificação, além das condições de vida de cada sujeito, as “necessidades” apontam o acesso às tecnologias e a formação de vínculos entre profissional ou equipe dos sistemas de saúde e usuário/a.

Cecílio (2001) destaca que por melhor e mais atenciosa que seja uma equipe e profissionais, a integralidade nunca será plena no espaço singular de quaisquer serviços de

saúde justamente porque as respostas a melhores condições de vida podem ir além da oferta disponível em um único serviço, sendo necessário estabelecer interlocuções com uma rede intersetorial, o que o autor denomina de *integralidade ampliada*, formada pelas múltiplas *integralidades focalizadas*.

A integralidade ampliada seria esta relação articulada, complementar e dialética, entre a máxima integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede serviços de saúde e outros. Uma não sendo possível sem a outra. O cuidado individual, em qualquer serviço de saúde, não importando sua “complexidade”, sempre atento à possibilidade e a potencialidade de agregação de outros saberes disponíveis na equipe e de outros saberes e outras práticas disponíveis em outros serviços, de saúde ou não (CECÍLIO, 2001, pg 124).

Na perspectiva de Mattos (2006), esse seria um segundo conjunto de sentidos da integralidade, o que compreende à organização do trabalho nos serviços de saúde. Essa análise surge a partir da crítica sobre a dissociação das práticas de saúde pública desarticuladas das práticas assistenciais. Essa distância entre as práticas e serviços foi sustentada por ações e saúde verticalizadas e destoantes. Significa dizer que uma pessoa era/é atendida em serviços distintos e sem articulação, não existindo uma direção única de cuidado.

Consideramos que não é possível trabalhar o tema do cuidado em saúde sem discutir, ainda que brevemente, o modo como entendemos a saúde. Para tanto, iremos discorrer a seguir o conceito de saúde que irá nos conduzir.

2.5 O Conceito de Saúde em Georges Canguilhem

Utilizaremos como fio condutor dessa discussão o conceito de saúde que é possível apreender a partir da reflexão que o filósofo Georges Canguilhem faz em seu livro (2014) “O normal e o patológico”. Optamos por revisitar Canguilhem por entender, em concordância com Bezerra (2006), que a discussão sobre o que constitui a fronteira entre o normal e o patológico deve estar no centro da reflexão crítica no campo da saúde. Além disso, é através dessa discussão que o autor introduz um entendimento de saúde que nos parece coerente com as discussões que vimos fazendo sobre o cuidado.

Canguilhem (2014), no primeiro momento de sua obra, introduz o problema apresentando a tese de que, tradicionalmente, na ciência, a normalidade se contrapõe à patologia apenas por diferenças quantitativas. Em sua discussão inicial, o autor revisa o problema do

normal e do patológico tal como sustentado pelo pensamento positivista de Auguste Comte e Claude Bernard, lembrando que para esses autores os fenômenos patológicos seriam as variações quantitativas dos fenômenos normais. Mas, contrariando essa perspectiva de análise, Canguilhem (2014) argumenta que os fenômenos do normal e do patológico se distiguem em aspectos qualitativos e se configuram como estruturas distintas.

Para Canguilhem (2014), não é possível descrever em si mesmo um fato sendo patológico ou normal, sem antes avaliar suas normas de funcionamento, seus efeitos sobre o exercício normativo do organismo. Na análise do filósofo, esse conceito fundamenta a experiência individual, subjetiva de saúde e doença. Nesse sentido, para fins de definição da saúde ou da doença, indivíduo e meio não podem ser considerados isoladamente. O autor pensa normalidade e patologia enquanto partes integrantes e complementares de uma mesma natureza, como estados variados de uma única realidade: a vida.

Bezerra (2006) ajuda-nos nessa reflexão apontando que o normal e o patológico se colocam como fenômenos da vida social, sendo categorias que se distiguem, no plano social, entre aquilo que é prescrito ou aceito e aquilo que é proscrito ou recusado. É um fato cultural, que trás para o campo da saúde importância crucial. Assim, nas palavras do autor:

Um ser vivo é algo mais do que a simples soma de suas partes constituintes. Certamente, existem nele fenômenos químicos, físicos, neuroquímicos, eletromagnéticos etc, sem os quais a vida seria impossível. Mas a vida não é o simples somatório desses fenômenos materiais, é algo mais (BEZERRA, 2006, pg. 102).

Nesse sentido, a indicação do que se concebe como patológico ou não, diz respeito à relação que irá se estabelecer entre organismo e meio, de forma que não existe um só organismo ou meio normal se concebidos isoladamente (CANGUILHEM, 2014).

Em Canguilhem (1978) a patologia é uma nova norma de vida, concebida como uma norma conservadora, que repete a si mesma e não admite novas exigências. Portanto, ela não é entendida como o negativo da saúde, ou como o hipo/hiper funcionamento desta, mas como um estado que guarda sua especificidade. Esta pode ser entendida como uma reação que busca a cura, na medida em que sinaliza ao homem a insuficiência da sua produção normativa. Sendo assim, Coelho e Almeida Filho (1999) destacam que a terapêutica não se dirige à reconstituição do estado anterior ao adoecimento, mas à instituição de uma capacidade normativa diferente e mais abrangente.

Bezerra (2006) contribui nessa elucidação, lembrando que a prática médica é organizada em termos de valores elaborados por diversos saberes e disciplinas. A técnica está orientada no

sentido de livrar a experiência da vida dos constrangimentos colocados pelos processos patológicos, mas a liberdade em relação aos constrangimentos vitais não pode ter mensuração objetiva apenas porque se trata de uma experiência da vida que está em jogo.

Bezerra (2006) reitera uma das afirmações de Canguilhem: “o *phatos* precede o *logos*”, para propor que a ênfase da investigação em saúde está na experiência do doente, é nela que se situa a origem de todo o conhecimento e toda a técnica. O autor explicita dois sentidos à afirmação que Canguilhem faz acerca da precedência do *phatos* sobre o *logos*: sendo uma verdade no sentido cronológico – primeiro o sofrimento e depois a necessidade de conhecê-lo, evitá-lo e tratá-lo – e no sentido ético – a partir da relação do sofrimento que se define o horizonte ético e os limites da clínica (BEZERRA, 2006, pg. 94).

Só é possível delimitar de forma consistente a fronteira entre o normal e o patológico quando se deixam de lado os critérios meramente objetivos e se coloca no centro da reflexão a mudança de qualidade, a alteração de valor vital que a doença impõe e que o indivíduo reconhece como limitação à sua existência (BEZERRA, 2006, pg. 95).

No bojo dessas reflexões, Canguilhem (2005) defende que a saúde é um conceito de difícil sistematização e, ao mesmo tempo “vulgar”, na medida em que sua vivência se encontra ao alcance de qualquer ser humano. Para o autor, o corpo humano é um dado - já que se constitui como efeito singular de componentes genéticos -, e um produto, na medida em que sua inserção e modo de vida num meio específico contribuem para modificar sua estrutura morfológica e singularizar suas capacidades. Através dessa combinação paradoxal, o corpo humano se traduz por um conjunto de poderes que podem ser reconhecidos, avaliados e testados pelo ser humano que o vive. Note-se que afirmar que o ser humano vive o corpo é reconhecer que este é, necessariamente, subjetivado.

Através dessa concepção de produção de conhecimento, Canguilhem (1978) entende que saúde diz respeito à “margem de tolerância” que o indivíduo tem em relação às “infidelidades do meio”. Uma restrição nessa margem, entendida como diminuição da capacidade de produzir normas de vida, provoca-lhe sofrimento, “sentimento de vida contrariada”, sendo este o estado correspondente à patologia (Canguilhem, 1978, p.158). Note-se que, necessariamente, o reconhecimento da saúde ou da doença envolve um julgamento de valor, o qual, na segunda, é negativo.

Essa definição exige-nos admitir a inexistência de critérios objetivos e precisos que diferenciam o saudável do patológico, na medida em que ambos são definidos a partir de processos de valoração, pautados na relação do indivíduo com o meio. Impõe também que a

saúde seja sempre pesquisada tendo como referência sua dimensão relacional. Assim, Canguilhem enfatiza:

O doente deve sempre ser julgado em relação com a situação à qual ele reage e com os instrumentos de ação que o meio próprio lhe oferece. (...) Não há distúrbio patológico em si, o anormal só pode ser apreciado numa relação (CANGUILHEM, 1978, p. 150).

Na relação com o meio, o sujeito saudável é aquele que possui os recursos necessários para responder às suas exigências e surpresas, assim como para provocar-lhe transformações. A saúde permite que o meio seja sempre valorado e significado pelo indivíduo, de tal modo que ela é entendida como uma “(...) maneira de abordar a existência com a sensação não apenas de possuidor ou portador, mas também, se necessário, de criador de valor, de instaurador de normas vitais.” (CANGUILHEM, 1978, p.163).

CAPÍTULO III - PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DA TEMÁTICA DO CUIDADO SEGUNDO OS/AS USUÁRIOS/AS

Para essa investigação foi realizada pesquisa bibliográfica na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO). Esta base foi escolhida devido à facilidade de acesso, por conter importantes revistas de relevância e reconhecimento científico e também trabalhos que versam sobre a realidade brasileira.

Abaixo apresentamos as combinações de palavras-chave utilizadas na busca de trabalhos, o total de artigo encontrado por palavra-chave/combinção e, dentre estes, o número daqueles que foram considerados pertinentes, segundo os seguintes critérios: (1) Artigos que relatam investigações cujos sujeitos de pesquisa são usuários/as da Estratégia Saúde da Família; (2) Artigos que apresentam o discurso dos/as usuários/as: opiniões, depoimentos, avaliações.

Tab.1- Combinações de palavra-chave com o total de artigos encontrados e selecionados ao interesse da pesquisa

Combinações Palavras-chaves	Total de artigos encontrados	Total de artigos selecionados
Programa Saúde da Família & usuários	80	15
Estratégia Saúde da Família & usuários	11	1
Saúde da Família & usuários	72	11
Programa Saúde da Família & pacientes	42	4
Estratégia Saúde da Família & pacientes	3	1

Programa Saúde da Família & clientes	1	0
Saúde da Família & pacientes	29	6
TOTAL	238	38

A busca totalizou 238 artigos, dos quais 80 foram selecionados a partir da leitura dos títulos. A leitura dos resumos destes permitiu a identificação de 38 artigos pertinentes à pesquisa. Para esses 38, realizou-se a leitura integral.

Os anos de publicação dos artigos selecionados variaram entre 2006 a 2013, sendo o ano de 2011 aquele em que houve maior quantidade de publicações. Dos 38 artigos, 29 tiveram usuários/as dos serviços da Estratégia Saúde da Família como sujeitos de pesquisa, sendo que 23 destes se referiam a pesquisas cujos sujeitos eram apenas usuários/as, 7 incluíam, além dos/as usuários/as, profissionais e/ou gestores e 2 foram de revisão bibliográfica.

Destacou-se de forma majoritária estudos com metodologia qualitativa (22). Estes variavam quanto à forma de coleta e análise de dados, mas foi expressivo o número de pesquisas realizadas através de entrevistas semiestruturadas, com análise de conteúdo. As pesquisas quantitativas (7) se referiam, em sua maior parte, à avaliação de satisfação de serviço pelo/a usuário/a. Três artigos apresentaram metodologia quali-quantitativa.

Na análise dos resultados apresentados nos estudos, houve variação considerável. As sete pesquisas (COIMBRA et al, 2011; COSTA et al, 2008; GIOVANELLA, et al 2012; GUEDES et al, 2013; LENTSCK et al, 2010; REIS et al, 2013; SANTIAGO et al, 2013; SHIMIZU & ROSALES, 2008) que objetivaram avaliar os serviços da ESF tiveram, em sua maioria, resultados de insatisfação com quesito acesso aos serviços. Em apenas uma pesquisa (MISHIMA et al, 2010) o acesso foi bem avaliado pelos/as usuários/as, tendo sido realizada no município de Ribeirão Preto/São Paulo. Não houve diferenças significativas nos resultados entre pesquisas realizadas em municípios mais populosos e menos populosos nesse aspecto. A organização da rede dos serviços, quanto à necessidade de referência a outros níveis de atenção, de média e alta complexidade, foi apontada como dificultador na integralidade do cuidado, sendo relatada por três artigos (ARAKAWA et al, 2012; CECILIO et al, 2012; MISHIMA et al, 2010;). Os artigos que apresentavam pesquisas sobre vínculo, confiança e empatia, mostraram que esses aspectos são melhor avaliados pelos/as usuários/as da ESF. A relação

profissional-usuário/a foi investigada em avaliações realizadas em grandes cidades e também em municípios de menor porte. Um deles apontou a necessidade de mudança na relação profissional e usuário/a na busca de construir novas formas de cuidado (SANTOS et al, 2013). Outra investigação ressaltou em seus resultados a predominância das relações verticais entre profissionais e usuários/as (YEPEZ et al, 2009). O maior destaque a se considerar nos resultados encontrados foi a predominância da concepção do modelo biomédico (GUEDES et al, 2013 SILVA; MANDU & TEIXEIRA 2011; MARTINS et al, 2012; MARIN et al, 2012; SHIMIZU & ROSALES, 2008;), apontado em 10 dos artigos. Foi expressivo na análise dos resultados a ocorrência desse aspecto, sendo referido como fator dificultador das práticas nos serviços da ESF. Os pesquisadores descreveram as marcas desse modelo através dos depoimentos dos/as usuários/as. Também houve ocorrência da concepção biomédica a partir da fala de trabalhadores/as da ESF. Não houve diferenças significativas nos resultados entre pesquisas realizadas em municípios de médio e grande porte nesse aspecto. Mas ele somente apareceu como tema de investigação nas pesquisas qualitativas, que baseavam seus resultados na interpretação dos discursos dos/as usuários/as e também em dados obtidos através de técnicas de observação de serviço.

A distribuição dos artigos nas regiões do país onde se desenvolveram as pesquisas apresentadas nos artigos analisados deu-se da seguinte forma: 18 das pesquisas foram realizadas na região sudeste, 8 na região nordeste, 6 na região sul, 4 no centro-oeste, e 2 estudos abrangeram mais de uma região do país. Não foi encontrada pesquisa realizada na região norte.

Abaixo discutiremos a revisão dos artigos agrupando-os em quatro temas: “Avaliação de satisfação quanto ao processo de trabalho e serviços da ESF”; “Rede de Atenção à saúde e à coordenação do cuidado da rede de Atenção Básica”; “Necessidades dos/as usuários/as” e “Práticas discursivas: usuários/as, gestores/as e profissionais”. Vale destacar que as pesquisas de avaliação do nível de satisfação de serviço foram desenvolvidas predominante em centros urbanos, sendo estruturadas a partir de metodologia quantitativa.

3.1 Avaliação de satisfação quanto ao processo de trabalho e serviços da ESF

Antes de adentrar a discussão dos artigos sobre a temática da avaliação de satisfação, apresentaremos a posição de alguns autores sobre o entendimento desse tema. Isso se faz necessário devido a diferentes concepções do conceito de avaliação em saúde, encontradas nos artigos levantados.

Os estudos de satisfação dos/as usuários/as datam de 1960 na Europa e nos EUA . No Brasil, começam a ser apresentados a partir da segunda metade da década de 1990, sendo utilizados como um dos métodos das pesquisas de avaliação em saúde. (ESPERIDIÃO, 2006; VAITSMAN, ANDRADE E BORGES, 2005). Essa abordagem dirige-se às diferentes dimensões que envolvem o cuidado à saúde: a relação médico-paciente, tais como a qualidade das instalações e dos profissionais de saúde. Considera-se que tem se mostrado bastante útil, na medida em que a incorporação da visão dos não-especialistas – no caso, os/as usuários/as, - permitiu avançar na definição de parâmetros de mensuração da qualidade dos serviços (ESPERIDIÃO, 2006).

Dessa forma, constituíram-se diversos modelos de avaliação da satisfação do/a usuário/a. A maioria tem como pressupostos as percepções do/a usuário/a em relação às suas expectativas, valores e desejos de distintas dimensões do cuidado à saúde (VAITSMAN, ANDRADE E BORGES, 2005, ESPERIDIÃO, 2006).

Para Mischima et al (2010), embora haja restrições ao uso dos estudos de satisfação, eles oferecem pistas, êxitos ou dificuldades em alcançar nas expectativas dos/as usuários/as, sendo uma ferramenta importante nos processos de subjetivação presentes no ato de cuidar e avaliar. Os autores se referem ao processo de avaliação como o "dar voz" aos/às usuários/as:

Considera-se, aqui, que os processos de avaliação da satisfação do usuário nos serviços públicos de saúde podem atuar como instrumentos para “dar voz” aos usuários, permitindo a esses oportunidades de expressão nas quais podem monitorar e controlar as atividades desses serviços; fortalecendo sua participação nos processos de planejamento e exercendo controle social, possibilitando a construção de alternativas conjuntas - serviços de saúde e usuários – para intervenções mais adequadas aos problemas presentes no cotidiano dos serviços, propiciando avanços no âmbito da produção de cuidados e gestão dos serviços de saúde e de enfermagem (MISCHIMA et al, 2010, pg. 155).

Para Vaitsman, Andrade e Borges (2005) o termo “satisfação” é usado de forma indiscriminada para diferentes propósitos, o que pode ser explicado pela fragilidade teórico-

conceitual do termo. De modo geral, distinguem-se duas funções nos estudos de avaliação: servem para descrever os serviços na perspectiva dos/as usuários/as ou para avaliar a qualidade dos serviços de saúde. Sendo esta última considerada a mais frequente, mas também bastante problemática, uma vez que a satisfação está fortemente relacionada às expectativas dos/as usuários/as. Estas podem influenciar na avaliação feita e distanciá-la dos aspectos que diriam respeito diretamente à qualidade dos serviços. Assim, para os autores, quando o objetivo é avaliar a qualidade de um serviço de saúde, é importante certificar-se que o serviço, e não outros fatores, determine a sua avaliação de qualidade. Além disso, deve-se problematizar a própria validade do emprego da categoria *expectativa*, ao passo que é, minorizada a noção de necessidade, uma categoria bastante valorizada no campo da saúde, mais especificamente no âmbito da saúde coletiva (VAITSMAN, ANDRADE e BORGES, 2005, apud ASPINAL 2003).

Uma das críticas dirigidas ao conceito de expectativas dirige-se à sua pouca objetividade. Em contextos muito desiguais, para certos segmentos da população, a dificuldade usual de conseguir algum atendimento resulta em baixa expectativa. Nesse sentido, o simples fato de ter o atendimento realizado já pode indicar satisfação, pois as pessoas não costumam esperar muito das instituições públicas. As expectativas são distintas, seja entre indivíduos de diferentes países ou mesmo dentro de um mesmo país que possui variedade de realidades socioculturais, introduzindo, portanto, um viés subjetivo. “Ainda que as metodologias mais comuns de pesquisa de satisfação apresentem seus resultados de forma agregada e quantificada, por freqüências, escalas e índices” (VAITSMAN e ANDRADE 2005 pg. 605). Esse constructo fez emergir razões para o desenvolvimento do conceito de responsividade.

A Organização Mundial de Saúde – OMS – no ano 2000 introduziu nas pesquisas de avaliação em saúde o conceito de “responsividade” dos sistemas de saúde, em contraposição ao de “satisfação”, que vinha sendo utilizado desde a década de 1960. A justificativa era que as pesquisas de “satisfação” focalizavam as distintas dimensões que envolvem o cuidado à saúde, desde a relação médico-paciente até a qualidade das instalações e dos profissionais de saúde. Assim, responsividade surgiu referindo-se aos aspectos não-médicos do cuidado. (VAITSMAN e ANDRADE 2005).

Pesquisas fundamentadas no conceito de responsividade exigem formas de se fazer perguntas que reduziriam o fator subjetivo das respostas. Em vez de se perguntar o quanto a pessoa está satisfeita com o tempo que levou para ser atendida, faz-se perguntas mais diretas e objetivas, do tipo “quanto tempo levou para o/a senhor/a ser atendido na última vez que veio à unidade de saúde?” Essas pesquisas consideram dois elementos: o primeiro deles diz respeito a medir o que acontece quando as pessoas interagem com o sistema de saúde, o que implica

coletar dados sobre o comportamento, evento ou ação do sistema de saúde. O segundo elemento consiste em medir o modo como as pessoas atendidas pelo sistema de saúde percebem e avaliam “o que acontece” (VAITSMAN e ANDRADE 2005).

Outra perspectiva para esse tipo de estudo vem sendo desenvolvida a partir da introdução da discussão sobre humanização em saúde. Tratam-se de pesquisas que buscam considerar o lugar dos/as usuários/as nos serviços e sistemas, possibilitando a expressão de sua condição de sujeito. Essas propostas, recentes e ainda pouco frequentes, exigem que se agregue ao processo de avaliação a dimensão sócio-cultural relacionada à atenção à saúde. Os estudos qualitativos exprimem uma maneira de execução desse tipo de investigação. (SHIMIZU e ROSALES, 2008).

No campo da saúde, o conceito de humanização surge como um princípio relacionado ao paradigma de direitos humanos – expressos individual e socialmente – e referidos a pacientes, usuários/as, consumidores, clientes e cidadãos como sujeitos. Com o advento da Política Nacional de Humanização, o lugar do/a usuário/a, mais implicado na sua condição de sujeito passa a ser ressaltado. O foco é a dimensão humana, individual e ética do atendimento e os direitos do paciente, o que ressalta a dimensão da promoção de cidadania no trabalho em saúde. Assim, a humanização é um conceito relacionado a uma concepção de política que visa a garantir os direitos do/a usuário/a, os quais são medidos por meio de conceitos operacionais como satisfação e responsividade (VAITSMAN e ANDRADE, 2005).

A partir das devidas considerações sobre o tema de avaliações em saúde passaremos a apresentação dos artigos.

3.1.2 A “Voz dos/as usuários/as” nas pesquisas de satisfação

Tratando agora diretamente da pesquisa bibliográfica, começamos por apontar que estudos qualitativos e quantitativos avaliam que a ESF tem tido fragilidades para desempenhar sua função de porta de entrada dos/as usuários/as ao sistema de saúde. Corrêa et al (2011) analisaram a concepção de usuários/as de uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Cuiabá, Mato Grosso, sobre acesso, acolhimento e vínculo. O estudo constatou que a unidade tem garantido acesso de maneira parcial, porque a assistência nem sempre é resolutiva, fazendo com que o sujeito busque serviços em outro local. A fragilidade de uma rede assistencial corrobora com a não efetivação da porta de entrada pela atenção básica, com garantia de acesso e cuidado integral. A pesquisa também evidencia a existência de uma logística organizacional que

favorece a concepção do modelo biomédico, caracterizada pela medicalização da assistência. No estudo, o aspecto do acolhimento aparece em ações específicas de determinados profissionais, não sendo uma prática de todo o processo de trabalho.

Para as autoras, a reflexão sobre acolhimento e vínculo no contexto da Unidade de Saúde da Família (USF - termo usado pelas autoras) deve perpassar considerações sobre as influências externas como a organização da rede municipal de saúde, a concretização de um novo modelo assistencial, sendo fatores que determinam a forma de agir dos/as profissionais envolvidos na assistência aos/às usuários/as (CORREA et al 2011, pg. 455).

Também nessa perspectiva, Reis et al (2013) realizaram estudo avaliativo sobre acesso e utilização dos serviços da ESF no município de São Luis - MA, com gestores, profissionais e usuários/as. Os dados encontrados apontam que os/as usuários/as tiveram dificuldades no acesso e na utilização dos serviços, também considerados insatisfatórios pelos/as gestores/as e profissionais. O acesso foi a dimensão pior avaliada, sendo que o horário de funcionamento das unidades, que não atendem após as 18 horas e finais de semana, corresponde às principais dificuldades apontadas. No estudo, a avaliação dos/as gestores/as e profissionais quase sempre divergiu dos/as usuários/as, sendo a avaliação dos primeiros comumente mais favorável. Gratuidade, utilização de serviços preventivos e da ESF antes das consultas especializadas foram bem avaliadas. De todo modo, os autores destacam que apesar de considerada insatisfatória, as pessoas utilizam os serviços da ESF para entrar no SUS (REIS et al 2013).

O estudo de Schwartz et al (2010) sobre avaliação dos/as usuários/as na perspectiva do acesso ratifica a complexidade e a diversidade do conceito de utilização dos serviços. No presente estudo, o acesso foi entendido pelos/as usuários/as como resposta às demandas de consultas médicas, exames, consulta de enfermagem, imunização, dentre outras. Além disso, infraestrutura física foi apontada como dificultadora do acesso. Destacou-se também a fala dos/as usuários/as referentes aos “excessivos encaminhamentos e à demora para o atendimento”. Para os autores, esses resultados demonstram que ainda não está claro para a população o processo de descentralização e hierarquização da rede de serviços.

Situação próxima aparece no estudo de Moimaz et al (2010) que realizaram avaliação de satisfação dos/as usuários/as em cinco municípios no estado de São Paulo. Os autores apontam como resultados a insatisfação dos/as usuários/as em relação a diversos aspectos do atendimento, como organização dos serviços e da demanda, infraestrutura deficiente, falta de recursos humanos e humanização no atendimento. Apesar dos/as usuários/as classificarem os serviços de saúde geral e odontológico como satisfatórios em cerca de metade dos casos, o que se destaca são as queixas apresentadas nos relatos dos sujeitos.

Foi possível constatar na leitura dos artigos sobre avaliação dos serviços pelos/as usuários/as, queixas que se repetem: a demanda por médicos especialistas e a demora para agendamento dessas consultas. Nesse sentido, concordamos com Campos (2003) que, em sua análise sobre a implantação de serviços de Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil – a partir das mudanças no sistema de saúde advindos do movimento da reforma sanitária da década de 1980 – observa que, ao invés da APS propiciar a integração da ação curativa com ações de prevenção e promoção da saúde, o que ainda se vivencia são as filas de espera por atendimento especializado.

3.2 Rede de Atenção a saúde e a coordenação do cuidado

A despeito das constatações descritas no final do tópico anterior, estudos recentes, realizados em quatro centros urbanos do país, apontam que as mudanças empreendidas pela ESF se refletem na satisfação geral com a APS, e têm indicado melhorias quando comparadas às ações desenvolvidas por serviços ‘tradicionais’ da atenção básica (ALMEIDA, GIOVANELLA e NUNAN 2012).

Parte significativa dos problemas de saúde da população relativos à APS dizem respeito às condições crônicas de saúde. Nesse sentido, as consultas referenciadas e a realização de exames no prazo de até 30 dias indicam uma resposta satisfatória do sistema de saúde, pois tornam possível o seguimento adequado do/a usuário/a (ALMEIDA, GIOVANELLA e NUNAN 2012).

O estudo de Almeida, Giovanella e Nunan (2012) aponta a contrarreferência como um problema histórico e de difícil solução, o que gera importantes desafios para a coordenação do cuidado e faz reforçar a percepção de que os serviços de referência não reconhecem a importância e o papel da APS na integralidade da atenção. Esses fatores dificultam a continuidade e coordenação do cuidado pelos/as profissionais da ESF.

Em Costa et al (2008), encontramos uma perspectiva do cuidado pensado e praticado segundo as necessidades e demandas do/a usuário/a entendido como sujeito social capaz de realizar escolhas. Os autores, ao discutirem as diferentes formas, métodos e modelos de avaliação em saúde, consideram que a avaliação em saúde, como proposta indutora de mudanças, “deve apostar em um método que priorize a participação e a inserção do/a usuário/a nas atividades inerentes ao próprio processo, considerando-o não como um evento isolado, mas

seminterativo, promocional e emancipador/libertador” (COSTA et al 2008, pg.720). Os autores discorrem que as pesquisas em saúde devem não só gerar informações, mas estar a serviço da produção de melhoria das condições de vida de uma população. Destacam que a avaliação da satisfação do/a usuário/a é um instrumento potencializador nos estudos das relações interpessoais no âmbito dos serviços, podendo ser também por outro lado um instrumento de controle social.

Cecílio et al (2012), em estudo realizado em dois municípios do ABCD paulista, trouxeram uma reflexão sobre as redes de atenção à saúde. A rede básica apareceu, conforme representada pelos/as usuários/as, como um lugar das coisas simples, um local de pouca resolutividade, sendo o médico o “encaminhador” para a especialidade. Ficou evidente como os/as usuários/as combinam os cuidados do especialista com as consultas do generalista. Nesse sentido, o autor aponta que apesar de os/as usuários/as reconhecerem valores de uso nas UBS e buscarem nelas recursos que julgam importantes para a composição do seu cuidado, parecem perceber claramente o que podem e o que não podem esperar dela. De acordo com Cecílio et al, “Cabe-nos escutar esse saber que vai sendo produzido de forma irreprimível pelos usuários, e utilizá-lo para o permanente e necessário aperfeiçoamento das redes de cuidado de saúde” (CECÍLIO et al, 2012, pg 2901).

3.3 Necessidades em saúde

O tema necessidades em saúde é complexo e já foi abordado por diversos autores nos estudos de saúde coletiva (Campos 2004). Para elucidar a discussão dos artigos encontrados na revisão bibliográfica, propomos discorrer sobre algumas das diferentes perspectivas que abarcam essa temática. Faço, então, uma breve interrupção da apresentação dos artigos da revisão bibliográfica, para depois retomá-la já alicerçada na discussão sobre as necessidades em saúde.

A Constituição Federal Brasileira, que institucionalizou o SUS, apresenta um olhar ampliado de saúde, inscrevendo os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença e reconhecendo que saúde não se aprimora somente com atenção à doença. De acordo com essa definição de saúde, responder às necessidades de saúde deveria significar implementar ações que incidissem nos determinantes do processo saúde-doença, e não só na doença, que já é o

resultado do desgaste expresso no corpo biopsíquico individual (CAMPOS e BATAIERO, 2007).

Nessa perspectiva, considerar as necessidades de saúde da população significa ter como objeto do processo de trabalho as necessidades dos indivíduos das diferentes classes sociais, que pertencem a um determinado território. Significa também encaminhar a política pública de saúde na direção do direito universal (CAMPOS e MISHIMA 2005).

Cecílio (2006), pautando-se na visão ampliada de necessidades de saúde e visando melhor compreensão do seu significado, realizou uma classificação das necessidades de saúde em quatro grupos abrangentes. O primeiro deles diz respeito às boas condições de vida, pois o modo como se vive se traduz em diferentes necessidades, sendo os fatores externos um dos responsáveis pela determinação do processo saúde/doença. Posteriormente, analisa-se o que se refere ao acesso às tecnologias que visam melhorar e prolongar a vida. Os demais aspectos que foram explorados pelo autor são relacionados à formação de vínculos entre profissional ou equipe dos sistemas de saúde/usuário/a.

Tendo contextualizado o tema das necessidades em saúde, retomamos a continuidade da revisão bibliográfica. Silva e Mandú (2012) analisaram a abordagem assistencial às necessidades dos/as usuários/as na ESF. O estudo objetivou analisar o modo como ocorre o recorte e a incorporação de necessidades de saúde de usuários/as na prática assistencial da equipe de Saúde da Família (SF), tendo como foco o encontro assistencial entre trabalhadores/as e usuários/as e a perspectiva de ambos sobre a questão. As autoras entendem necessidade em saúde de usuários à luz de uma visão marxista¹¹, apontando aquilo que precisa ser satisfeito para conservar a vida, desenvolver potenciais humanos e superar dificuldades relativas à existência em contextos concretos, sejam de origem orgânica, psíquica, sociocultural e físico ambiental. Essas necessidades “uma vez satisfeitas, garantem ou produzem saúde, segundo parâmetros sociais e intersubjetivos acerca do que a compõem” (SILVA & MANDÚ 2012, pg. 740).

Para as autoras, a abordagem das necessidades no setor saúde no presente situa-se no contexto do modelo assistencial biomédico, que se contrapõe aos projetos no âmbito do Saúde da Família. Elas destacam que antes do encontro assistencial acontecer, uma parcela expressiva da população não buscará respostas a necessidades na SF, pois fazem um crivo antecipado do

¹¹ O aporte teórico da análise da autora encontra-se na bibliografia citada pela mesma: Fromm E. Conceito marxista do homem. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Zahar, 1967. Heller A, Fehér F. A condição política pós-moderna. Rio de Janeiro (RJ): Civilização Brasileira; 1998.

que esperam, em função das características da organização e das relações presentes no trabalho voltado aos/às usuários/as (SILVA e MANDÚ 2012).

Frente a suas necessidades, os/as usuários/as portam conhecimentos, informações e valores sobre a SF, fazendo com que certas necessidades possam ser percebidas e expressas, ou não, como um problema vivido e como uma questão de saúde a ser resolvida com o auxílio do serviço. Os/As trabalhadores/as, por outro lado, também possuem suas expectativas, sentimentos e valores sobre a questão, também ancorados em suas vivências, contudo, nem sempre consideram em suas interpretações o que os/as usuários/as apresentam, esperam e precisam. Isso ocorre porque nas ações dos/as trabalhadores/as é valorizada a organização assistencial do modelo biomédico. O material empírico da pesquisa das autoras mostra que as demandas dos/as usuários/as foram, de forma habitual, articuladas à consulta médica. Identificou-se também que as necessidades “relativas à totalidade da vida – conflitos familiares, dificuldades de manutenção de renda familiar, sofrimento psicoemocional, dentre outras eram quase sempre rejeitadas na abordagem assistencial” (SILVA e MANDÚ, 2012, pg. 742).

Marin, Santana, Moracvick (2012) buscaram compreender as necessidades de saúde dos/as idosos/as hipertensos, sob a ótica de um conceito ampliado de saúde. No que se refere ao acesso, concluíram que, embora os/as idosos/as declarem ter fácil acesso à Atenção Básica, ainda estão distantes de conseguir o atendimento de maior complexidade à que têm direito e que, muitas vezes, são imprescindíveis para uma vida saudável e autônoma. Também constatou-se que as percepções dos/as idosos/as caminham em sentidos que ora valorizam o papel das relações, vínculo e acolhimento enfatizado pela ESF, ora expressam desejos de acesso às tecnologias de alta complexidade. As autoras acrescentam ainda que o vínculo se constitui para os/as idosos/as a partir da confiança no atendimento, porém na lógica centrada na doença, pois eles/as clamam principalmente por medicamentos e consulta médica especializada, não aparecendo evidências da busca por outra forma de assistência, com vistas à promoção da saúde.

Diante deste contexto, compreendeu-se que a ESF vem cumprindo o seu papel no sentido de fornecer acesso à constituição de vínculos profissional/usuário/a. No entanto, os autores salientam que o cuidado à saúde continua centrado na doença, considerando que a população de idosos/as hipertensos/as deveria estar envolvida em ações promotoras da melhoria da qualidade de vida, especialmente ações educativas (MARIN, SANTANA, MORACVICK, 2012).

3.4. Sentidos do cuidado segundo usuários/as, gestores/as e profissionais

Yépez, Morais e Cela (2009) investigaram as práticas discursivas dos/as profissionais e gestores/as da ESF, buscando compreender as múltiplas imagens que constroem acerca do/a usuário/a do serviço. Demonstram que na maioria dos discursos a marca das relações desiguais historicamente sustentadas em nossa sociedade refletem o distanciamento significativo que ainda existe entre profissional ou gestor/a e o/a usuário/a dos serviços de saúde, que é identificado pelo pertencimento a outra classe social. Nessa relação, o/a usuário/a é visto em posição de desvantagem e de submissão. Os discursos analisados evidenciaram formas verticais de relacionamento entre profissionais e usuários/as, deixando estes passivos na dinâmica de cuidar da sua saúde. Por outro lado, gestores/as e profissionais, em certos momentos, responsabilizam os/as usuários/as por seus problemas de saúde, associando-os diretamente às precárias condições de vida que possuem. As autoras preocupam-se em não querer passar uma imagem negativa dos/as profissionais e/ou gestores/as e nem colocar os/as usuários/as como vítima ou sujeito passivo nos cuidados com a saúde, mas apontam a responsabilidade que existe na complexidade de lidar com as diferenças de poder instituídas no espaço social dos serviços de saúde.

A investigação de Filho et al (2012) também mostra que nos discursos dos/as profissionais sobre os/as usuários/as aparece, por um lado, como atributo comum a associação entre pobreza e ausência de poder e, por outro, a característica da humildade.

Portanto, ao empregar termos como humilde ou carente para nomear o usuário do PSF, esses sujeitos descrevem esses usuários e, em consequência, a si próprios, com os mesmos traços usados tradicionalmente no Brasil para descrever os grupos dominados (FILHO et al, 2012, pg.614).

Ao analisar a construção discursiva da identidade dos/as usuários/as tal como apresentada por eles próprios, predominou um repertório que ressaltou a pobreza. Ao falarem de si próprios, os/as usuários/as apresentaram-se como pobres, carentes, humildes, pessoas que não poderiam recorrer a serviços particulares, restando os serviços públicos de saúde. Filho et al (2012) elucidam o discurso dos/as usuários/as da pesquisa e confirmam que o formato que tem sido adotado no Brasil pelo SUS, pretensamente universalista, não se efetiva na medida em que acaba por dirigir-se, quase exclusivamente, às classes economicamente menos favorecidas.

Em pesquisa acerca de representações sociais sobre o SUS e o PSF, Martins et al (2011) apresentaram o olhar do/a usuário/a sobre o SUS, principalmente, no que se refere à realização de procedimentos assistenciais, como consultas. Sugerem que o SUS é representado pelos/as

usuários/as como um “plano de saúde para os pobres” (pg. 1937). Afirmam também que as representações do PSF foram semelhantes à do SUS, pois para 64% dos/as entrevistados/as o PSF foi representado como um local para a realização de consultas, controle e continuidade do tratamento, conceitos ainda muito centrados no modelo biomédico da assistência. Os resultados demonstram que 86,8% dos/as entrevistados/as acreditam que o PSF estimula sua participação nas atividades desenvolvidas. Entretanto, a grande maioria justifica que a maior participação nas atividades do programa está ligada apenas ao fato do agendamento prévio das consultas pelos/as agentes comunitários/as de saúde, facilitando assim seu acesso aos atendimentos prestados pelos/as médicos/as.

No entendimento de Martins et al (2011), os dados do estudo apontam para o fato de o PSF favorecer apenas o empoderamento individual dos/as usuários/as, por conceber mudanças de atitudes pessoais que poderiam causar danos à saúde. A conduta individual referida integra controle de dieta, uso de medicamentos, prática de atividade física e frequência às consultas. Mas, os autores ressaltam que questões relacionadas a aspectos de inclusão social e cidadania não apareceram nos relatos dos/as entrevistados/as.

A despeito dessas considerações, densamente formuladas por estudiosos/as da área de saúde, são poucos os estudos sobre cuidado em saúde que buscam conhecer o modo como os/as usuários/as compreendem o processo saúde-doença e as formas de cuidado que nele podem incidir. Considerando o aspecto subjetivo da experiência de cuidar e ser cuidado destacamos a necessidade de se pesquisar como os/as usuários/as a entendem e a produzem.

CAPÍTULO IV - PERCURSO METODOLÓGICO

Como o ser humano fez um dia uma pergunta sobre si mesmo, tornou-se o mais inteligível dos seres vivos. (...) Só poderia haver um encontro de seus mistérios se um se entregasse ao outro: a entrega dos dois mundos incognoscíveis feita com a confiança com que se entregariam duas compreensões.

Clarice Lispector, *A Descoberta do Mundo*

Ao nosso entendimento, o ato de pesquisa diz respeito a diferentes modos de produzir conhecimento, associando a atividade de pesquisar como uma atividade humana de tentar conhecer, com alguma racionalidade, o ‘desconhecido’. Dessa forma, discorreremos sobre o método e técnicas que utilizaremos neste projeto, supondo que o método deverá nos ajudar a pensar na vida em suas múltiplas formas de expressão que se inscrevem em nosso cotidiano.

4.1 Tipo de Estudo

Neste estudo, foi adotado o método qualitativo. Em consonância com Minayo (2004), consideramos o fenômeno estudado como histórico, não sendo apenas o investigador que dá sentido ao seu trabalho intelectual e sim os seres humanos, a sociedade e os grupos que atribuem significados, intencionalidade e também interpretam suas ações. Nessa direção, entendemos que o conhecimento é construído numa interação, na qual pesquisador/a e interlocutor/a interferem continuamente no resultado. Assim, o objeto de pesquisa é abordado a partir de um caráter compreensivo, que não o concebe como realidade única e concreta, mas o desvela a partir do aparato científico e não-científico que o/a pesquisador/a traz consigo: suas hipóteses e pressupostos teóricos, suas opções e ferramentas metodológicas, interações em campo, inter-relações com os pares, entre outros.

Na concepção descrita por Minayo (2004), o método qualitativo é direcionado para investigações sobre a história, as relações, representações, crenças, percepções e opiniões produzidas pelos indivíduos sobre determinados aspectos, sendo apropriado ao estudo de grupos delimitados e restritos, mediante apreensão de narrativas, relações e discursos sob a ótica de seus atores. Nesse sentido, contribui para desvelar processos sociais de grupos particulares, por meio da empiria e sistematização progressiva do conhecimento. A autora

aponta que nessa perspectiva os/as pesquisadores/as são, dialeticamente, autores/as e frutos de seu tempo histórico.

De acordo com Turato (2005), ao se eleger uma metodologia qualitativa não existe a preocupação em mensurar e qualificar atitudes ou comportamentos, ou ainda quantificar eventos da vida pessoal ou coletiva. Em sentido oposto, pretendeu-se a análise de processos, conhecer em profundidade as vivências de alguns sujeitos, assim como as representações que estes têm acerca das experiências de vida. Ainda de acordo com o autor, a utilização da metodologia qualitativa no campo da saúde implica na direção dos mesmos pressupostos das ciências humanas, não considerando os fenômenos isolados em si, mas buscando a relação destes.

4.2 Campo e objeto de estudo

Nesse estudo foi realizada uma investigação em profundidade do fenômeno em questão, buscando a compreensão dos elementos que o constituem a partir dos sentidos construídos e atribuídos pelos sujeitos de pesquisa. Assim, pretendeu-se principalmente compreender as experiências da população atendida no modelo das Clínicas de Família no que se refere às práticas de cuidado.

A escolha da Clínica de Família como serviço de partida para o trabalho de campo se deve à consideração de que nela se expressa um novo modelo da gestão clínica e do cuidado na lógica da ESF.

A unidade em que se operou o campo da pesquisa está localizada em uma das Áreas Programáticas (AP) em Saúde no município do Rio de Janeiro. A escolha por essa área deu-se por conveniência: facilidade de contato com profissionais da coordenação da referida área. O critério de escolha da unidade foi a data de inauguração da mesma, instituída entre 2009 e 2012, período em que foram implantadas as unidades no modelo de Clínicas de Família no município do RJ. Existem na AP em questão três clínicas nessas condições, mas uma foi excluída *a priori* por eu já ter atuado como gestora nela. Para a definição da outra unidade foram realizados contatos com os/as gestores/as para apresentação da pesquisa. Após reunião com a gestão optamos pela realização do campo na clínica que estava com seu território de cobertura de pessoas cadastradas mais definido.

4.3 Estratégia de pesquisa/instrumentos

Para abordar as indagações descritas nos objetivos da pesquisa, a principal ferramenta metodológica utilizada foram entrevistas individuais em profundidade com usuários/as dos serviços da ESF. Essa técnica foi eleita por permitir a captação da importância e dos significados atribuídos pelo/a entrevistado/a ao fenômeno em estudo. As entrevistas foram realizadas na perspectiva biográfica de “narrativas de vida” (BERTRAUX, 1997) e seguiram um roteiro de questões abertas. Desenvolvidas entre julho e setembro, as entrevistas foram gravadas em mídia digital e posteriormente transcritas para realização da análise.

O roteiro de pesquisa (apresentado no apêndice A) seguiu um formato semiestruturado articulando perguntas abertas através das quais o/a entrevistado/a teve possibilidade de discorrer de forma livre sobre sua vida. De acordo com Minayo (2004), o instrumento não diretivo de coleta de discursos permite a possibilidade de expressão de dados primários, secundário, complexos, dados subjetivos conscientes e inconscientes relativos a crenças, bem como, expressões espontâneas diversas.

Outro material de pesquisa utilizado foi o diário de campo. A utilização dos dados do diário de campo como objeto de análise do campo de investigação segue as orientações de Minayo (2014), no que se refere as considerações da autora ao afirmar que a articulação entre diferentes métodos e técnicas contribui para a veracidade, a qualidade e a profundidade da pesquisa. Desse modo, as observações e impressões contidos no diário de campo foram coletados mediante observação de alguma atividade vivenciada com os sujeitos e profissionais durante todo o período do campo, além da observação direta de comportamentos nas andanças pelo território e na unidade de saúde.

4.4 Questões éticas

A pesquisa foi submetida aos Comitês de Ética da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro e da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro.

Conforme exigências Legais em pesquisa, foram obedecidos os princípios da bioética registrados na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Houve aceite na participação voluntária na pesquisa, todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e os

sujeitos receberam as informações acerca das fases da investigação e seus objetivos. Neste termo foram explícitos que os dados obtidos serão tratados apenas para fins de estudo com a garantia aos direitos dos sujeitos em relação a sigilo, o direito da desistência em qualquer fase da pesquisa.

4.5 Sobre as narrativas

As entrevistas foram estruturadas com base no método das narrativas de vida. Pioneiro no trabalho com narrativas de vida, Bertraux (1997) explica que esta leva o/a entrevistado/a a rememorar e contar sua história tal como a elabora no momento do encontro com o pesquisador. Para tanto, este se utiliza de um tipo especial de entrevistas caracterizadas por um roteiro de questões bastante abertas e flexíveis, capazes de despertar reminiscências numa temporalidade e organização lógica definidas pelo próprio sujeito de pesquisa. Segundo o autor, através de histórias singulares, é possível o acesso às questões sociais próprias a certo contexto e tempo histórico. Para tanto, trabalha-se com um conjunto de narrativas de vida, cujos relatos são fruto da interação do/a entrevistado/a com o/a pesquisador/a e, portanto, envolvem certo filtro que é fruto dos objetivos e objeto de pesquisa.

Nessa direção, Levy (2001) argumenta que as narrativas são construídas em resposta a uma demanda do/a pesquisador/a, envolvendo, assim, o trabalho psíquico do/a entrevistado/a, disposto a encaminhar suas elaborações a um Outro, representante de um contexto de vida diferente do seu.

Azevedo (2013) discorre sobre as características e fundamentos da abordagem de “Narrativas de Vida” (GOULEJAC e LEVY, 2000; LEVY, 2001; PINEAU E LEGRAND 1993 *apud* AZEVEDO 2013), apontando que se trata de uma perspectiva adotada no âmbito das ciências humanas e sociais, concebida como um método da pesquisa biográfica. Essa perspectiva de análise se destacou com os trabalhos de Daniel Bertroux na década de 70, de inspiração na tradição etnográfica. Porém, a autora considera que a abordagem de “narrativas” não se restringe à descrição do campo, como no método etnográfico, mas busca através do campo identificar relações sociais, processos e lógicas de ação presentes. “Assim, o emprego das narrativas na perspectiva etnossociologia visa a remontar do particular ao geral a partir de casos particulares” (AZEVEDO, 2013 pg. 135).

Carvalho (2003), baseado em Ricoeur (1997), bem observa que o relato autobiográfico se realiza como o encontro entre a vida íntima do indivíduo e sua inscrição numa história social e cultural. O discurso que é narrado pelo sujeito autor e protagonista, faz acontecer um campo de renegociação e reinvenção identitária. De acordo com o autor:

No relato autobiográfico a valorização da experiência do sujeito se instaura como fonte e possibilidade da narrativa. Ocorre uma intensa ligação entre a experiência e a sua (re)elaboração na condição narrativa – “enquanto abertura para revificar e ao mesmo tempo recriar o vivido – é central para a análise de relatos autobiográficos” (CARVALHO 2003, pg 287).

Para Ricoeur (1997) um elemento importante na dimensão narrativa é o fato do sujeito constituir-se como leitor e escritor de sua própria vida.

Como a análise literária sobre a autobiografia verifica, a história de uma vida não cessa de ser refigurada por todas as histórias verídicas ou fictícias que um sujeito conta sobre si mesmo. Essa refiguração faz da própria vida um tecido de histórias narradas (Ricoeur, 1997, p. 425).

Ricoeur (1997) considera o ato narrativo como interrelações entre sujeito e história resultando na reconfiguração da vida narrada, não se constituindo como uma produção individual. Carvalho (2003) na tentativa de apreender as contribuições de uma abordagem hermenêutica a partir de Gadamer e Paul Ricoeur explica que tais autores reinteram a fronteira entre sujeito e história como o ambiente epistêmico essencial da pesquisa biográfica. Nessa perspectiva, ao se considerar os relatos de vida como fonte de análise epistêmica, estes não se configuram como produções individuais e factuais, mas evidenciam a interrelação entre sujeito e história, bem como entre os acontecimentos e sua reconfiguração na trama das vidas narradas. Carvalho (2003) afirma que de acordo com essa análise, todo o contexto que compõe um campo de práticas e discursos pode ser compreendido como uma grande narrativa que engloba e faz tornar possível as narrativas individuais.

Nessa direção, Onocko Campos e Miranda (2010) nos auxiliam na elucidação desse assunto, remetendo-se à biografia de Hanna Arendt e apontando que a autora defende a ideia que a narrativa socializa a experiência humana e permite que o homem seja imortalizado e a história construída através da leitura da história narrada. Nessa dimensão, a importância da atividade narrativa está na ideia de permitir ao sujeito *a restituição de sua verdade histórica, o que dá acesso a possibilidades de ressignificações, ou seja, de autoria sobre sua história.* (MIRANDA e ONOCKO 2010, pg. 445).

Carvalho (2003) sinaliza que a análise biográfica se constitui essencialmente numa situação comunicativa que envolve elementos processuais comunicativos, o informante *conta*

a sua história de vida, *descreve* situações vividas e *argumenta* sobre dificuldades e problemas experienciados em sua vida, evidenciando como ele/a se relaciona com o vivido. No ato de pesquisar, o pesquisador também se torna um interlocutor ao trabalhar sobre o material comunicativo tendo uma atitude dialógica na produção do conhecimento. Sob esse prisma de análise, de acordo com as afirmações de Carvalho:

As experiências, ao serem contadas, transpõem a vida para o registro da narrativa, transformam-se em textos e passam a ser reguladas pelas regras de gênero e convenções que regem esse domínio. Dessa forma, por exemplo, o narrador do auto-relato não coincide completamente com o personagem que protagoniza a ação, a começar por não compartilhar com este as condições de espaço e tempo (CARVALHO, 2003, pg 298).

Em contribuição aos estudos sobre narrativas, Onocko Campos e Furtado (2008) realizaram uma revisão bibliográfica referentes a algumas concepções de narrativa ligadas à teoria literária, à comunicação e à psicanálise. Os autores apontam em seus resultados um outro modo de conceber o trabalho narrativo, distinguindo-se do uso já tradicionalmente realizado em estudos de uma perspectiva etnográfica e antropológica, os quais tomam um caráter mais descritivo e cronologicamente arranjado. A proposta discutida pelos autores destaca o trabalho narrativo como produtivo recurso metodológico para as pesquisas qualitativas em saúde. Fundamentam o quanto é potente se utilizar as narrativas em pesquisas em que a situação de estudo tenha como interesse as mediações entre experiência e linguagem, estrutura e eventos, sujeitos e coletivos, memória e ação política. Realizam um convite a “novos olhares narrativos”, sendo possível “em estratégias de pesquisa participativa, envolvendo os próprios atores em várias retomadas de sua narração e propiciando o contato com as narrações de outros grupos de interesse” (ONOCKO CAMPOS E FURTADO, 2008, pg. 1095).

Na análise de Onocko Campos e Furtado (2008) a atividade narrativa permite a apreensão de um tempo relacional, de passado, presente e futuro em trânsito contínuo. Com esse sentido, a narrativa se insere como um recurso de instituir a vida na temporalidade humana, sendo também anunciada e compartilhada. Ao encontrar o universo do leitor atinge sua plenitude, tornando-se uma ação compartilhada com o público, uma *inter-ação* (grifo nosso).

Em nossa pesquisa, embarcamos no convite de Onocko Campos e Furtado (2008) seguindo o compartilhar do ‘novo olhar narrativo’. Ao elergermos o uso das narrativas como recurso metodológico esperamos contribuir para a reflexão sobre os aspectos intersubjetivos das experiências do cuidado em saúde sob o prisma dos/as usuários/as dos serviços da ESF. Dessa forma, através das narrativas, os/as usuários/as compartilham de suas vivências

singulares de cuidado e nos permite adentrar numa *inter-ação*, em uma postura ético-política de pesquisa.

4.6 Sujeitos e critérios de elegibilidade

O processo de escolha de elegibilidade dos sujeitos de pesquisa deu-se através de reuniões com gestão da unidade, Responsável Técnica (RT) médica e equipes de saúde que atuam na unidade.

Buscamos compreender as necessidades da clínica, ouvir os/as profissionais para perceber se realmente havia interesse da unidade no trabalho da pesquisa, já que precisaríamos da participação principalmente dos/as agentes comunitários/as de saúde (ACS) para nos conduzir a casa dos sujeitos.

Nenhuma condição de saúde ou hipótese diagnóstica foi tomada como critério de inclusão para participação na pesquisa. Apenas não deveriam ser indicados/as usuários/as que, no período destinado à realização das entrevistas, estivessem vivenciando alguma situação de crise de saúde ou, é claro, aqueles que não desejassem participar. Consideramos como critérios de inclusão na definição dos sujeitos junto às equipes:

- Sujeitos adultos, que deveriam ter idade mínima de 18 anos e idade máxima de 65.
- As pessoas escolhidas deveriam ser acompanhadas na CF por no mínimo um ano.
- Deveriam ser no mínimo dois/duas usuários/as de cada equipe ESF, totalizando dez sujeitos.

CAPÍTULO V - CHEGADA AO CAMPO: ENTRE BECOS E AVENIDAS

O campo foi realizado por mim e minha orientadora Lilian Miranda.

Apreensão, curiosidade, receio, ansiedade, chuva, frio, doses de desespero com pitadas de alegria. Enfim, “pé no campo”! Procurei acalanto no dia cinza, no tom de incertezas e no colorido de crianças correndo pelo corredor encantadas pela chuva, querendo brincar, pular, se deliciar com a enchurrada que escorria pelas laterias do telhado. Busquei a calma no encanto desses pequenos enquanto aguardava a primeira conversa com a Responsável Técnica da unidade. Dúvidas que pairavam na nuvem de pensamentos: Como seria? Iriam gostar da proposta da pesquisa? Haveria disponibilidade em realizar? Uma espera grandiosa...

Ufs, que recepção! Fui acolhida, um abraço de encontro. Numa sala reservada conversamos livremente sobre os objetivos, interesses da pesquisa, propostas de desenvolvimento. Não houve barreiras iniciais, vi interesse, abertura de portas, alívio... Fomos solicitadas a participar de uma reunião com todos/as os/as profissionais da unidade para discorrer sobre a pesquisa e pensar as pessoas a serem entrevistadas. A Responsável Técnica propôs que toda a unidade tivesse acesso a proposta da pesquisa e resolvessem no coletivo os possíveis sujeitos. Mas ela apontou como interesse para a unidade que os sujeitos fossem pessoas que buscassem a unidade de forma constante em demandas espontâneas.

Foi sim, mais fácil que eu pensava.

A reunião com toda a equipe foi realizada na semana seguinte, durante uma reunião de rotina que ocorre uma vez ao mês na unidade e todos/as os/as profissionais participam. Após ouvir a apresentação da pesquisa, todos/as os/as profissionais mostraram-se bastante entusiasmados em indentificar usuários/as a serem entrevistados/as. A pesquisadora esclareceu que o propósito era entrevistar algum/a usuário/a que lhes mobilizasse algum tipo de preocupação especial, ou demandasse um trabalho frente ao qual tinham dúvidas, receios, afetos mais intensos que comumente. Demonstrando grande interesse, os/as profissionais perguntavam se poderiam indicar mais de um por equipe e, ao citar nomes, comentavam sobre a gravidade ou a estranheza que reconheciam naquelas famílias. Formou-se certo alvoroço que mostrava, claramente, a implicação dos/as trabalhadores/as com as pessoas do território, ainda que fizessem algumas alusões pejorativas frente a alguns nomes. A coordenadora da reunião organizou as indicações e sugestões, procurando responsabilizar dois agentes de saúde por equipe para acompanhar as pesquisadoras ao território.

5.1 A entrevista

Foram realizadas doze entrevistas com duração diferenciada do tempo em cada uma delas. Tivemos entrevistas que variavam, em média, de trinta minutos a três horas de duração. Todas foram realizadas na casa dos/as usuário/as. Com isso, desejou-se evitar, ainda que parcialmente, a identificação da pesquisadora com a equipe do serviço de saúde, pois isso poderia inibir algumas formulações dos sujeitos.

Em relação a representatividade da pesquisa, no que se refere ao número de participantes, concordamos com Minayo (2004) ao apontar que a pesquisa qualitativa não está baseada no critério numérico para garantir sua representatividade e, sim, na abrangência da totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões. Dessa forma, com algumas entrevistadas foi necessário a realização de mais de um encontro, de modo que uma relação de confiança pudesse se criar entre pesquisadora e entrevistada. O número de sessões foi definido a partir do critério de saturação e também para atender a solicitação da pessoa entrevistada quando havia o pedido de retorno.

No que se refere a conduta da pesquisadora frente ao sujeito da pesquisa, adotamos pressupostos de Turato (2005), que indica que essa postura deve ser de acolhimento das angústias e ansiedades dos sujeitos, direcionada por uma escuta atenta, valorizando os aspectos psicodinâmicos mobilizados sobretudo na relação afetiva e direta com os sujeitos em estudo.

As entrevistas foram realizadas em duas etapas:

- Etapa 1: realização da entrevista, com um a dois encontros, de acordo com a necessidade da entrevistada e pesquisadora.

- Etapa 2: realização da leitura das narrativas. Retorno à casa das pessoas para apresentação da narrativa. Também realizado um a dois encontros, de acordo com a necessidade da entrevistada.

A escolha das pessoas entrevistadas, feita pelas equipes, se deu com base naquilo que mais mobilizava os profissionais, aparecendo diferentes entendimentos que dividimos em três categorias: usuário/a em dificuldades de vida, usuário/a demandante, usuário/a aleatório/a. Para a pesquisa deveriam ser obedecidos os critérios de inclusão já elencados no item 4.7.

Todas as pessoas entrevistadas tiveram seus nomes reais substituídos por nomes de pedras preciosas. Os nomes dos/as profissionais também são fictícios.

5.1.2 Usuário/a em dificuldades de vida

Destacamos que o fato de sermos psicólogas configurou-se como um viés considerável na escolha que os/as profissionais fizeram dos sujeitos da entrevista. Certas indicações foram feitas pelo fato de os/as ACS etenderem que algumas pessoas precisavam ser ouvidas por uma profissional da psicologia – alguém “especializado” em lidar com o sofrimento do outro ou, ainda, alguém que pudesse desvelar problemas, mistérios a que outros/as profissionais não teriam acesso.

Vou levar você na casa dela por se tratar de uma pessoa que considero “sofrida”, por precisar se dedicar exclusivamente aos cuidados do filho que é autista (ACS Vitória, diário de campo Luciana).

Pensei em você entrevistar essa usuária por ela ter passado por uma doença grave há pouco tempo e ter sido tratada, hoje já se encontra em bom estado geral, mas ela passou por momentos bem difíceis, já sofreu muito! (ACS Cecília, diário de campo Luciana).

Bem, eu pensei em levar você lá, porque acho ela estranha, ela quase não fala, falta às consultas de pré-natal, me dá muito trabalho. Acho que com você indo lá ela pode se abrir com você, ela é estranha e eu não entendo o que é (ACS Beatriz, diário de campo Luciana).

Clara, agente de saúde, conduz a mim e à Luciana à casa de Rosa, parecendo bastante preocupada com a usuária. Conta que se trata de uma mulher com muitos problemas, pois cuida de uma filha autista, uma irmã doente mental e uma sogra que tem Mal de Alzheimer (diário de campo, Lilian).

5.1.3 Usuário/a demandante

Outro critério que os agentes de saúde adotaram espontaneamente para selecionar os sujeitos da pesquisa foi a constante busca que certas pessoas faziam da unidade, sem considerarem que suas necessidades estavam satisfeitas. Essa era uma fala constante de profissionais.

ACS me conduziu a casa de Esmeralda. Durante a ida, disse que a usuária é uma pessoa bem receptiva, que gosta de conversar. Ela não foi avisada da nossa ida, mas a ACS considerava que ela estaria disposta a me receber. Pergunto o que a motivou a escolher essa usuária para nossa entrevista, e a ACS responde que Esmeralda busca a unidade de forma incessante, sendo que ela não vê necessidade de tantas idas a clínica, não existe motivo para essa presença tão repetida (diário de campo Luciana).

Vou levar vocês na casa de uma pessoa que é a mãe de todos os problemas. Desde o início da clínica ela leva os filhos, netos toda hora! (diário de campo Luciana).

No caminho a casa da usuária, perguntei a ACS o que a motivou a me levar na casa de Turquesa. A ACS diz que Turquesa e o filho buscam sempre a clínica, mas nunca se demonstram satisfeitos, que ela parece não entender as explicações fornecidas pelos/as profissionais (diário de campo Luciana).

5.1.4 Usuário/a aleatório/a

Houve situações em que a escolha do/a usuário/a se deu de forma aleatória e imprevisível: o/a ACS indicou a usuária, mas ao chegarmos na casa a mesma não se encontrava, então, o/a ACS imediatamente pensou em outra pessoa sem programação prévia.

ACS me conduziu à casa de uma usuária, porém a mesma não estava. Ele encontrou sua vizinha, Cristal, com quem realizamos a entrevista (diário de campo Luciana).

Embora houvessem se comprometido a consultar previamente as pessoas a serem entrevistadas, os ACS sequer avisaram-nas sobre nossa visita. De todo modo, todas nos receberam bem e se mostraram disponíveis. Houve apenas uma situação em que a presença do/a ACS demonstrou certa insatisfação da pessoa, o que se modificou quando ela ficou sozinha com a entrevistadora.

A agente de saúde que nos acompanhou não havia avisado à Rubi que faríamos a visita. Quando chegamos lá, ela demorou a nos atender. A agente chegou a perguntar se o pai dela aceitaria conversar conosco, mas ele se recusou, alegando que precisaria trabalhar. Rubi foi

ao nosso encontro aparentando bastante insatisfação. Embora se mostrasse antipática, aceitou nos receber. Apenas eu entrei na casa, enquanto que Luciana e a agente seguiram para outra visita. Assim que nos sentamos, Rubi mudou sua fisionomia, passando a mostrar-se mais simpática e bastante solícita (diário de campo Lilian).

Também foi possível perceber que o vínculo existente entre usuária e ACS foi facilitador de nossa entrada na casa das pessoas.

O ACS Paulo me conduziu até a casa de Ágata, comentando sobre o contentamento com seu trabalho e afirmando que, embora não tenha consultado a possível entrevistada acerca da minha visita, tinha certeza de que ela me receberia bem. Quando chegamos, Ágata estava em sua sala de costura, no segundo andar da casa. Após ouvir a proposta de Paulo, respondeu que sempre estaria pronta para ajudá-lo no que fosse preciso...” (diário de campo Lilian).

5.2 “O contato real”: O Primeiro dia da entrevista e assim por diante

Dia cinza novamente. Dúvidas e entusiasmo. Circulei pelos corredores, cumprimentei as pessoas, unidade cheia. Algo novo! Novas inquietações: Seria possível a entrevista? As pessoas estariam disponíveis? Como guiar a entrevista na abordagem de narrativas de vida? Eu consigo? No primeiro dia de entrevista eu não estava sozinha. Conforto. Compartilho as dúvidas e insegurança com minha orientadora, sinto-me apoiada. Vamos lá!

Andança pela área com a ACS, que se mostrou disponível para nós, fomos ao encontro de minha primeira entrevista. E, foi sim, mais possível do que eu pensava.

O segundo dia foi mais confortável. Céu despontava um sol com friozinho de inverno carioca. Acho que chegamos um pouco cedo. Surpresa! Uma entrevistada não poderia realizar mais a entrevista como agendado. A ACS responsável conversou conosco e achamos conveniente mudar a data da entrevista. Fomos ao campo para mais entrevistas com outra ACS da mesma equipe.

Os outros dias aconteceram como em todo campo, situações imprevisíveis, dias que tudo corre um pouco mais próximo do planejado e dias que nada de planejado acontece. Todo o processo foi vivido com entusiasmo; a cada encontro com as pessoas entrevistadas um mergulho na vida alheia, a graciosidade de poderem compartilhar suas histórias conosco, momentos difíceis, alegres, saudosos. Um intenso aprendizado. Depois de cada entrevista sentia que seria desafiador o processo de análise das narrativas, já que uma era bem distinta da outra, afinal era outra vida! Outras questões surgiram: e agora, como seria?

CAPÍTULO VI - DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

O material construído através das entrevistas foi trabalhado a partir de uma abordagem de Análise Hermenêutica (GADAMER, 1997). Primeiramente, foram feitas sucessivas leituras flutuantes do material, o que consistiu em um momento de pré-análise do material empírico, fase que exigiu das pesquisadoras contato direto e intenso com o material de campo, sendo necessário deixar-se impregnar por seu conteúdo.

A hermenêutica tem o fundamento na compreensão, considerada por Gadamer (1999) como um movimento do pensamento humano. Minayo (2004-2014), em leitura a Gadamer (1999), afirma que, de acordo com o autor, a hermenêutica é vista de forma mais ampliada do que abrange a experiência da ciência, originando-se do processo de intersubjetividade humana. No sentido gadameriano:

(...) compreensão é, em princípio, entendimento e compreender significa entender-se uns com os outros. Assim uma das idéias centrais que fundamenta a hermenêutica é de que os seres humanos, na maioria das vezes se entendem ou fazem um movimento interior e relacional para se porem em acordo. A compreensão só se transforma numa tarefa quando há algum transtorno no entendimento, um estranhamento que se concretiza numa pergunta (MINAYO 2004, pg. 329).

A abordagem filosófica da hermenêutica gadameriana tem contribuído para as pesquisas de abordagem qualitativas no desenvolvimento de uma compreensão mais aprofundada do material empírico, construído a partir de um estranhamento que se concretizou em perguntas/objetivos do projeto de pesquisa. Minayo (2004) nos ajuda a elucidar as propostas de Gadamer ao considerar que a hermenêutica oferece as balizas para o entendimento do sentido da comunicação entre os seres humanos. Para tanto:

(...) parte da linguagem como o terreno comum de realização da intersubjetividade e do entendimento; faz a crítica das pretensões ao Iluminismo que leva a ciência moderna a crer na isenção do possível dos pré-juízos, colocando-se fora do mundo da vida; investe nas possibilidades da comunicação, mas as considera em seu processo finito, marcado pela história e pela cultura e, filosoficamente, propõe a intersubjetividade como o chão do processo científico da ação humana” (MINAYO 2004, pg. 343)

Nessa postura epistemológica, o/a investigador/a não busca uma verdade essencial nos textos, mas, sim, um sentido que a entrevistada expressa. Essa reflexão tem como base de análise dois fundamentos primordiais: a tradição e os pré-juízos. Na análise gadameriana, o reconhecimento e a análise dos pré-juízos do/a investigador/a /pesquisador/a são essenciais para o processo de pesquisa e jamais deve ser negado. Tais pré-juízos falam de nossa subjetividade, de nossa historicidade, fala do agir de nossa experiência no mundo, e, certamente, atravessa o modo como conduzimos e pensamos a investigação.

Já no que se refere à tradição, de acordo com a leitura que Miranda (2009) faz sobre os postulados de Gadamer, ela determina os sujeitos e é sempre múltipla, mas, simultaneamente, se configura como uma possibilidade de escolha e liberdade. Trata-se das teorias e dos clássicos que permitem que a observação e compreensão do mundo sejam feitas através de conceitos que, embora envolvam as experiências de vida, ultrapassam-nas, porque foram formulados através de outros registros. Para a hermenêutica, é necessário o reconhecimento de si como pertencente a alguma tradição, sendo a incursão na tradição um percurso metodológico essencial.

Na investigação aqui proposta consideramos que nossa tradição está na relação com os/as autores/as que mencionados nas seções iniciais da dissertação. Assumimos, assim, o reconhecimento de pertença às tradições da Reforma Sanitária Brasileira, da Saúde Coletiva, no entendimento sobre a questão da subjetividade nesse campo e na aposta por um cuidado à saúde universal e, ao mesmo tempo, singular.

Entre os pré-juízos que nos acompanharam no desenvolvimento dessa pesquisa estão: o cuidado em saúde vivido em liberdade e autonomia pelos sujeitos nos seus diferentes manejos; o cuidado como expressão de uma clínica que respeite a singularidade dos sujeitos, assim como, leve em conta o contexto social; a crença de que o novo formato de Clínicas de Família produz novos efeitos na concepção de cuidado.

A partir dos pressupostos da hermenêutica gadameriana, a operacionalização da análise se deu a partir do reconhecimento dos principais núcleos de sentido dos textos advindos das entrevistas. Esses núcleos correspondem aos aspectos da narrativa do entrevistado que se mostraram densos, aos seus principais argumentos e aos elementos utilizados para dar sentido às experiências de cuidado descritas. Tais núcleos foram vistos e revistos em diálogo com a tradição teórica adotada na pesquisa. Na tradição gadameriana, é necessário reler os textos várias vezes, mas cada releitura amplia ou diferencia a compreensão, na medida em que o pesquisador é por ela transformado (ONOCKO CAMPOS, 2005).

6.1 Análise em questão: os núcleos argumentais

O processo de análise das informações ocorreu em três momentos: primeiramente, houve a transcrição das entrevistas. Em posterior, a partir das entrevistas foram construídas as narrativas de vida. E o momento final foi a construção dos núcleos argumentais, eixos temáticos estruturados a partir da leitura do material empírico e dialogados com a literatura científica e as tradições teóricas que sustentam nosso trabalho.

Narrativas prontas, hora da imersão na análise. Em relação a configuração dos núcleos argumentais nos atemos a contribuição de Onocko-Campos:

Um núcleo argumental é um conjunto de frases que não somente se referem a um tema, também tenta atribuir a ele algum tipo de explicação. Explicação no sentido de um porquê, de um para quê e de um como (ONOCKO-CAMPOS 2011, pg.1278).

Nas entrevistas, os temas foram intencionados pelo nosso roteiro. Na leitura sobre o material construído, buscamos identificar as questões que respondessem aos nossos questionamentos postos nos objetivos da pesquisa. Nesse processo partimos do entendimento de Onocko-Campos (2011) que considera o sentido nunca como algo já dado, pois ele precisa ser “achado, descoberto, compartilhado, em uma cadeia de significação que nos junta a outros humanos (ONOCKO-CAMPOS, 2011, pg. 1276).

Na análise, emergiram três núcleos argumentais que traremos para a discussão: Integralidade, A Clínica da Família, e o Cuidado em Saúde

6.2 Características gerais das entrevistadas

Todas as entrevistas foram realizadas com pessoas do sexo feminino, com idades variantes, mínima de 36 anos e máxima de 62, sendo que três entrevistadas não informaram a idade. Segue abaixo um quadro descritivo dessas pessoas:

Tab. 2 - Quadro de características das entrevistadas

Nome	Estado civil	Ocupação	Idade	Acompanhamento em saúde
Pérola	Separada	Diarista. Possui um bazar em sua casa, onde vende roupas, sapatos, acessórios, alguns dos quais confeccionados por ela mesma.	37 anos	Não refere nenhuma condição crônica. Acompanha seus filhos nas necessidades em saúde.
Safira	Casada	Do lar. Saiu de seu emprego para cuidar do filho.	36	Dedica-se integralmente aos cuidados do filho autista.
Cristal	Casada	Do lar. Cuida dos netos sob sua responsabilidade.	Não informada	Refere ser hipertensa.
Turquesa	Separada	Do lar. Trabalhou como auxiliar de serviços gerais, mas optou por pedir demissão e realizar obra em sua casa com o dinheiro da recissão.	52	Não realiza acompanhamento regular em saúde. Busca os serviços da CF de acordo com as demandas que surgem.
Esmeralda	Casada	Do lar. Trabalhou por anos como diarista e aguarda aposentadoria. Deixou de trabalhar fora devido a problemas de saúde. Cuida do filho com esquizofrenia.	Não informada	Refere ser cardíaca e hipertensa, realiza acompanhamento regular.
Angelita	Separada	Do lar. Realiza serviços temporários de vez em quando.	41	Não realiza acompanhamento regular em saúde. Busca os serviços da CF de acordo

				com as demandas que surgem.
Coralina	Não informado	Cuidadora de crianças. Tem uma creche que funciona em sua casa.	55	Diabética e hiperetensa, realiza acompanhamento regular.
Jade	Casada	Comerciante. Tem um bazar infantil no quintal de sua casa.	42	Tratou-se de câncer no cólo do útero, faz revisões regulares no INCA.
Ágata	Casada	Costureira. Cuida também da casa e auxilia no cuidado aos netos.	45	Pressão alta e depressão.
Rosa	Casada	Cuida da casa, da sogra e da filha, que possuem necessidades de acompanhamento contínuo, para diferentes tarefas do dia a dia.	Não informada	Recorre à clínica para acompanhamento clínico da sogra (que possui Alzheimer) e quando ela mesma tem algum problema repentino. Já fez acompanhamento para diferentes condições clínicas.
Aventurina	Viúva	Cuida da casa e, eventualmente, auxilia no cuidado ao neto.	48	Acompanhamento para Diabetes, dores abdominais frequentes, ginecologia e quaisquer problemas de saúde que venha sentir.
Rubi	Não informado	Cuida da casa, de dois filhos ainda crianças e de dois netos (bebês).	40	Dores estomacais, ginecologia e quaisquer problemas de saúde que venha sentir.

Devemos destacar que os sujeitos da pesquisa foram do gênero feminino. Como o critério de escolha pelas equipes foi livre, não havia restrição, mas imaginávamos uma população variada quanto ao gênero. Não é possível ampliar a discussão sobre gênero e saúde em nossa dissertação, contudo se faz importante destacar algumas indicações que supomos ter influenciado a escolha dos sujeitos pelas equipes. Os seguintes fatores podem ser apontados: de modo geral, as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens; historicamente, existe a associação do cuidado ao outro como uma responsabilidade feminina; tradicionalmente, as mulheres assumem o lugar de referência de cuidado no seio familiar, sendo acompanhante de filhos e demais familiares nas questões relacionadas a saúde; o acesso mais dificultado das mulheres ao mercado de trabalho e, logo, maior facilidade de encontrá-las em suas casas.

6.3 A leitura das narrativas

Um momento especial e surpreendente para nós foi o retorno à casa das entrevistadas para a leitura das narrativas. Além de ser importante para esclarecer alguns pontos que não ficaram tão compreensíveis para as pesquisadoras após ouvir os áudios, também tratou-se de um compromisso ético de retorno com as histórias de vida de cada uma.

Das doze entrevistadas, oito se dispuseram a ouvir suas narrativas, duas não quiseram ouvir e duas não conseguimos encontrar em casa. Nesses casos, a pedido delas, apenas deixamos o texto por escrito. O processo de leitura para nós foi algo bem importante e, para elas, um verdadeiro momento de *reconhecimento*. Nos referimos aqui ao sentido apreendido em Figueiredo (2009). O sujeito diante de seu testemunho, sendo levado de volta à sua própria imagem.

Ao ouvirem as narrativas, as manifestações das entrevistadas eram sempre muito surpreendentes. Algumas ouviam em silêncio e apreciavam, outras se emocionaram, algumas ainda davam sugestões e pediam correções ao texto. Mas, todas nos agradeceram, expressando que se encontravam naquele texto, ou que a escrita lhes mostrou um “resumo” de suas vidas, resumo este que nunca haviam vislumbrado. Destacamos o momento em que Cristal ouviu sua narrativa:

O retorno na casa de Cristal para leitura da narrativa se deu em duas etapas. No primeiro dia, ela estava sozinha em casa e ficou feliz em me receber. Informei para ela sobre o que se

tratava o retorno e ela prontamente convidou-me para entrar e sentarmos no sofá. Cristal ouvia atônica sua narrativa, perguntava se queria interromper e ela mandava seguir. Na metade do texto, vieram as lágrimas. Perguntei se tinha algo que a incomodava e ela respondeu:

Nossa, como você fez minha história ficar tão bonita, eu quero para mim, vou guardar para sempre. (Cristal, diário de campo Luciana)

Eu não esperava tal resposta: ela encantou-se pela história dela! Nesse dia, não foi possível terminar a leitura, após essa interrupção, ela conversou sobre outros assuntos de sua vida e eu me mostrei aberta à escuta e acolhida da continuidade de sua história. No segundo dia de retorno à casa de Cristal, levei um poema e o entreguei embrulhado em papel de presente. Ela abriu e pediu que eu lêsse para ela. Foi um momento mágico, ela demonstrou uma intensa satisfação pelo que ouviu e novamente retomei a continuidade de sua narrativa. Olhar para a feição de encantamento de Cristal ao ouvir sua narrativa foi o bem mais precioso de toda a trajetória da pesquisa, realmente magnífico. E assim se deu perante as demais entrevistadas, elas conjugavam um misto de surpresa e confiança em nós, que prometemos retornar e, assim, o fizemos. Jade expressou:

Ah, já respondi um monte de pesquisa, eles dizem que voltam para falar como ficou mais nunca ninguém voltou, só respondi e nunca mais via a cara de fulano nem o que foi feito com minhas respostas e veja você, não é que voltou mesmo! (diário de campo Luciana).

A conformação desse trabalho foi bastante pautada por algumas proposições que Onocko Campos (2011) faz acerca das pesquisas qualitativas em Saúde Coletiva:

(...) Não podemos nos erigir mais em autoridade interpretativa, interpretando aos outros. Buscamos interpretar com os outros. Temos de nos tornar cada vez mais escribas e ajudantes, mas, ajudantes de um movimento de reflexão e crítica. E trazer questões sim. A eles, com eles. Não estamos defendendo uma neo-etnografia, na qual simplesmente nos tornaríamos meros escrivães. Falamos dos efeitos de uma relação e de um trabalho (que até aqui chamamos de efeitos de narratividade). Relação de respeito, de confiança, de carinho que pouco a pouco pudemos construir. Relação viva e marcada pela intensidade amorosa de nossos encontros. E, ao mesmo tempo, rigorosa no campo intelectual. (...) (ONOCKO CAMPOS, 2011 p.1284).

Considerando termos caminhado nesse sentido de encontro, a nosso ver, a experiência de leitura das narrativas acabou por configurar-se como uma modalidade de cuidado e,

consequentemente, a ferramenta metodológica escolhida exerceu a função que ela mesma deveria desvendar. Note-se que o exercício do cuidado foi construído conjuntamente e incidiu também sobre nós, pois nos ajudou no reconhecimento do nosso próprio trabalho. Assim, seja facilitando a construção de sentidos para suas histórias de vida, seja testemunhando tais histórias e destacando o que elas têm de singular, as narrativas ajudaram-nos a sustentar uma posição ética implicada com uma construção de conhecimento compartilhada entre pesquisador/a e sujeito de pesquisa e, sobretudo, útil para ambos atores.

CAPÍTULO VII - NÚCLEOS ARGUMENTAIS

Nesse capítulo, iremos discorrer sobre os núcleos argumentais que emergiram da análise do material empírico. Faremos uma discussão em torno das narrativas dialogadas com a discussão teórica que vimos construindo. Temos como ponto direcionador a compreensão do cuidado em saúde. Dividimos a discussão em três eixos de análise: Integralidade, Clínica da Família, e Cuidado em Saúde. Tais eixos subdividem-se em subtópicos de forma a tornar a leitura a mais clara possível.

7.1 Eixo Integralidade: “Desafios da integralidade: o cuidado entre a passividade e autonomia”

O relato das histórias de vida, em sua maioria, revelou que se tratava de pessoas que utilizavam bastante os serviços de saúde, sendo que, nem sempre, essa busca estava relacionada a graves problemas de saúde. Foi possível compreender impasses que interferem no cuidado em saúde visto pela análise “**Por dentro**” da CF. Também emergiram os percursos buscados pelos/as usuários/as para conseguir acesso ao cuidado em saúde, através do que foi possível evidenciar as limitações e impasses na rede do SUS, que extravasam os muros da unidade, o que denominamos de “**Por fora**”

Observemos a narrativa de Safira sobre a busca para tratar seu filho autista.

O Marcos quando nasceu eu tive diabetes gestacional e não acusou, ele nasceu com hipoglicemia, tive pré-eclâmpsia. Fiquei internada, ele teve convulsão, mas fizeram exames e deu tudo normal. Com dois anos ele não falava, ele tinha plano, levei ele à pediatra dele, mas ela disse que não tinha nada a ver, porque criança até dois anos e meio podia ser normal. Ela falou para colocar ele no colégio, colocamos ele numa escolinha aqui, e nessa escola ele não fazia nada. Elas acharam que ele não ouvia. No desenvolvimento do autista tem muito isso, acha que não ouve, porque chama e não olha, só depois de um certo tempo que ele veio a olhar. Eu fiz audiometria em campo livre, audiometria normal, Marcos deu tudo normal, ele não tinha perda de audição. Falaram para colocar na fono e coloquei. Por sinal ela era ótima, ficou muitos anos com ela mas ela falou para mim que ele já tinha desenvolvido bastante mas não

tinha mais desenvolvimento, que era para procurar uma fonaudióloga multidisciplinar. Eu disse que na ABBR tinha, fui lá e nada. Ela falou para pôr ele no colégio de novo e pediu para procurar no município, fui procurar no município, mas ela falou para ter cuidado que iriam colocar ele na classe especial por ele usar fralda, ele já tinha quatro anos. Mas em nenhum momento ela falou autismo comigo e eu também nem sabia o que era. Fui na ABBR e não tinha essa fono, mas consegui matricular ele no colégio e tentaram colocar ele na classe especial. Fui lá na CRE e disse que não queria. Conversando comigo, falaram que como ele ainda usava fralda e não falava, na classe especial ele iria ter um acompanhamento melhor, porque eram menos crianças. Também pediram para eu levar ele ao CAPSI, porque de repente ele podia ter algum atraso e tal. Mas fui lá por ir, não imaginava o que era, fui eu e o pai dele. Lá, a psicóloga falou que ele tinha traços de autismo, eu nem sabia o que era isso, fui pesquisar. A partir daí começaram a marcar médico, eu levava ele nas consultas e o médico fechou o laudo dele, ele é autista e está lá até hoje fazendo tratamento.

(...) Eu estou vendo para fazer um tratamento para ele agora, mas só tem lá em Vila Isabel, e a gente vai de ônibus. Ele está numa fase que não quer esperar ônibus, não quer esperar para atravessar o sinal, ele está enorme, se eu der mole ele me joga no chão, me derruba. Só eu saio com ele, o pai trabalha, minha mãe não aguenta. Exame de sangue dele eu faço no Andaraí, porque a tia dele trabalha lá. Ela conhece todo mundo do hospital e chama o pessoal todo para segurar ele, tipo assim, seis homens para segurar ele.

Isso do tratamento dele, se tivesse como ter alguma coisa na Clínica da Família relacionado a ele seria muito bom, nem que fosse o psiquiatra, que viesse aqui uma vez no ano, já estava ótimo, porque tudo a gente tem que se deslocar para muito longe. Até conversando com o presidente da associação, que é nosso amigo, falei para ele para colocar alguma coisa para eles [crianças autistas] porque nunca teve nada. Já até teve duas fonos aqui, mas fica um pouquinho e sai, não sei por quê. Só achava que poderia ter algo na clínica para as crianças especiais. Tudo para eles é muito longe. O Marcos é muito ansioso, se ele me ver arrumando ele toma minha bolsa, já sabe que vai sair, fica agitado, sabe que vai sair. Se chegar lá e o médico não for, é uma confusão, não quer ir embora, quer entrar mesmo assim. Ele se estressa muito rápido...ele tem uma mania que pega na mão das pessoas, tem gente que se assusta e sai, eu fico constrangida, ele se assusta e a pessoa se assustam também, então se tivesse coisa mais perto seria bem melhor (Safira)

Esse longo trecho da narrativa de Safira nos traz algumas indicações importantes sobre o seu percurso no tratamento do filho autista. Ela descreve o percorrer de distintos serviços de

educação e saúde, a busca por profissionais e instituições. Teve uma busca solitária sem um direcionamento contínuo, até chegar ao diagnóstico do filho e seu acompanhamento. Hoje, a criança já está em tratamento pelo CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil), no entanto, parece solicitar um suporte da CF também no que tange à psiquiatria”. Se ela e sua família já são cadastradas na CF e fazem uso de determinados serviços, porque seu filho também não poderia ter sua necessidade de tratamento atendida, tendo em vista o quanto é difícil o deslocamento, a dificuldade de manejo com o adolescente para se locomover? Ela não diz que gostaria de deixar de frequentar o CAPSi e, sim, de ter mais uma alternativa para que seu filho fosse acompanhado.

Conforme vimos na pesquisa bibliográfica empreendida em nosso estudo verificamos que estudos qualitativos e quantitativos avaliam que a ESF tem tido fragilidades para desempenhar sua função de porta de entrada dos/as usuários/as ao sistema de saúde. Na investigação de Corrêa et al (2011) constatou-se que as unidades pesquisadas têm garantido acesso de maneira parcial, porque a assistência nem sempre se mostrava resolutiva, fazendo com que o sujeito recorresse a serviços em outro local. Em concordância com os estudos de Correia et al (2011) também verificamos na situação de Safira certa fragilidade de uma rede assistencial corroborando com a não efetivação da porta de entrada pela atenção básica, com garantia de acesso e cuidado integral.

Denominaremos para essa análise dois subtemas: “Por dentro” e “Por fora”. O primeiro se refere a des/continuidade do cuidado de dentro da CF e o “Por fora” aponta para as situações em que alguns serviços fora da CF precisam ser acessados.

7.1.2 “Por dentro”

Vista “Por dentro” a CF parece, muitas vezes, dificultar o cuidado, porque tem mudanças constantes de profissionais (mais estritamente relacionada à equipe médica), mudanças estas que não são compreendidas pelos/as usuários/as. Referem o quão é desanimador se deparar com um/a novo/a profissional na consulta, e queixam-se que precisam contar sobre suas vidas novamente a essa outra pessoa. O vínculo e a confiança adquiridos na relação, fatores que favorecem o cuidado, são desfeitos e fica a dúvida se será possível a construção de uma nova relação de confiança.

Esmeralda e Ágata descrevem como se sentem em relação a mudança de profissionais.

Eu achei aqui na clínica bem melhor, lá no Lourenço Jorge a consulta era de três em três meses. Aqui eu comecei a ir e já mudou vários médicos, não sei como funciona a Clínica da Família que os médicos estão sempre mudando. A gente conta a nossa vida toda para uma pessoa, depois a pessoa vai embora, ela já sabia como cuidar de nós, então, vem outra que a gente não conhece e começa tudo de novo... (Esmeralda)

Há uns quatro anos faço tratamento na Clínica da Família. Fico triste porque os médicos mudam muito. Não poderia ser assim! Quando você começa a pegar confiança e amor, sabe que o médico gosta de você e conhece sua vida, seu histórico, ele muda! Comecei com meu primeiro médico por um acaso, quando tive uma dor no meu dedo. Ele foi me dando atenção, entrando na minha vida, me entendendo, mas saiu e veio uma outra médica. Também me dei muito bem com essa, me sentia muito protegida. Depois dela, veio outra doutora, que eu amava como se fosse uma irmã. Eram pessoas em quem estava me apegando e, de repente, uma médica vai tratar de moradores de outra região, o médico vai embora... me sinto só de novo. Ficam apenas pessoas estranhas. Me sinto jogada fora. Sem um apego, uma pessoa em quem posso confiar. Não quero nem me apegar à médica que está na clínica agora. Vou me sentir muito triste e desamparada, porque sei que no futuro ela vai embora também. É como se a gente fosse um bichinho que você não quer mais. Para mim, a clínica estava sendo como minha casa, eu tinha lá uma confiança, que não tenho na minha casa. Eu tenho minhas amigas, mas sei que não são aquelas pessoas que vão guardar meus segredos. Também não confio nos meus filhos, porque vão contar para todo mundo o que estou pensando, qual é a realidade da minha vida. (...) (Ágata)

É bem notório nas narrativas de Ágata e Esmeralda o quanto o vínculo e a confiança no/a profissional se configuram como parte de sua terapêutica, trata-se da relação entre duas pessoas, sem a distância fria entre profissional-usuário/a. Sentimentos de desamparo, são relatados quando o/a profissional é desligado do serviço.

Diante desse processo, por mais que haja a preocupação com o registro em prontuário eletrônico, no qual deve constar a evolução dos atendimentos, anamneses, histórico clínico (o que vem sendo perseguido e aprimorado pelas CF), esse instrumento sozinho não garante a continuidade do cuidado. É essencial que não achemos que o registro substitui os efeitos dos contatos; o vínculo com um profissional novo não está garantido porque este tem as informações necessárias sobre o paciente e sua família registrados em prontuário. Assim, ainda

que consigamos avançar na tecnologia de informação, a presença viva continuará sendo o principal alicerce do cuidado.

Ao afinarmos o olhar “Por dentro” da CF compreendemos, a partir dos trechos de tais narrativas, a dificuldade de pensar e agir na dimensão do cuidado de uma forma mais integral e contínua. Como destacado no capítulo de revisão bibliográfica, na análise de Silva e Mandú (2012) a abordagem assistencial às necessidades dos/as usuários/as na ESF situa-se no contexto do modelo assistencial biomédico, que se contrapõe aos projetos de Saúde da Família. Em suas considerações, as autoras destacam que antes do encontro assistencial acontecer, uma parcela expressiva da população não buscará respostas a necessidades na ESF, pois fazem um crivo antecipado do que esperam, em função das características da organização e das relações presentes no trabalho voltado aos/às usuários/as (SILVA e MANDÚ 2012).

Contudo, nossa pesquisa apresentou resultados destoantes dos achados das autoras nesse aspecto, pois as pessoas que entrevistamos não demonstraram esse crivo no conteúdo dos atendimentos frente às necessidades da vida. Tal como exemplifica a narrativa de Esmeralda, verificamos que existe sim uma busca para que tais necessidades sejam acolhidas e atendidas pelos serviços ESF, mas esbarram em dificuldades. Em concordância com as autoras, atribuímos essa dificuldade ao fato de que a conduta dos profissionais é preponderantemente baseada no modelo biomédico. No contexto que estudamos, marcado pela gestão privada dos serviços públicos, esse modelo é ainda mais valorizado na lógica gerencialista de gestão, pois tende a responder aos critérios pragmáticos e objetivos do cuidado, enquanto questões que dizem respeito a situações globais da vida (conflitos familiares, problemas financeiros, situações de violência, aflições, angústias, aspectos subjetivos) tendem a ser mais marginalizados.

Como proposta em torno dessa problemática, Mattos (2006) aponta para a importância da horizontalidade das prática e articulação entre os serviços, tendo em vista a necessidade da população para garantia da resolutividade. Para essa empreitada, deve-se salientar que, nos problemas/dificuldades que acometem, os sujeitos não se reduzem a um perfil de morbidade, sendo também outras razões que mobilizam as pessoas na busca do serviço de saúde. Mattos (2006) nos atenta que:

(...) não é aceitável que os serviços de saúde estejam organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população, embora eles devam responder a tais doenças. Os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem. (MATOS 2006, pg 60)

Retomando a análise feita por Goulejac (2007) no que tange ao caráter ideológico da gestão, lembramos da inexistência da neutralidade das técnicas gerenciais, pois as ferramentas e dispositivos de comunicação utilizados sempre estabelecem uma visão de mundo imbuída de um sistema de crenças. Dialogando com essa posição, entendemos que a substituição constante de profissionais pode ser lida como maior flexibilidade de movimentação de pessoal, o que facilitaria as contratações e demissões. Trata-se de uma dimensão que pode ser considerada resolutiva e objetiva por um lado (da lógica gerencialista), mas por outro, ela é ineficaz, porque desconsidera que o vínculo e a confiança na relação profissional-usuário/a são um dos pilares primordiais do cuidado. Na mesma medida, o tempo reduzido das consultas e maior volume de atendimentos gera um número expressivo de pessoas atendidas, mas não avalia a qualidade das consultas e resolutividade das situações.

7.1.3 O “Por Fora”

O “por fora” refere-se à dificuldade de segmento continuado da situação em saúde quando os/as usuários/as dependem de serviços que a CF não oferta. Quando as entrevistadas falam das dificuldades de acesso, percebemos que se referem à necessidade de serviços especializados, o que faz com que sugiram como resolução a introdução de profissionais especialistas para a CF. Como parte do acompanhamento em saúde dos/as usuários/as é realizado na unidade, eles/as veem-se limitadas/os quando a continuidade depende de um serviço não ofertado lá, ou quando esse pode demorar um longo tempo a se realizar, como alguns tipos de exames específicos, Cristal, Rosa e Rubi expressam essas incertezas.

Eu sinto dor, faço exame e não dá nada, eu tinha até que voltar para fazer de novo, mas não fiz. Teve até uma campanha de preventivo um dia desses aí e eu não fui. Eu fiquei sem fé! Porque tem muita gente que fala que já fez muitas vezes e não dá nada, então, faz em outro lugar. Mas quem pode pagar para fazer faz, mas eu não posso e nem vou atrás da clínica e nem vou para outro lugar. Eu vou na clínica quando to sentindo umas coisas e para pegar o remédio da pressão, só pego na clínica o remédio. (Cristal)

A Clínica da Família ajudou muita gente. Foi muito boa para pessoas que nem sabiam que estavam doentes. O problema é que neste país não há um segmento, não se acompanha a pessoa até o final. Você consegue consulta, mas depois isso se perde. Tive outro problema com falta de segmento quando precisei me tratar para dor numa clínica particular. Sofri, sofri, até

que precisei sair de lá, porque fui mandada embora do trabalho e não estava mais podendo pagar. Com isso, fui para o serviço público, para o Posto da Praça Seca. Olha como acontece quando você tem um segmento: inicialmente o ortopedista me atendeu e fez o que era necessário. Como não melhorei, ele me encaminhou para a reumato. Lá tinha uma doutora excelente, que me mandou fazer exames, me tratou e, ao perceber que eu não melhorava, me encaminhou para a “Clínica da Dor”, explicando que meu problema era crônico. Procurei essa clínica no Hospital do Servidor para tratar da dor no ombro. O médico me prescreveu 50 sessões de fisioterapia e, ao ver que não melhorei com elas, me disse que meu caso era cirúrgico. Explicou que, apesar disso, não iria me operar, porque o que estragou meu ombro foram os problemas na cervical e no maxilar. Então, ele me encaminhou para a neurocirurgia, onde estou até hoje. Esses acompanhamentos se deram um depois do outro, tive um segmento! Assim, me acalmei. Me mandaram também para o bucomaxilo, que me mandou para a terapia. E a terapia lá funciona, porque as terapeutas ficam com você até verem melhora. Fiquei lá por 8 anos. Então, eu fiz um tratamento! Tive resultado! Antes de ter esse segmento todo, passei 7 anos batendo a cabeça, porque ninguém me dizia o que eu tinha. (...) No serviço público, encontrei bons médicos. Descobri que o que tenho é uma dor crônica. Quando você sabe o que você tem, você se acalma, se conforma. (Rosa)

Há mais ou menos um ano e meio, eu fiz muitos exames na barriga e descobri que estava com cálculo renal. Foi marcada uma consulta para mim no Cardoso Fontes, para que fosse operada lá. No dia da consulta, esqueci de levar um dos exames. O doutor não aceitou esperar que eu viesse buscá-lo e acabei perdendo a consulta. Depois disso, voltei lá, mas o hospital havia entrado em greve. Minhas dores voltaram. Terei que esperar nova consulta para ver se poderei operar. Terão que colocar meu nome no SISREG?¹². (Rubi)

Percebemos que as usuárias gostariam que a clínica respondesse a outras necessidades de saúde, em geral contempladas em serviços que possuem especialidades médicas. Nota-se que existe um sentimento de amparo despertado pelo fato de saberem que se pode contar com os serviços da unidade, mas o desamparo entra em cena quando os limites desse serviço impedem a oferta do cuidado necessário, somado a certa precariedade social; dificuldade de

¹² Sistema Nacional de Regulação de Vagas para atendimentos especializados na rede ambulatorial e rede hospitalar.

Fonte: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?acao=11&id=30430>>. Acessado em 03 de março de 2016.

transporte, desarticulação da rede, moradia em regiões desabastecidas de um leque diferenciado de serviços públicos.

A despeito das solicitações por especialidades feitas pelos/as usuários/as corroboramos com os achados realizados na pesquisa bibliográfica sobre avaliação dos usuários dos serviços ESF. Percebemos que a demanda por médicos especialistas e a demora para agendamento dessas consultas se repetem.

Sobre essa questão nos valemos também da pesquisa realizada por Cecílio et al (2014), que resultou no livro “Os mapas do cuidado, o agir leigo na saúde”, no qual é apresentada uma leitura importante sobre o agir dos/as usuários/as em busca do cuidado que julgam necessário para si. Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo que se utilizou de entrevistas em profundidade com usuários/as, profissionais, gestores e representantes do controle social dos serviços de saúde da atenção básica de dois municípios da região do ABCD paulista - SP. Os autores investigaram os percursos buscados pelos/as usuários/as em busca do cuidado em saúde.

Na primeira fase da investigação foram realizadas entrevistas com o grupo de profissionais e gestores, das quais emergiram quatro categorias empíricas: a quimera da atenção básica; o “usuário-fabricado” e o “usuário-fabricador”; o “usuário-ideal” e o “usuário-real”. Lançaremos luzes na primeira categoria e, mais adiante, retomaremos às demais.

“Na quimera da atenção básica”, encontram-se elementos que indicam a distância entre o sonho, a aposta, o ideal de operar a atenção básica com formulações idealizadas e o modo como, de fato, essa rede de serviços em saúde vem sendo operada, vivida. Assim, os autores questionam:

E qual é a quimera da atenção básica? Qual o sonho fugido que parece nunca se realizar apesar de tudo que teremos investido nela nos últimos anos?
(CECÍLIO et al, 2014, pg. 54)

Cecílio et al (2014) tentam compreender a rede real de saúde no que ela produz de bom e também nos aspectos que indicam o afastamento das propostas idealizadas nos textos escritos por seus teóricos, assim como das proposições que embasam as políticas oficiais do Ministério da Saúde.

Os autores sinalizam alguns elementos dessa rede real que transgridem a quimera idealizada do movimento sanitário, um projeto que não se realiza: a difícil fixação do médico, profissional que muitas vezes não está alinhado as propostas do SUS; a defasagem de oferta de serviços que, mesmo ampliada, parece não satisfazer a demanda; o/a profissional que percebe essa demanda sempre intensa, o que impede o bom cuidado por este/a realizado, trazendo sofrimento e frustração àqueles que acreditam no projeto do SUS. Sinalizam ainda a dificuldade

das equipes de saúde em lidar com o enfrentamento dos “problemas sociais” que irrompem o cotidiano de trabalho. Apoiados em Camelo et al (2000), Cecílio et al (2014) apontam também o conjunto de dispositivos que deveriam servir para a melhoria do cuidado em saúde, mas que na realidade cotidiana se transformam em barreiras de acesso, como é o caso do acolhimento, estratégia que foi pensada para abrir portas.

Outro componente dessa análise é a “solidão da rede básica”, como discorrem Celílio et al (2014). Para os autores, a rede assistencial básica se configura como um arranjo recente, se comparado às instituições hospitalares, que dependem pouco da relação com outros serviços da rede para realização de suas ações. Diferentemente dessa realidade, a rede básica de saúde tem o grande desafio de ofertar respostas a uma intensa e diversificada demanda que precisa se relacionar com outros pontos de atenção do sistema, o que muitas vezes não querem ou tem preparação para essa relação. (CECÍLIO et al, 2014).

Como podemos perceber, os apontamentos feitos por Cecílio et al (2014) estão também permeados em nossa pesquisa. Agregamos a análise dos autores o aguçamento de tais evidências referentes a “quimera da atenção básica” e a “solidão da rede básica”, em que o modelo proposto de cuidado na ESF no RJ, não contribui com a mudança de paradigma de cuidado fragmentado e descontínuo, o que vai na contramão da proposta oficial e onde esforços são direcionados em busca de tal êxito.

Mattos (2013) reitera a importância de pensar o conceito de integralidade a partir do cotidiano dos serviços, das experiências concretas. Afirma ainda que o SUS pode ser vislumbrado como o campo de experimentação social de valores e aspirações relativos aos diferentes sentidos da integralidade. Nessa esperança, segue-se em busca de compreendermos novos sentidos diante da configuração colocado no atual modelo de gestão da ESF, no município do RJ.

7.2 Eixo Clínica da Família: o lugar da clínica, da rede e do SUS

A função da Clínica da Família na vida das pessoas, seus arranjos, seu modo de operar, as relações com profissionais e usuários/as foram temas presentes nas narrativas. Para tratar desse assunto, dividimo-lo em dois tópicos: “Quando buscar a Clínica da Família?” e “Descrédito na Clínica da Família”.

7.2.1 Quando buscar a Clínica da Família?

É habitual ouvir no dia a dia dos serviços da ESF que os/as usuários/as não sabem distinguir o que seria uma situação de emergência e uma situação que fosse da atenção básica, como se coubesse a eles/as essa avaliação. É comum atribuir aos/às usuários/as o “desconhecimento” sobre quando buscar o hospital de emergência em situações que a CF não teria recursos para dar resolutividade ou não lhe caberia resolvê-las. Estão nesse grupo situações agudas de emergência que necessitam de suporte de equipamentos e pessoas especializadas, tais como: quedas de altura, traumas, infartos etc. Com base nas compreensões que fizemos das narrativas esse “desconhecimento” não se evidencia, ao contrário, parece haver a distinção de quando é necessário buscar cada serviço, de acordo com a situação apresentada e a capacidade de resolutividade ofertada por cada instância. Nessa via, a narrativa de Pérola nos auxilia na compreensão:

No trecho abaixo Pérola maneja o uso que faz da CF de acordo com a demanda/necessidade apresentada em dado momento.

(...) Mas a Carolina (filha de 6 anos) não levo nessa UPA (Barra), levo para a Taquara que cuida muito bem dela. Quando ela está em crise de asma tem que levar de carro. Só se for depois das oito da noite, senão eu vou na clínica, mas é sempre à noite que ela tem as crises. Uma vez ela estava sentindo dor e foi aqui na clínica. (...) Oh, nunca fiz pré-natal na clínica, porque quando eu estava grávida ainda não existia a clínica, foi no posto da Cidade de Deus. Hoje, meus filhos quando precisam de atestado para fazer esporte vão na clínica, tudo faz ali. A minha filha dificilmente fica doente, mas também quando fica eu levo ela lá. Eu acho que ali é muita gente, é todo mundo de uma vez... (Pérola)

Aventurina discorre sobre o quanto a CF foi importante para seu cuidado em uma situação aguda de saúde, mas associa também a um momento de vida mais difícil que teve perdas familiares próximas.

(...) Eu tive dengue hemorrágica. Isso já foi aqui no Rio, depois que meu marido morreu. Eu estava muito fraquinha, fragilizada, e peguei a dengue. Fui fazer o exame lá na Cidade de Deus. Estava com muita febre, nem podia fechar os olhos, dor de cabeça. Estava muito ruim mesmo, toda empipocada, parecia que tinha passado fogo em mim. Com o exame, o médico viu que era dengue mesmo, me deu um remédio, aplicou dois soros e falou para eu procurar a Clínica da Família, para ser acompanhada lá. Então, passei trinta dias internada na clínica. Ia para lá de manhã cedinho e voltava para casa às sete ou oito horas da noite. Passava o dia todo tomando remédio na veia e fazendo exames, para ver se minhas plaquetas normalizavam. Elas estavam baixas. Chegava e já ia direto para cama, nem comia. Era só soro. Às vezes, minhas colegas traziam um caldinho para eu beber. Na clínica, a dra. Ana, uma moça branquinha, e o dr. Rogério foram muito bons comigo. Me trataram muito bem. Achei que iria morrer. Havia perdido minha mãe e meu marido fazia um ano. (Aventurina)

Note-se, portanto, que Aventurina associa a frequência diária na CF com uma “internação”. Nesta, a entrevistada parece ter vivido um cuidado não somente pautado na atenção à doença, pois pondera que o tratamento recebido pelos/as profissionais foi afetuoso, contribuindo para lidar com um momento difícil de sua vida.

Aventurina parece ilustrar bem as propostas de Ayres (2009) destacadas no início dessa dissertação: houve um encontro em que profissionais e usuária mostraram-se disponíveis e puderam ouvir uns aos outros, de tal modo que a dimensão dialógica foi conjugada aos elementos técnicos e tecnológicos, necessários ao tratamento da dengue hemorrágica.

Por outra análise, podemos também concluir que frente às *tecnologias duras* (MERHY, 2014) houve a preponderância das *tecnologias leves* do cuidado. Nessa interrelação, a dimensão cuidadora tornou-se o foco principal da intervenção. Foi prestado o cuidado à Aventurina no âmbito mais integral, sendo considerados seus aspectos físicos, biológicos, sociais e subjetivos.

Nos diferentes exemplos das buscas que as entrevistadas fazem da CF, aparece com recorrência as situações agudas, oriundas de doenças instauradas, contudo existe uma diferenciação na busca da unidade de emergência e da CF: O Hospital Municipal Lourenço Jorge, muito conhecido na região, é mencionado em todas as entrevistas. Trata-se de uma unidade hospitalar, que antes da inauguração da CF era o serviço de saúde mais próximo

geograficamente da região e englobava os níveis de atenção primário, secundário e terciário. Atualmente, só permanece com o serviço de emergência. Desde sua inauguração, em 1996¹³, foi o equipamento em saúde procurado em todas as situações, pelos diferentes níveis de atenção pelos/as usuários/as. Hoje, as pessoas parecem utilizá-lo como um certo “porto seguro”, uma unidade que podem sempre contar. Observemos as narrativas de Angelita, Pérola, Rubi e Jade.

Lá na clínica elas cuidam direitinho, não tenho o que reclamar não. Frequento só a clínica, a não ser quando é alguma coisa mais grave que a gente vai no Lourenço Jorge. (Angelita)

Sempre quando a gente está gripada, tem uma febre, algo assim a gente vai aqui na clínica mesmo. Se for uma emergência, a gente vai na UPA, na Cidade de Deus, no Lourenço Jorge, assim, se for fim de semana, que a clínica não funciona, a gente vai para um hospital maior. (Jade)

É difícil ficar doente, só a sinusite, que de vez em quando ela ataca e eu tive uma infecção intestinal, fiquei três meses com fraqueza no corpo, o médico passou umas vitaminas. Vou à clínica, vou mais lá na clínica mesmo. Só vou ao Lourenço Jorge quando meu filho está com a clavícula fora do lugar, que é mais a noite mesmo, já arrumou de tomar ponto no pé na quadra. Mas eu fui para a UPA da Cidade de Deus porque as UPAS e os hospitais só querem atender depois das oito horas porque acha que é obrigado a atender na clínica e não querem atender. (Pérola)

Lá no Lourenço Jorge, eu recebi um tratamento bom. Quando cheguei já foram cortando minha roupa, me colocaram no soro (...) Minha colega contou que minha pressão subiu de onze não sei para quanto.... Parece que fiquei três ou quatro dias na sala vermelha do hospital. Me deram medicação direito, me trataram bem, mas não me lembro bem de tudo, porque cheguei desacordada. (Rubi)

Retomamos Cecílio et al (2014) para discutir sobre o segundo problema teórico-prático levantado pelos autores, problema este que apresenta aproximações com os trechos das narrativas discutidos neste tópico. Trata-se da tensão entre o “usuário-fabricado” e o “usuário-

¹³ Informação disponível em:

<<http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates/htm/manutencao/view.htm?inford=1665&editionsectionid=163>>. Acessado em 27 de dezembro de 2015.

fabricador”. Tal tensionamento se encontra, de um lado, no modo como os/as usuários/as e sistemas são vistos como objetos de disciplinamento e normalização sobre suas ações de forma a se adequarem à operacionalização do sistema, o que os autores denominam de “usuário-fabricado”. Aqui se entende aquela velha máxima “O usuário precisa ser “educado”, ele não entende o que é urgência e tampouco para onde precisa ir em cada situação”. Desloca-se ao/à usuário/a, com sua desinformação e desobediência das regras, a responsabilidade pelos problemas de funcionamento dos serviços. Nessa análise, identifica-se também a idealização do bom e organizado funcionamento da rede, como se existissem regras claras e bem estabelecidas sobre os problemas a serem resolvidos em cada nível de atenção à saúde. Nesse sentido, existiria um circuito ordenado, de fácil compreensão, cujas formas de utilização deveriam ser entendidas pelos/as usuários/as.

Em nossa análise, evidencia-se que os/as usuários/as têm plena compreensão sobre qual serviço buscar, de acordo com seu acometendo/agravo em saúde. Fazem a busca baseados/as em conhecimento prévio do que cada serviço pode ofertar no momento que precisam da sua necessidade atendida e também na avaliação que têm dos serviços e daquilo que eles oferecem de melhor e pior (mesmo que tais ofertas não se adequem àquilo que lhes é pré-estabelecido pela gestão). Entendemos que essa busca autônoma pode fugir à lógica regulatória prevista no ordenamento da rede.

Diante desse universo de exigência de enquadramento às lógicas regulatórias do sistema, o/a usuário/a encontra mecanismos de “transgressão”, o que figura a cena do “usuário-fabricador”. Trata-se do movimento real das pessoas em busca do cuidado, consultas, exames marcados por conta própria, que foge a lógica de regulação. É o caminho verdadeiro das pessoas em busca da satisfação de suas necessidades.

Não são apenas os níveis de atenção que se sobrepõem nos caminhos que os/as usuários/as traçam para buscar cuidado. Também as esferas públicas e privadas são acionadas de modo bastante misturado. Trata-se de uma realidade já estudada por Aciole (2006) que realizou um importante trabalho mapeando as relações existentes do mix público-privado no cenário brasileiro. O estudo de Conill et al (2008) também sinalizou para o uso do mixto público-privado no percurso terapêutico de usuários/as. Sua investigação analisou a experiência de saúde-doença-cuidados referida por usuários/as do segmento suplementar. Na avaliação do autor, para sanar as lacunas do acesso e da integralidade os/as usuários/as fazem uso do SUS e da rede privada, evidenciando mix público-privado no modelo assistencial e a pluralidade dos sistemas de cuidados.

Nos estudos de Cecílio et al (2014), foram investigados a utilização do “sistema de saúde” de forma singular pelo/a usuário/a, evidenciando a existência de uma regulação denominada leiga (caminho realizado pelo/a usuário/a), frente a regulação formal governamental. Para os autores,

As redes hierarquizadas e crescentes de cuidados concebidas pelos gestores são, na verdade, reinterpretadas e vivenciadas pelos usuários sob a forma de mapas, como pontos de apoio e configurações tempo-espaco diferentes do que é preconizado pela regulação formal e que inclui, na maior parte dos casos, a procura por recursos e serviços públicos e privados. (CECÍLIO et al 2014, pg 162).

Em nossa pesquisa também foi possível o reconhecimento e identificação de usos do mixto público-privado pelos/as usuários/as. O serviço privado apareceu de forma a complementar os serviços da CF. As situações que emergem quando as entrevistadas relataram recorrer ao serviço privado abarcam, principalmente, a preocupação e angústia na espera de determinado exame e/ou procedimento, que seria mais rápido se obtivesse pela rede privada. Mas, houve também situações em que a procura pelo serviço particular deveu-se ao fato do atendimento prestado na CF não satisfazer a necessidade da usuária, como sugere abaixo, Esmeralda usa da rede privada conjugando ao uso da CF:

O meu médico cardiologista não é da Clínica da Família, porque eles não descobriam o que eu tinha. Fui pagando consulta e os exames eu ia fazendo pelo SUS. Eu ia no particular e na clínica, quase todo dia eu estava na clínica. Eu pagava e tinha revisão de quinze em quinze dias, era muito caro os exames, mas eu fiz tudo pela clínica, cateterismo eles marcaram e eu fiz. (Esmeralda)

Pérola também explica sobre a conjugação que faz do uso da rede pública e privada:

Todo mundo aqui de casa trata na clínica, menos a Mariana, porque minha filha paga plano, mas ela toma as vacinas na clínica. O resto é no plano de saúde. (...) Mas é muito difícil levar em outro lugar que não seja a clínica, só vou ao particular se estiver demorando muito na clínica, meu namorado me leva ali para bater chapa, fazer ultrassonografia. Quando eu preciso de algum exame e não tiver me aguentando de dor vou ao particular, mas dificilmente acontece, só se for uma coisa mais urgente, senão eu faço aqui. Demora o resultado aqui, mas eu não estou com muito dinheiro... (...) E, agora, tem o câncer né, minha filha ainda não fez

preventivo não, mas agora ela vem falando que tem muita dor na barriga e ela teve duas hemorragias e o médico passou anticoncepcional para ela tomar também. Foi o médico da clínica quem receitou, eu fiz exame na clínica e também lá(...)

Jade já demonstra uma outra insatisfação que a fez recorrer ao serviço privado:

Na verdade o primeiro lugar que eu fui foi no particular, porque eu estava tendo dificuldades de conseguir um ginecologista rápido, era quatro meses, então, não dava para esperar. Então, eu paguei um particular e através dessa doutora ela me indicou para ir no INCA e dali pra cá o tratamento é só no INCA. Agora, como é só acompanhamento, não tem mais necessidade de ir no particular, faço só uma ultra. (Jade)

Como podemos ver, para Jade a busca pelo exame da rede privada deveu-se a disjunção entre tempo da sua necessidade e o tempo resposta ofertado pelo SUS. Já Pérola, ao indicar a coexistência do cuidado no sistema público e no particular, considera o primeiro eficaz, não havendo uma desvalorização a partir da comparação com o particular.

Novamente nos valem das considerações de Cecílio et al (2014). Referente ao terceiro problema, os autores discorrem sobre a disjunção entre o tempo do/a usuário/a, tempo do/a gestor/a e o tempo da equipe de saúde quando se trata do acesso e consumo dos serviços de saúde. Existe um descompasso entre a vivência do tempo do/a usuário/a, a partir de sua experiência da doença, e a busca de racionalização do uso do tempo pelos/as gestores/as. O/a usuário/a busca acesso de forma rápida e qualificada ao que ele sente que necessita, a equipe também tem a reivindicação de mais agilidade para o que necessita na prestação do cuidado, e o/a gestor/a busca a adequação entre a oferta e a demanda pela racionalização de processos e fluxos. Essas formas de conceber o cuidado em saúde:

São lógicas que parecem competir entre si, produzindo ruídos permanentes na operacionalização do sistema de saúde. O usuário é visto como imediatista pela equipe e pelos gestores, pois parece querer ter acesso garantido com a urgência que suas necessidades vividas lhe ditam, fazendo tudo para contornar as barreiras ou bloqueios de acesso. (CECÍLIO et al, pg. 62, 2014).

Os autores sinalizam ainda que essas lógicas compartilham de uma característica comum, a referência aos preceitos da medicina tecnológica, requisitada pelos/as usuários/as na busca por mais e mais consultas, exames. Os/As médicos/as, ao definirem urgências e emergências e ao operarem com o conceito de risco, se balizam também pela medicina

tecnológica. Por outro lado, os/as gestores/as entendem que os/as médicos/as fazem encaminhamentos desnecessários, pois se rendem aos pedidos de exames e encaminhamentos a especialistas feitos pelos/as usuários/as (CECÍLIO et al, 2014).

Assim, portanto, a existência de sistemas regulatórios formais estabelecidos pelas instâncias governamentais, tendo em vista a regionalização de serviços e racionalização de custos, os caminhos percorridos pelos/as usuários/as na busca de cuidados em saúde, ora segue um fluxo regulatório determinado, ora é criado de forma autônoma visando atender a sua necessidade. São instituídos percursos singulares, desvelando um protagonismo no manejo do cuidado. Diferentes estudos apontam para o uso diversificado dos serviços públicos-privados (ACIOLE 2006; CONILL et al 2008; CECÍLIO et al 2014).

Por outro lado, Rubi deixa transparecer a ideia de que o serviço privado é mais qualificado e eficaz, o que indica sua falta de confiança na CF e valorização do sistema particular:

A dentista da Clínica escavou tanto meu dente, que me deixou morrendo de dor. Precisei pagar dentista particular para tirar o dente. As pessoas têm que saber lidar com os pacientes, senão eles morrem! Eu tive até hemorragia. Cheguei a desmaiar... Meu marido achou que eu havia morrido... minhas filhas ficaram apavoradas. Precisei ficar internada no Lourenço Jorge. (Rubi)

Na minha família, todos têm problemas de saúde. Meu pai se trata na Clínica da Família. Trata da saúde dele! Toma remédio, mas é maluco, porque também toma cachaça, cerveja... A pressão do meu marido às vezes é alta. Minha filha mais nova está com o maxilar solto, mas o pai dela pagará um médico particular. Ela sente dor de ouvido, falta de ar... Aqui na clínica não constou nada, mas quando ela foi no médico particular, disseram que estava com suspeita de bronquite. As primas dela têm bronquite... (Rubi)

Podemos observar, portanto, que por mais que exista certa valorização histórica e cultural que leva à crença de que o setor privado dispõe de um serviço de melhor qualidade, encontramos distintas percepções dessa consideração. As entrevistadas que conjugam os serviços públicos e privados expressam um uso complementar devido a dificuldade de acesso aos serviços especializados, ao tempo de espera para alguns exames e procedimentos, a confirmação de determinados resultados.

De todo modo, Jade e Rosa evidenciaram uma expectativa de melhoria em relação aos serviços do SUS.

Torço para ir melhorando o SUS através de pesquisas que as coisas mudem para o nosso futuro, que tem os filhos, netos. Vamos torcer que mude. (Jade)

Como estava lhe dizendo, eu estou acostumada a dar entrevistas. Tenho uma filha com deficiência intelectual e corro com ela por vários hospitais que também fazem pesquisas. Participo delas sem problema, na esperança de que cheguem a ajudar a saúde pública. (Rosa)

7.2.2 Descrédito na Clínica da Família

A insatisfação frente aos serviços da CF foi um ponto que apareceu nas narrativas, embora não tenha predominado sobre as outras temáticas. Os trechos das narrativas de Rubi e Aventurina demonstram os motivos que as deixam insatisfeitas.

Marília, minha filha de 16 anos, tem um filho de cinco meses, que está doente. Desde quando ele nasceu, não vejo recurso nenhum dessa Clínica da Família. Está com infecção de ouvido, mas, quando vamos lá, o pessoal nos trata como bichos, como ignorantes. Às vezes, as médicas examinam e passam um remédio, mas quando vamos no Lourenço Jorge, o médico fala que está errado, que não é aquele remédio que deveria ser dado. Inclusive, minha neta precisou ficar internada, de um dia para o outro, porque passaram um antibiótico errado na Clínica. (...) A dentista da Clínica escavou tanto meu dente, que me deixou morrendo de dor. Precisei pagar dentista particular para tirar o dente. As pessoas têm que saber lidar com os pacientes, se não eles morrem! Eu tive até hemorragia. Cheguei a desmaiar... Meu marido achou que eu havia morrido... minhas filhas ficaram apavoradas. Precisei ficar internada no Lourenço Jorge. Aqui na Clínica ninguém atende bem. É por isso que quando preciso de alguma coisa, prefiro ir diretamente no Lourenço Jorge. (Rubi)

A fala de Rubi expressa duas importantes questões: a forma como é tratada que considera desumana, bem como uma super valorização do hospital, uma instituição que frequenta há décadas, com cujos profissionais já estabeleceu um vínculo. Devemos considerar,

ainda, que a busca direta pelo hospital também se relaciona com a facilidade de realização de exames.

Aventurina também pondera o motivo que empreende descrédito na CF:

Minha vista ficou ruim, comecei a usar óculos há uns seis anos. Nesta semana, uma menina passou uma tinta no meu cabelo e meu deu uma irritação muito grande. Fui até parar na UPA ontem. O médico deu uma injeção, passou um colírio e disse que eu fizesse compressa de gelo. Em 24 horas, já melhorei, graças a Deus. Meus olhos estavam latejando muito, era um risco tão grande que eu pensava que poderia ter um acidente vascular, se minha pressão subisse. A sorte é que minha cabeça não doía, mas poderia perder minha visão, estava vendo apenas uma névoa. Fui na UPA, porque nessa clínica não se resolve nada. Sou bem atendida em todos os cantos, porque as pessoas veem que mereço. (Aventurina)

Aventurina expressa o serviço de urgência como o lugar da efetividade. Dialogando com os achados no levantamento bibliográfico, referentes às pesquisas de avaliação de usuários/as dos serviços ESF, o estudo de Schwartz et al (2010), na perspectiva do acesso, expõe que o entendimento que as pessoas faziam sobre acesso referia-se às respostas às demandas de consultas médicas, exames, consulta de enfermagem, imunização, dentre outras. Porém, no contexto das nossas entrevistadas, identificamos que as dificuldades de resolutividade se estendiam para além das respostas às demandas de consultas, exames. Em ambas situações, descritas por Aventurina e Rubi, houve a comparação quanto aos serviços de urgências, o que está implícito a capacidade de resolução no tempo que a usuária entende que seja o mais adequado à necessidade dela. Portanto, o descrédito relaciona-se mais com a capacidade de resolutividade da CF e menos na possibilidade de acessar a consulta.

Vale lembrar, ainda, que Moimaz et al (2010) apontaram que dentre os diferentes aspectos de insatisfação dos/as usuários/as em relação ao atendimento recebido na atenção primária, como organização dos serviços e da demanda, infraestrutura deficiente e falta de recursos humanos, também está a humanização no atendimento. Como vimos acima, questões relacionadas com a humanização também emergiram na fala de Rubi.

Nos estudos de Cecílio et al (2012), a rede básica apareceu representada pelos/as usuários/as, como um lugar das coisas simples, um local de pouca resolutividade, fazendo com que os/as usuários/as busquem seus próprios caminhos para tentar solucionar suas problemáticas, para tal combinam a busca do especialista com as consultas do generalista. Já

em nossa análise podemos perceber que além da combinação com as especialidades, também buscam os serviços de urgência da região.

Nesse sentido, nossos achados corroboram com a posição de Cecílio et al (2012) quando diz que é a partir de suas idas e vindas aos serviços de saúde, que os/as usuários/as vão construindo novos agenciamentos para conseguir o acesso à rede de serviços, fazendo usos distintos de acordo com necessidades específicas e as ofertas reais feitas por ela.

7.3 Eixo Cuidado em Saúde

Durante a análise do material empírico nos deparamos com um volume grandioso de conteúdo, o que exigiu um esforço cuidadoso de eleição das temáticas que emergiram da fala das entrevistadas, visando um maior aprofundamento e discussão. Apresentaremos os conteúdos relacionados ao eixo cuidado em tópicos e subtópicos: “É preciso que me vejam!”, que versa sobre a medicina diagnóstica e os desafios do processo de medicalização na sociedade contemporânea. Logo após tratar dessa questão procuramos compreender de onde vem a preocupação das entrevistadas em cuidar da saúde, percorrendo experiências singulares de cuidados empreendidos por cada uma delas e organizando-as sob o segundo tópico: “Horizontes do cuidado” em que também partilhamos outra face da dimensão cuidadora: os contextos que se colocam além das instâncias formais de cuidados. Trata-se da ampliação dos cuidados, que passam a ser exercidos pela família, amigos, contextos de sociabilidade. No tópico seguinte “Cuidando do meu jeito”, veremos as brechas para uma potência criativa e mais autônoma do cuidado em saúde.

7.3.1 “É preciso que me vejam!” - A busca por exames diagnósticos e medicamentos

Considerando o avanço das tecnologias diagnósticas aliado ao ideário de consumo dessas tecnologias, encontramos nos relatos das usuárias a valorização da busca por exames diagnósticos, creditando a essas intervenções uma confiança significativa, muito bem ilustrada pelo ditado “é preciso ver pra crer!”

Acompanhemos o relato de Rubi, referente à forma como pensa ser possível avaliar a condição de saúde:

Não adianta eu falar para você que estou com saúde, porque quando viro as costas, alguma dor pode começar. É uma coisa imprevisível. Saudável a gente só está quando o médico nos avalia sempre. Não posso falar que estou com saúde, porque não vou ao médico todos os dias, não vou à clínica para ele me ver... Posso até te falar que estou cheia de saúde, mas, e se vou ao médico e ele me diz que estou cheia de problemas? Você vai me questionar... minha cara vai para o chão! (...). Eu não fico me cuidando o tempo todo. Só vou no médico quando estou passando mal. Mas, acho que é importante cuidar da saúde, bater um eletro(...) (Rubi)

O relato de Rubi nos indica que só uma avaliação médica pode legitimar se, de fato, “está bem de saúde”, não valorizando as suas próprias sensações. Isso se relaciona com a preponderância da medicina diagnóstica e as intervenções sobre o corpo, próprias da organização da saúde no mundo contemporâneo. Trata-se de uma fala muito ilustrativa no que tange aos desafios que vivemos hoje no campo do cuidado.

Cristal também empreende considerações importantes sobre sua percepção quanto aos cuidados em saúde:

O que me faz bem é, assim, a caminhada e a ginástica. Acho que se cuidar é fazer os exames para saber o que tem, ser acompanhada, tomar os remédios, depois eu mostrar o exame e saber o que está acontecendo, para depois passar para fazer outro. Eu acho que o acompanhamento do médico é passando o que você tem e fica sabendo, muitas vezes, a pessoa que cai doente nem sabia o que tinha, se não correr atrás e fazer exame para saber o que tem, depois de morto não adianta saber.

Para Cristal, o cuidado médico é mais associado ao diagnóstico (saber o que se tem) do que ao tratamento em si! Do nosso ponto de vista, esse tipo de representação formada por Cristal pode ser consequência da tendência, hoje observada nos médicos, de centrar sua prática na requisição de exames e em condutas que se orientam mais pelos resultados destes do que pela capacidade clínica do profissional. Se o que o médico mais faz é pedir exames, é natural que essa representação acabe se formando.

Trata-se de quadro de representação do cuidado médico bastante problemático, sobretudo quando lembramos que Ayres (2009) nos atenta para o fato de que nem tudo que é importante para o bem-estar pode ser traduzido e operado como conhecimento técnico. Os profissionais de saúde se utilizam de saberes produzidos pelo conhecimento científico, que são transformados em tecnologia para a intervenção na produção de saúde. No entanto, Ayres considera que a assistência à saúde, o contato, a presença com a outra pessoa não se resume e limita à função de aplicador de conhecimentos técnicos. Existe sim o respaldo técnico-científico, mas esse arsenal de saberes pode ser conjugado com outros aspectos não tecnológicos. “Não podemos limitar a arte de assistir apenas a criação e manipulação de “objetos” (AYRES, 2009, pg. 61).

Consideramos, contudo, necessário fazer uma ponderação através de Onocko Campos (2005) que nos adverte quanto à importância de não se descartar a clínica e sua qualidade técnica na produção em saúde. De acordo com a leitura da autora, deve-se considerar que a definição de quais meios técnicos um dado trabalhador possui, ou não, na sua prática, será essencial tanto no que se refere à eficácia dessas práticas, quanto no que diz respeito ao grau de resistência e tolerância do sujeito em questão para enfrentar um cotidiano de trabalho que impõe contato permanente com a dor e o sofrimento. Trazemos as considerações de Onocko Campos para contextualizar nossa análise, indicando que não se trata de uma leitura dicotômica conhecimento técnico versus dimensão relacional do cuidado. Nas palavras da autora:

Deter o domínio de uma ou várias técnicas não é bom ou ruim em si. (...) dependendo do seu funcionamento, do tipo de processos de subjetivação que um dado equipamento favorece ou não, a técnica poderá se constituir em alavanca de novos processos criativos, abertos à diversidade, acolhedores da diferença; ou funcionar como receita prescritiva, guarda-chuva defensivo contra aquilo que no outro nos ameaça. Mas isso não é uma qualidade da técnica, dependerá do contexto de experimentação da técnica em questão (ONOCKO CAMPOS, pg. 578, 2005).

Nos contextos dos serviços da ESF do RJ, a lógica gerencialista de manejo da clínica e do cuidado se configura como fator que dificulta o exercício de uma clínica acolhedora,

dialógica, em que a dimensão relacional esteja em evidência no encontro assistencial. O imenso volume de atendimentos e procedimentos, a quantidade de serviços a “dar conta” em curto espaço de tempo, são fatores que dificultam experiência de novos processos criativos. Assim, alguns imperativos técnicos se colocam mais como barreiras ao encontro entre profissional e usuário do que como fontes de qualificação do manejo do primeiro.

Essas reflexões ajudam-nos a compreender a tendência, bastante explícita na narrativa de Cristal e Rubi, de delegar às máquinas a capacidade de saber o que se passa com elas mesmas. Acreditamos que o tipo de oferta feita pelos serviços e profissionais acaba por conformar o tipo e a forma da demanda que os/as usuários/as lhes dirigem. Num contexto tecnicista, em que as relações são pautadas pelos procedimentos tecnológicos, é compreensível que as expectativas por cuidado sejam projetadas nas técnicas diagnósticas, sempre controladas pelo saber médico.

Nessa mesma via de análise, buscamos também a compreensão da associação entre medicamentos farmacológicos e cuidado. As narrativas expressam isso de forma bem enfática, ora apontando a confiança creditada aos remédios, ora indicando que as pessoas fazem um uso bastante autônomo deles, desconsiderando orientações dos profissionais.

Observemos como Ágata aborda o uso de seus remédios:

Sei que ficar sem os remédios é outra coisa que me faz mal. Não posso parar de tomá-los, porque quando vem um probleminha, preciso estar controlada. Às vezes, eu penso em sumir um pouco... Fico pensando em pegar um ônibus e ir para um lugar em que pudesse ficar quieta, em que ninguém me conhecesse, ninguém me incomodasse... (Ágata)

Para Ágata ficar sem os remédios a deixa mal, ter a medicação em mãos é um porto seguro, pois sempre precisa “estar controlada”.

Nessa mesma via, Coralina e Cristal também discorrem:

Eu me cuido aqui na Clínica da Família. Quando sinto que estou me tremendo, a médica já explicou, é falta de comer alguma coisa. Aí eu posso comer um doce, um biscoito, alguma coisa. Aí eu tomo remédio e aquele alívio...aí passa. Sou diabética, tenho que comer de 3 em 3 horas, só que tem dias que esqueço e não vou procurar algo para comer, então, me tremo

todinha, tenho que correr e comer uma fruta, um biscoito, senão nem consigo trabalhar...
(Coralina)

Tomo remédio da pressão direto, se deixar de tomar um dia, fico tonta, sabe... (Cristal)

Esses trechos das narrativas nos remetem à reflexão sobre a medicalização. Em oito entrevistas foi referido que o uso de medicamentos, associado aos exames diagnósticos, são a garantia da efetividade do acompanhamento em saúde. Sobre esse aspecto, recorreremos à discussão acerca da medicalização da vida, um assunto que tangencia a temática do cuidado.

O tema da medicalização é debatido em distintas áreas, e por concepções teóricas também diferentes. Nos basearemos nas contribuições do sociólogo Peter Conrad (2007)¹⁴ que entende a medicalização como a compreensão e o tratamento de acometimentos humanos a partir de uma leitura e uma lógica médica. Apoiado nesse autor, Camargo Jr. (2010) ressalta que a medicalização é um processo complexo e multifacetado, cujos efeitos podem ser positivos ou negativos. Atualmente, tem sido impulsionado pelo contexto mercadológico, ligado à expansão médico-farmacológica e à crescente criação de categorias nosológicas.

Um primeiro aspecto analisado por Camargo Jr. (2010) é o determinismo nas concepções médicas sobre o adoecimento, reduzindo os processos complexos da vida apenas à dimensão biológica. Essa perspectiva biologizante permite a construção de modelos reducionistas dos processos vitais. Outra dimensão considerada pelo autor é a polaridade normal-patológico, uma forma binária de classificação ainda muito presente na atuação médica. E, ainda uma terceira face da medicalização está relacionada a interesses econômicos descompromissados com os propósitos éticos associados à lógica da saúde, o que torna o campo da saúde um valoroso espaço de atuação de indústrias farmacêuticas. Nessa via de análise, o consumo de medicamentos relaciona-se ao consumo de qualquer outro item de atividade humana, como alimentação, esporte, produtos (CAMARGO 2010).

Reconhecemos a positividade da evolução científica em torno das inúmeras descobertas que auxiliam tratamentos e manejos assistenciais, sejam exames de imagem, medicamentos, etc. No entanto, destacamos os efeitos iatrogênicos que também advém da medicalização. Tais efeitos se apresentam quando a experiência de adoecimento e/ou sofrimento do sujeito é vista apenas por uma análise biomédica, não permitindo espaço para a compreensão conjunta dos fatores sociais, culturais, intersubjetivos e psíquicos que se coadunam. Os efeitos dessa

¹⁴ CONRAD, P. The medicalization of society. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007

predominância da dimensão biomédica na avaliação e nas condutas em saúde impregna-se a todo momento não só no cotidiano dos serviços de saúde, como também nos meios de comunicação, nas diversas redes sociais, como nos lembra Camargo Jr. (2010).

A maior parte das narrativas expressam o discurso da medicalização, um discurso que se torna predominante e faz com que acreditemos numa verdade absoluta, passando a hipervalorizar os remédios industrializados e a tecnologia médica frente a outros aspectos que envolvem o cuidado em saúde, principalmente as próprias experiências que temos conosco.

Cristal expressa essa questão em sua fala:

(...) Eu tinha vontade de fazer um exame completo, um check up, mas a doutora não dá. Eu faço aquele exame que cola umas coisinhas aqui (aponta para a região dos seios), faço esse exame e não dá nada, mas eu sinto alguma coisa. Também tenho que fazer um exame da coluna, porque teve um dia que eu tive uma queda, parece que está apertando meu coração. Tem hora que eu fico ansiosa, sufocada, parece que está me apertando por dentro. Mas a doutora não passa, não sei o que fazer, o jeito é procurar outro hospital para ver essas coisas. Eu queria um exame do corpo todo, porque eu sinto muita coisa. (...) Eu tenho direito de saber, todo mundo tem o direito de saber o que tem por dentro, se eu tenho alguma coisa no pulmão, no rim, como é que eu vou saber, por isso que eu queria... (Cristal)

Cristal queixa-se de dores e desconfortos no corpo que não são explicados por exames diagnósticos e consultas que já realizou. Ainda assim, sente que precisa de maior cuidado em relação ao “seu corpo todo”. Algumas leituras podemos fazer desse pedido de Cristal. Seria um pedido de um olhar integral, menos cindido em partes do corpo, já que sua dor não tem localização específica? Seria a busca de sentidos para as dores da vida, sentidas no corpo? A preocupação expressa refere-se ao fato de não ter sido avaliada por um “exame completo”?

Por outro lado, é importante destacar que o consumo das tecnologias de saúde também pode ser apreciado por outra vertente: o acesso à condição de cidadania. Vejamos outro trecho da narrativa de Rubi. Ao mesmo tempo que delega ao médico todo saber sobre seu corpo, ela também faz uma reivindicação:

(...) Às vezes, sinto muita dor no pé da minha barriga. Peço para me fazerem uma ultrassonografia, mas não fazem não, apenas passam um remedinho. Somos nós que pagamos esses exames, porque pagamos INPS e essas coisas! (...). Pode ser que o problema não seja

nem a clínica, mas os funcionários, que acham que a gente é bicho. Pensam que nunca ficarão doentes (...) (Rubi).

Rubi explicita que exigir exames consiste numa reivindicação de direitos de uma cidadã pagadora de impostos. Sem esse direito, sente-se tratada como um *bicho*.

A respeito dessa questão, retomamos Pinheiro (2010) que destaca a centralidade do/a usuário/a na produção em saúde em contextos de efetivação de direitos. A tese da autora sustenta-se por três ideias: a primeira se relaciona aos sentidos diversos do termo cuidado na saúde, atribuídos pelos agentes do campo nas práticas diárias e instituições. A segunda ideia supõe o cuidado como valor e a importância de se considerar o *ethos* humano e as implicações do conhecimento na saúde. Por fim, a autora destaca a necessidade de refletir sobre o significado do *ethos* e da valoração atribuída aos modos de dar sentido ao mundo, enfatizando que o cuidado como valor exige o reconhecimento do *ethos* de quem cuida e é cuidado.

A nosso ver, o trecho da fala de Rubi converge com a tese de Pinheiro (2010): Ao interrogar onde estaria o problema, em nossa leitura, Rubi pergunta quanto ao sentido de cuidado expresso pela clínica e pelos/as funcionários/as. Em seguida, ela manifesta outra indignação que pode ser associada à questão do *ethos* humano, pois sua reivindicação é pelo reconhecimento da sua condição de ser humano, de sujeito que sofre, que precisa de cuidados. Ao fazê-lo, ela ainda nos lembra que a doença é uma experiência inerente à existência do ser – à condição de qualquer ser humano. Essa segunda indignação de Rubi se funde à terceira ideia de Pinheiro. Rubi convoca os/as profissionais ao patamar de igualdade da condição humana, lembrando que deter o poder sobre o conhecimento ou a tecnologia não os/as deixa livres de acometimentos de sofrimento e dor.

Atendimentos são encontros de sujeitos com infinitas possibilidades de desenhos, de afetações e significados. Como já ponderado no capítulo cinco, o fato de as pesquisadoras sermos psicólogas se configurou como um viés importante na pesquisa, que deve ser mencionado. No entanto, também pudemos perceber o quanto as pessoas sentiam-se confortáveis, pelo fato de poderem “conversar com uma psicóloga”. Não que fosse um atendimento clínico, mas a figura da “psicóloga” reverberava como disponibilidade para ouvir. Diante disso, as entrevistadas aproveitavam a situação para falar de si e mostravam o quanto precisavam de oportunidades de diálogo/escuta e o quanto valorizavam isso. Vejamos como esse pedido reverbera nas narrativas:

*Eu tenho um desgosto... Saí de lá do Norte muito cedo. Vim para cá quando meu filho fez dois meses. Em março do ano que vem, completam 29 anos que estou aqui. Durante esse tempo, fui lá para o Norte mais por causa das doenças dos meus pais. Mas, visitar não queria, porque tinha muito desgosto de lembrar que o pai do meu filho queria até registrar o menino. Minha mãe não deixou, não deixou ele fazer parte do menino. A ex-mulher dele, que já estava velha, botou minha mãe nessa situação: contra ele e contra mim. Eu poderia ter ido para São Paulo, com o pai do meu filho, mas ela não deixou. Ah... enquanto estou contando isso, vou tomar meus remédios. Estou tão cheia de dor, toda travada... Mesmo assim, o INSS me negou auxílio doença... Essa semana estou meio ruim da cabeça, por causa de uns problemas que me aconteceram. **Preciso mesmo me desabafar com uma psicóloga.** Tive uma na clínica, mas ela saiu. (Aventurina)*

A necessidade das entrevistadas de serem escutadas foi bem significativa, fato que também se mistura com a solicitação da especialidade da psicologia. Por mais que existissem situações específicas complexas, que talvez necessitassem de suporte profissional da psicologia, não nos pareceu ser esse o pedido predominante e sim, o de escuta e acolhimento a problemas ou a dificuldades inerentes à vida.

Esse problema é tratado por Luz (2013) quando a autora sustenta a hipótese de que a “saúde” (enquanto setor social marcado pelo universo do cuidado e das práticas terapêuticas) tem se ocupado de funções culturais relacionadas ao registro simbólico da vida e da morte dos coletivos. Essa prerrogativa se sustenta como fruto da sociedade contemporânea capitalista, em que a possibilidade de simbolizar é prejudicada pela imposição da ordem racionalizada. Diante desse apontamento de Luz (2013), a demanda pela “saúde” seria também a busca pela dimensão simbólica, enfraquecida pela racionalidade econômica capitalista. Para a autora a saúde está

(...) legitimando situações de cuidado que eram antes assumidas por instituições ou intâncias específicas, como a família, ou a escola ou organizações sociais específicas, e outros casos: a situação de isolamento e abandono de pessoas idosas ou mulheres sós, ou adolescentes revoltados e incompreendidos etc (LUZ, 2013, pg. 21).

Parece-nos que essa última observação de Luz (2013) tangencia o modo como vêm sendo desenvolvidas as práticas de cuidado na ESF. Como sujeitos pertencentes a essa sociedade contemporânea, de fato, é um constante desafio para os profissionais sustentar práticas cotidianas destoantes de uma sociedade de consumo. Diretamente relacionado ao consumismo está a interpretação de que é preciso dispor de especialistas para sanar todas as dificuldades da vida:

*Tem uma colega que fala assim para mim “Esmeralda acho melhor você arranjar um serviço aí na clínica, porque você só vive aí na clínica”. Mas eu falei que eu estou muito ansiosa. O médico falou que a ansiedade é porque eu sempre trabalhei e agora não trabalho mais fora. (...) Para mim, meu filho precisa de um psicólogo, mas a dr^a Márcia fala que aqui não tem psicólogo, tem que ir para Cidade de Deus, mas é difícil ir. A dificuldade é sair com ele. (...) Adoro a dr^a Julia, ela é médica mas acaba sendo uma psicóloga para a gente. Precisamos de psicóloga eu e meu filho. (...) A médica aqui só me dava atestado, mas já tinha mais de quinze dias eu não podia levar mais atestado, tem muita gente que não está preparada para orientar esse tipo de coisa sabe. No dr^o Rafael quando eu fui ele me deu laudo, pediu para ligar 135 e marcar. **Eu acho que precisa de assistente social para orientar a gente para isso, muita coisa a gente não sabe.** Eu podia ter entrado com meu em auxílio doença, mas o médico lá nunca me falou, se aqui na época que eu fui tivesse me orientado eu não teria passado por tanta dificuldade. (Esmeralda)*

O pedido por uma assistente social e também pela especificidade do profissional de psicologia podem ser lidos como necessidade de apoio para as questões afetivas e tantas outras que, segundo as entrevistadas, os/as profissionais da ESF não têm conseguido atender. Mas, também podemos realizar um contraponto a essa questão: A ênfase na psicologia pode ser vista como uma outra face da medicalização, sugerindo a interpretação dos problemas a partir apenas de uma lente: a psicológica. O excesso de medicação ou a medicalização podem gerar a necessidade de suporte para o contato íntimo com questões da vida, do corpo, da saúde, que não passam apenas pelos aspectos bioquímicos.

Tal como vimos nos capítulos iniciais desta dissertação, a respeito da condição humana, Canguilhem (2005) esclarece que as doenças, para além de disfunções orgânicas ou limitações físicas, são, propriamente, dramas nas histórias dos sujeitos. Estas se colocam ao homem não por castigo ou destino, mas, simplesmente, porque existem no mundo e se impõem a qualquer ser que faz julgamentos de valor sobre si e a vida. Portanto, a saúde é a “unidade espontânea das condições de exercício da vida. (...) Esse exercício (...) funda (...) e contém (...) o risco do insucesso, risco do qual nenhum *status* de vida socialmente normalizada pode preservar o indivíduo.” (p. 62).

Para defender a impossibilidade de proteção completa contra os riscos que a vida impõe à saúde, Canguilhem (2005) argumenta ainda que, tomada como expressão do corpo produzido, a saúde carrega consigo certa segurança diante do risco e, ao mesmo tempo, a sensação de que

pode ultrapassar as capacidades do corpo, levando-o a desempenhos por ele não anunciados inicialmente. Nesse sentido, Coelho e Almeida Filho (1999) destacam que, para Canguilhem, saúde implica poder desobedecer, produzir ou acompanhar uma transformação, adoecer e sair do estado patológico. Assim, doente é aquele que possui restrição na sua capacidade de produzir novas normas, normas estas que não estão a serviço da adaptação do sujeito à vida, mas da própria recriação das condições vividas.

Considerando saúde sob esse prisma do filósofo, Canguilhem (2005) instigou-nos compreender como havia sido o despertar das pessoas para o interesse em cuidar de sua saúde, em que momento de vida, quais eram as vivências que existiam na busca e manejo desse cuidado. Trata-se da questão que percorreremos a seguir.

7.3.2 Horizontes do cuidado - O cuidado recebido, ofertado, partilhado e criado

Apostando na experiência do cuidado como própria ao viver humano, sob dimensões multifacetadas, tentamos apreendê-la a partir das entrevistadas, destacando aspectos que emergiram de forma espontânea. Começamos por comentar situações em que a preocupação com a saúde fora despertada pela necessidade de prestar cuidado a algum familiar, pelas experiências de percepção de algum sinal ou sintoma de doença se instalando e pela preocupação com fatores hereditários e histórico familiar com as doenças crônicas.

Safira relata sua preocupação ao cuidar do filho:

Acho que eu comecei a me preocupar com a saúde quando a gente descobriu o autismo do Marcos, até então, só ia procurar médico se tivesse precisando. Hoje, devido à descoberta do autismo dele, eu também tenho que estar sempre no médico. (Safira)

Esmeralda exprime sua experiência de reconhecimento da necessidade de cuidar da saúde também a partir de problemas dos seus familiares:

Eu comecei pensar na minha saúde quando eu comecei a desmaiar no trabalho, eu tinha 35 anos quando tive a primeira crise de hipertensão. Dormi com dor de cabeça e acordei com dor e fui trabalhar, só que quando eu cheguei no trabalho, fiquei com mal estar, mas continuei trabalhando, isso vai fazer 16 anos. (...) Eu tenho medo porque na minha família várias pessoas morreram de hipertensão, eu tenho muito medo. Meu pai, o médico falou que ele morreu de

pneumonia. Mas eu tenho medo por causa da família da minha mãe, minha avó morreu nova, meu avô morreu novo, meus tios morreram novos. (...) Eu trato da minha mãe, trato do Felipe. Minha mãe fez uma operação de desverticulite tem cinco anos, ela ficou doze dias no CTI e tem eu e meu irmão de filho, mas só quem podia ficar no CTI era eu. Um dia era Felipe que tinha convulsão, outro dia era minha mãe que passava mal. Eu vivia mais em hospital do que em casa. (Esmeralda)

Esmeralda relata que foi a partir de uma situação de “passar mal” no trabalho que iniciou seu cuidado com a própria saúde. Mas agregado a essa afirmação, percebemos sua intensa experiência de prestação de cuidados ao filho e à mãe, uma rotina que exprime cansaço, dedicação. Aqui existe a experiência da doença de familiares e dela própria.

Rosa apresenta-se como cuidadora de várias pessoas, o que lhe dá a sensação de ter uma vida muito corrida. Mas, a preocupação com sua própria saúde surgira apenas quando ficou doente.

Além da minha filha, cuido da minha irmã que é doente mental e da minha sogra, cega e quase surda. É uma vida muito corrida. Eu tenho três pessoas que dependem de mim e minha irmã, que é cabelereira, ainda quer me alugar para falar dos problemas dela? Não dá! Isso acontece também com uma amiga, que foi assaltada e ficou com depressão. Eu dou muito apoio para ela, mas ainda assim, ela cobra demais. Então, eu falo para ela: você é sozinha! Eu, quando era sozinha, tinha dois empregos, estudava inglês, tirei minha carteira de motorista. Eu nem parava para pensar no porquê eu era sozinha e as pessoas não me visitavam. Eu ocupava meu tempo, como faço até hoje. Nessa época em que eu trabalhava, estava bem, me sentia super disposta. Só passei a me preocupar com a saúde quando tive uma estafa mental. (Rosa)

Na narrativa de Rubi já percebemos outra nuance do despertar ao cuidado em saúde.

Antes de ter filhos, eu não me cuidava, porque não sentia essas coisas. Você sabe, não é: a gente que é ser humano não tem nada. É depois que vamos ao médico que as coisas começam a aparecer. Você vai por causa de uma dorzinha e o médico diz que está com isso, com aquilo, que tem que se cuidar... Então, é melhor nem ir... (Rubi)

Para Rubi, ir ao médico é desvendar problemas que estavam silenciados. Será que a relação com o corpo ia bem até que intervenções médicas apontassem problemas cujos sinais ela não identificara? Ou, será que o cuidado com a saúde só é necessário quando o médico sentencia um diagnóstico de doença? Não *sentir essas coisas* que se codificam na linguagem médica não poderia ser um sinal de que Rubi se cuidava, mas sem o aparato medicotecnológico? Novamente, destaca-se a forte associação entre saúde e prevenção de doenças ou enfrentamento de sintomas, ambos os processos dependentes da tecnologia médica. Contudo, seja administrando medicações a outrem, sendo acompanhado à Clínica da Família ou experimentando outras trocas de cuidado, as entrevistadas nos mostraram que este sempre se amplifica em várias esferas da vida - família, amigos, redes sociais.

Diante desse quadro, acreditamos que embora parta de tradições teóricas distintas da que viemos desenvolvendo, o referencial da socioantropologia também pode nos ajudar a compreender algumas das dimensões do cuidado, identificadas nas narrativas das entrevistadas. Para essa perspectiva teórica, a doença, mais do que um evento biológico, é concebida como um processo que envolve elementos culturais e sociais, imerso em significados próprios. De acordo com Kleinman (1980), o que se elabora sobre o processo saúde doença, as crenças, as teorias, as formas de se organizar os serviços, as práticas terapêuticas, as relações estabelecidas entre os doentes, profissionais e pessoas assistidas, os papéis sociais vividos são concebidos em cada sociedade através de um sistema cultural. Para o autor, os elementos anteriores compõem o sistema de saúde, que estaria dividido em três subsistemas que se interrelacionam: *popular sector* - o sistema informal - composto pela família, pelos grupos de apoio e amigos. O outro subsistema seria o *folk sector* – as pessoas com conhecimento popular e tradicional, religiosos, curandeiros, rezadeiras. E por último estaria o subsistema *professional sector*, composto pelos profissionais e especialistas. De acordo com essa análise, o autor considera que as famílias buscam cuidado nessas três subdimensões, percorrendo um caminho singular, mapeando um percurso misto. Sem traçar um sentido linear de buscas, cada qual constrói sua trilha. Kleinman pondera que tais caminhadas produzidas pelos/as pacientes na busca de sanar seus problemas de saúde são pouco consideradas pelas formações profissionais, estendendo-se a gestores, pesquisadores e formuladores de políticas.

A narrativa de Rosa nos ajuda a compreender as afirmações de Kleinman, pois enfatiza a função cuidadora da religiosidade/espiritualidade, pouco considerada na ciência biomédica:

Meu marido era uma pessoa sofrida, foi abandonado no colégio interno... Quando escutei a história dele, me apaixonei! Mas, depois encheu o saco... estou há quase trinta anos

com ele. É mais um filho para mim. (...) Ele é aposentado, ainda trabalha, mas não aceita tratamento. Ele ficou bom apenas uma vez, devido a duas coisas: tratamento com o psiquiatra e psicólogo (tomando remédio), e passes que tomava do kardecista. É impressionante, ele foi para o kardecista e chegou aqui outra pessoa, falou que iria parar de beber, foi para a reunião do Alcoolicos Anônimos... Ficou sem beber uns cinco meses, estava ótimo. Mas, depois falou que iria voltar a beber, porque não era ele mesmo, não queria ficar tomando remédio... Por ver a mãe nessa situação, ele piorou mais ainda, emagreceu muito (Rosa).

Na narrativa de Rosa percebemos um cuidado conjugando a busca por especialistas e a espiritualidade. Além disso, há a clara percepção da influência dos fatores sociais e familiares na causa do problema, no seu agravamento ou na sua recaída. Note-se, porém, que ao explicar o abandono das práticas de cuidado, Rosa cita apenas os efeitos bioquímicos da medicação (que faziam com que seu marido não se sentisse *ele mesmo*). O cuidado religioso, embora não seja considerado, na perspectiva da entrevistada, suficiente para resolver o problema, parece menos nocivo e mais passível de integração com a organização subjetiva de seu marido.

Turquesa também expressa o manejo do cuidado espiritual.

A religião é uma forma de cuidado espiritual e psicológico. (...) Eu sou evangélica, sigo o evangelho de Cristo, isso que vai me trazer a paz e me fazer sempre me sentir bem e fazer as coisas como se pede. Sei que a gente não vai fazer tudo, tem momentos que a gente fica com raiva, tem fraquezas. Então, isso é uma área psicológica para mim, a palavra de Deus trabalha o meu psicológico. Porque quando você tem um fundamento, uma base... Eu sou pessoa que questiono muito as coisas, eu busco o fundamento, eu leio muito. (...) Eu leio a bíblia, eu leio livros que explicam o que são livros apócrifos. Você vai lendo e entende as coisas, às vezes a bíblia tem parte que você lê e não entende, mas têm estudos que foram feitos dentro da própria palavra que te ajudam a entender. (Turquesa)

A religião também é uma dimensão importante na vida de Turquesa, perpassa toda sua atividade diária e a forma de conceber as relações, as pessoas, o mundo. Ela atribui à religião uma forma de cuidado, que nomeia como “espiritual e psicológico”.

Percorrendo a análise de Kleinman (1980), considerando o eixo de análise, *popular sector*, o cuidado por pessoas próximas, sejam familiares, amigos é concebidos em todas as narrativas, ora aparecendo como cuidado recebido por familiares e amigos, ora como o cuidado prestado a estes.

Acompanhemos o relato de Coralina:

*Quando a gente fica doente e precisa de um cuidado especial, quando eu estou passando mal, acho que meus filhos têm que ter um carinho especial comigo. Quando eu descobri que era diabética, conversei com eles, então, passaram a ter um carinho especial quando eu passo mal. A gente que tem uma doença dessa que não tem cura, os parentes, o familiar tem que dar atenção. E, nesse ponto, eu tenho muito apoio quando eu to passando mal, minha filha, meu filho. **É aquele carinho especial por mim, sabe.** Não que eu seja digna de pena, porque doença não foi criada para dar em poste, é para dar na gente. Eu me sinto cuidada pela minha família. (Coralina)*

Ágata expressa o cuidado com os netos, levar ao hospital, proteção dos perigos do bairro, alimentação, escola, horários.

Tenho uma filha de 25 anos que parece uma criança. Ela não pensa como um adulto, só pensa em dormir e ficar na rua com as amigas à noite. Não tem juízo nenhum. Ela faz muitas coisas que me desagradam, mas, mesmo assim, eu gosto dela. Fica com raiva de mim quando falo que ela não cuida do filho, o Pedrinho. Se eu não o levo para a escola, ele não vai. Sempre chega aqui em casa com fome. Por isso, toda noite vou buscá-lo para que durma comigo e vá para a escola no dia seguinte. Quando não o busco, fico preocupada, pensando que ele pode estar na rua... Hoje em dia, esse bairro está horrível. De dia não tem nada, mas à noite tem ponto de drogas... é horrível. Ele tem sete anos, ainda é muito pequenininho. Outro dia, colocou na boca um canudo com droga e quase morreu. Chegou aqui desesperado, dizendo que a boca estava doendo, ardendo. Eu não sabia se era pimenta, ou se ele havia ingerido droga, porque quem dera o canudo foi um menino que mora numa casa em que todos usam muita droga. Sem saber o que fazer, pedi para o Marcelo, agente de saúde, acudir meu neto. Depois de avaliarem na clínica, chegaram à conclusão de que era droga mesmo, porque ele estava muito elétrico. Graças a Deus, que não o levei no hospital! Poderia até ser presa! (Ágata)

No decorrer da narrativa, Ágata demonstra dificuldades de se cuidar, de lidar com suas emoções, mas consegue ser cuidadosa e zelosa com o neto. É importante destacar na narrativa de Ágata que o vínculo com o ACS é expressivo. Ela parece ser uma pessoa difícil, queixosa, mas Marcelo se mostra bastante disponível e habilidoso. Acreditamos que essa boa relação é

um dos elementos essenciais para o vínculo dela com a clínica, o que lhe ajuda a confiar que pode, com ajuda de outras pessoas, cuidar da família.

Como vimos em nossas narrativas, as pessoas buscam cuidado, prestam o cuidado e o partilham entre si. As dimensões apresentadas por Kleinman (1980) elucidaram que esse agir singular propicia respostas distintas de como cada sujeito lida com sua doença. A doença se constitui num drama social que envolve uma interrelação de elementos, sendo o processo fisiológico apenas um deles. Ainda que passados mais de trinta anos, as considerações de Kleinman (1980) permanecem bem atuais, pois a medicina moderna, e os/as profissionais que a praticam dificilmente consideram a profundidade dos significados da doença, sua singularidade, assim como os caminhos terapêuticos de cuidados percorridos pelos pacientes, que não perpassam apenas o *professional sector*. A compressão do processo de adoecimento precisa ser lida como inseparável do universo social. Nessa consideração, a clínica deve ser constituída de forma integral, considerando o paciente no seu contexto familiar, na sua comunidade e no ambiente sócio-econômico-cultural que o envolve. Para tanto, o autor sinaliza a interação dialética entre indivíduo e coletivo.

Outra dimensão do cuidado que emerge nas narrativas, é a necessidade de convívio com grupos, redes de apoio. Trata-se do que reconhecemos como uma espécie de cuidado ampliado.

Safira, por exemplo, relata que aprendera sobre a situação do filho autista não apenas com profissionais, mas principalmente ao conviver com outras mães:

Eu consegui informações sobre a situação do Marcos, quando comecei a levar ele para tratar, conversando com mães, com psicóloga, psiquiatra, lendo livros, conversando com professoras. Fui aprendendo a lidar na convivência. No início, é tudo muito difícil e muito novo, então, a gente tem que ter força e querer também, tem muita mãe que não quer também. Na escola as outras mães ficam juntas esperando os filhos. O laboratório Merck até dava cursos para gente, eu fiz curso de bijouterias, fiz amigas. Então, a gente conversa, cada uma conta sua experiência e a gente vai aprendendo mais um pouco e sempre tem história nova para ouvir, tem coisa que ainda não ouviu que você vai ouvir. Sempre tem uma novidade, eles têm a mesma síndrome, mas são todos diferentes, cada organismo é um, todos eles são pessoas diferentes. (Safira)

Ágata também nos ajuda a vislumbrar a importância do cuidado comunitário, quando conta sobre seus episódios de tentativas de suicídio por ingestão de medicamentos. Depois de descrevê-los, ela afirma, sorrindo, que a farmácia local não lhe vende mais medicamentos. Por

mais que ela referencie a comunidade como um local perigoso, também reconhece como um espaço de proteção de sua vida (não a protege dos riscos advindos do tráfego de drogas, mas a protege do risco de suicídio).

Às vezes, quando quero conversar, ligo para um telefone que a mãe da dra. Vanessa me deu. É um número em que há pessoas que orientam, escutam quem não está bem. Mas, só gosto de falar com uma menina, que atende nas terças feiras. Às vezes, não coincide de eu ficar triste na terça! Se tivesse ligado para ela, na última vez em que não estava bem, talvez não tivesse tomado os comprimidos, porque ela me escutaria, me orientaria... Mas, era segunda-feira...Meu tratamento, hoje em dia, é com remédio. Tomo antidepressivo e remédio para pressão. Mas, não posso ficar com nenhum comprimido, porque é muito perigoso. Houve uma época em que a Clínica trazia o remédio todo dia, mas, mesmo assim, dei um jeito de juntar comprimidos e, depois, tomá-los para dormir para sempre. Nem as farmácias daqui querem me vender remédio nenhum. Esse bairro é como uma cidade pequena, todo mundo sabe da vida de todo mundo. (Ágata)

Contudo, se em algumas narrativas pudemos observar o exercício do cuidado no âmbito social, em outras, foi a ausência de espaços de convivência social que se evidenciou. Em uma delas, foi bem expressivo o sentimento de solidão e desamparo devido ao esvaziamento de espaços de convívio comunitário. Rubi aponta para outras formas de cuidado, além dos cuidados biomédicos (também bem marcado em sua narrativa), mas justifica não ter como vivenciá-los porque não convive muito com as pessoas. Ela parece reconhecer a necessidade de contato social para a preservação da saúde mental, mas sente-se limitada à rotina da casa.

Se você me perguntar o que me ajuda nessa vida, além da Clínica e do Lourenço Jorge, fico em dúvida... Durante um tempo fui à igreja, mas, depois, desanimei. As pessoas falam para mim que isso não é de Deus. Mas, acho que, para frequentar um lugar, é preciso que o pastor converse diretamente com você. Por que na igreja não orientam, não chamam para conversar? Minha filha costuma ir à igreja e me chamar para acompanhá-la. Eu até digo que vou, mas, na hora de sair de casa, acabo desanimando. (...) Não vou mentir não: sinto falta de passear, de ir para lugares distantes, conhecer coisas. Adoro sair! Mas, não saio. (...) (Rubi)

A partir de uma perspectiva psicanalítica, Figueiredo (2009) também nos auxilia na compreensão desse quadro, ao desenvolver a reflexão sobre a crise do cuidado, característica

da sociedade contemporânea. Conforme já discutimos nas sessões iniciais desta dissertação, o autor considera que existem três funções fundamentais no ato de cuidar: acolher, reconhecer e questionar. Contar com elas é o que permite que o sujeito se desenvolva podendo suportar os movimentos de descontinuidade, como as inconstâncias da vida, dentre as quais sobressaem situações de adoecimento. Figueiredo ressalta a importância dessas funções existirem em certo equilíbrio para de fato alcançarem seu objetivo, pois tanto o excesso de cuidados quanto sua ausência podem ser prejudiciais aos indivíduos. De acordo com o autor, na sociedade contemporânea, a capacidade de indivíduos, grupos, famílias e instituições oferecerem cuidado está em crise, essas instituições passam por graves descontinuidades, atestando falhas nos dispositivos de acolhimento e reconhecimento. O autor denomina como “a vivência de uma crise de cuidadores: menos sujeitos sentem-se aptos a cuidar e muitos que exercem o cuidado o fazem de forma estereotipada” (FIGUEIREDO, 2009, pg. 150).

Diante desse panorama, cresce a procura por especialistas, sejam profissionais de saúde ou demais categorias associadas à função de cuidado, laicos ou religiosos. No entanto, essas especializações, os seus rituais e procedimentos não conseguem contemplar as tarefas de cuidar, porque tais funções estão além das prescrições (FIGUEIREDO, 2009).

Embora estejamos de acordo com Figueiredo (2009), nosso material empírico também indica que, por mais atravessadas pela lógica biomédica-gerencialista, codjunvante com a sociedade de economia capitalista, os manejos referentes aos cuidados em saúde não só expressam condutas tecnicistas, mas também as irrompem e se singularizam. Diante desse panorama, em que a rede de cuidados se amplia para além das amarras tecnocientíficas, é possível encontrarmos a potência que irrompe do certo desamparo coletivo. Como sujeitos capazes de criação, conseguimos encontrar caminhos que promovem a autonomia, reinvenção, esperança, diferenciação. Trata-se de possibilidades de *desvios* que destacamos a seguir.

7.3.3 “cuidando do meu jeito” - Cuidado autônomo

Na leitura das narrativas, o gesto de cuidar se transfigura como um potencial singularizado e transformador. A autonomia dos sujeitos está imbuída de sua historicidade e dinâmica de uma dada realidade de vida. O cuidado aqui é compreendido como uma forma de conhecimento de si mesmo, um cuidado que articula o saber popular às orientações profissionais.

Destacam-se as experiências individuais, no que tange aos valores sociais e humanos, as emoções e a subjetividade. Trata-se da expressão, ainda que não tenha sido predominante

nas narrativas, do gesto de cuidar permeado de compreensão, solidariedade, cooperação, como fenômeno da relação interpessoal estabelecida na interação entre os sujeitos.

No trecho abaixo, Angelita discorre sobre como cuida dos filhos quando estão doentes:

*Ah, eu vou na clínica, eles passam um remedinho que geralmente tem lá, eu cuido em casa, às vezes, eu faço uma sopinha, porque não quer comer, eu vou **cuidando do meu jeito**. Não sei explicar como é meu jeito...eu vou cuidando o máximo que eu posso, dou atenção, dou conselhos a eles, apesar de já serem adultos, fico na disciplina ali, sou enjoada nisso, nunca me deram problema não. É só a gente, o pai não mora aqui, mas a gente consegue levar tudo direitinho.* (Angelita)

Rosa traz o reconhecimento das próprias limitações e, ao mesmo tempo, busca por experiências mais leves e menos custosas do ponto de vista afetivo. Ela conjuga os médicos com atividades físicas, lazer, passeio com amigos:

*Agora eu quero fazer uma faculdade, para me realizar. Mas, não quero perder tempo. Quero começar algo que eu goste mesmo. Já a Educação Física é diferente: vou matar dois coelhos, porque estarei me cuidando e lidando com a recreação. A professora de Educação Física da clínica falou que eu posso fazer o curso mesmo com minhas limitações – as dores crônicas. Para me cuidar, além de fazer atividade física, vou ao neurocirurgião, melhorei bastante com a infiltração, porque eu tinha muita dor de ouvido. Outra coisa que eu faço é sair com meus amigos. Aprendi isso na psicoterapia. Antes eu não saía. A psicóloga me perguntava: se você tem disposição para cuidar dos outros, porque não tem também para se divertir? Aí, passei a sair, sempre dou um jeito de sair. No serviço público, encontrei bons médicos. (...) Desde que estou na neurocirurgia, os meus remédios são a Fluoxetina, o Amato (**que nunca tomo**) e o Baclofeno. Esse, eu tenho que tomar, porque é o que faz os músculos relaxarem. (...) Eu percebi que cerveja me faz mal, piora minhas dores. Costumo anotar tudo o que faz mal. Tudo que leva farinha de trigo me faz mal, me incha, minha barriga fica enorme. Agora mesmo estou fazendo dieta de novela. Num dia estou magra, mas se passo uma semana comendo bolo e tomando cerveja, começo a ficar toda travada.* (Rosa)

Notamos que Rosa administra sua medicação a partir da experiência do uso, mostrando autonomia de escolha, o que se deriva da capacidade de perceber os efeitos de cada medicamento nela mesma. Demonstra também conhecimento a respeito dos alimentos que lhe

fazem mal, o que provém de informações externas, mas também da relação com o próprio corpo.

Turquesa também reconhece e legitima os avisos do corpo, mostrando-se um pouco menos submetida à tecnologia diagnóstica. Tem um manejo autônomo da medicação, utilizando-a quando sente necessidade. O aprendizado pela experiência fica bem claro na sua narrativa:

*Geralmente, quando eu sinto algum problema, eu costumo dizer que meu corpo avisa. Eu não gosto de tomar muito remédio. Eu não vou dizer que não sei tomar remédio porque eu já me tratei muito em ginecologista, já tive muitas informações, é uma coisa boa. (...) **Gosto de escrever, escrevo poemas, tenho uma página no facebook.** Meu filho fez a página para mim, “pensamentos filosóficos”. (Turquesa)*

Nessa mesma via, Pérola manifesta outras possibilidades de cuidado de si.

Eu leio..., cuido da mente né. Tem um monte de gente que anda toda posuda e não sabe escrever. Eu não escrevia na internet, porque ficava com medo, estudei até o quinto ano. Não escrevia, não mandava mensagem, porque não sabia se estava certo. Isso mudou depois que eu passei a ler, lia os livros do meu filho [indicados pela escola onde ele estuda], do padre Marcelo, e passei perguntar. (...) Eu não sou de ficar doente, mas o sistema nervoso mexe comigo, qualquer aborrecimento. Eu sinto muita dor, às vezes, eu vou para academia, se eu for ao médico eu levo um livro na bolsa, se eu for andar de ônibus, eu levo um livro. Para o meu namorado eu comprei até o livro de depressão do padre Marcelo e tem ajudado muito ele. Eu também costuro, mas não de fazer roupa não, faço bolsa, que eu tenho molde, tudo de resto de calça jeans. Às vezes eu uso até a calça toda. E fazer comida também. Às vezes, falam: ‘mãe faz não sei o quê’. Eu faço com tanta boa vontade que é bom. (Pérola)

Rosa, Turquesa e Pérola mostram como encontram brechas no cotidiano de vida para expressar a espontaneidade e a criatividade, realizam atividades que lhes permitem reconhecer suas habilidades, capacidades.

Ao revisitarmos Canguilhem (2014) lembramos que, para pensar sobre os conceitos de normal e patológico, indivíduo e meio não podem ser considerados isoladamente. Nesse sentido, normalidade e patologia são estados variados da vida. Vimos em nossas narrativas que as pessoas convivem com suas patologias e com as novas exigências que a vida impõe,

instituindo capacidades normativas distintas. A criatividade se faz existir diante das limitações, impasses e singularizam as “margens de tolerância” de cada indivíduo em relação as “infidelidades do meio” e, assim, vão se constituindo outras normas de vida.

Procuramos aqui nos valer das considerações que Bezerra (2006) faz sobre a obra de Canguilhem, dando ênfase à investigação da experiência do doente. Tal destaque nos leva a considerar que o fato que leva o indivíduo na busca do profissional de saúde não é necessariamente uma alteração metabólica em seu corpo, mas, sim, o sofrimento que dela advém, a valoração negativa que se impõe.

Por outro prisma, pensamos ainda que os sujeitos estão em busca de seus projetos de felicidade (AYRES, 2004, 2009, 2011), pois diante de alguma situação que pode ser portadora de sofrimento e dor, também se apresenta um caminho, um norte experiencial, aberto a outras possibilidades de existência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Introduzimos nosso trabalho levantando as questões que provocaram as reflexões dessa dissertação. O ato de pesquisar nos colocou diante de um universo de possibilidades e incertezas. Sabíamos, de antemão, que por mais consistente que sejam os objetivos, colocarmos em pesquisa seria estar abertos a novas descobertas. Foi diante dessa ideia que nos lançamos ao campo com nossas inquietações, em busca de compreensões que se voltavam não para refutar ou confirmar nossa hipótese, mas sim para melhor compreender o que trouxemos como um fato pouco conhecido ao nosso entendimento. Conversemos um pouco sobre tais caminhos.

Discorremos sobre o impacto da reorganização da atenção à saúde, marcada pela velocidade da expansão da Atenção Primária, sobre as demandas por cuidado no âmbito da Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. Percebemos que o modelo de cogestão por OS oferta vantagens competitivas provenientes de uma maior autonomia na contratação de recursos humanos, para promover de forma ágil a reposição de pessoal e explorar, com base nesta autonomia, uma maior capacidade de utilização destes recursos. O modelo de gestão proposto sugere que a garantia de uma boa resolutividade da situação de saúde da população deve se alinhar a uma conduta eficiente no cumprimento das atuais exigências de serviços e ações inseridas no escopo da ESF. Entretanto, garantir todas as exigências que estão hoje na cesta de serviços da ESF, com as cobranças necessárias que o atual modelo de gestão exige, talvez seja um empreendimento que encontra dificuldades em incluir uma dimensão cuidadora satisfatória, dirigida tanto aos/às usuários/as como aos/às profissionais. Refiro-me aqui à possibilidade de encontrar o tempo de olhar no olho nas pessoas, de fazer um exame clínico em que haja contato interpessoal vivo entre profissional e usuário/a, um tempo que se preserve e valorize as *tecnologias leves* de cuidado (MERHY, 2014), em que existam reuniões permanentes e eficientes, que os/as profissionais possam sentar e discutir sobre suas ações, que planejem, replanejem e repensem sobre suas práticas diárias.

Essa dimensão cuidadora exige que metas e contratos possam ser lidos como boas práticas de cuidado, que não sejam um número frio sem análise, que apenas indique se a meta foi alcançada. É preciso que essa meta faça *sentido* (FIGUEIREDO, 2009) no dia a dia do cuidado ao/à usuário/a, que faça *sentido* ao profissional envolvido/a no cuidado.

Percorrendo os caminhos novos, nos dirigimos a toda a trajetória da pesquisa e também ao material empírico. Quanto ao trajeto, destacamos as surpresas que esse campo trouxe, o encontro a cada entrevistada, o ouvir histórias de vida, o momento de retorno as casas para

realizar a leitura das narrativas. Tratou-se de encontros afetuosos e de valiosos aprendizados, assim como, de produção compartilhada de cuidado. Nesse sentido, a estratégia metodológica adotada permitiu-nos produzir parte daquilo que pretendíamos investigar. Permitiu, igualmente, que cumpríssemos com o compromisso ético de reconhecer a alteridade e com ela produzir sentidos (ao invés de extraí-los dos sujeitos ou para eles produzi-los).

Quanto aos desafios e escolhas da pesquisa, diante da complexidade do tema por nós desenvolvido - o cuidado e as tarefas desse cuidar - optamos por percorrer distintas abordagens teóricas. Sabemos que essa escolha nos impôs limites, porque ao optar pela abrangência do diálogo entre diferentes tradições do campo da saúde coletiva, deixamos de aprofundar uma dada perspectiva.

Em relação ao material empírico produzido junto aos sujeitos de pesquisa vimos que os/as usuários/as atribuem distintos sentidos ao cuidado em saúde, ao mesmo tempo que o exercem ou a ele se submetem de diferentes formas. Estas não necessariamente são atravessadas pela lógica gerencialista de gestão. Por mais que tenhamos identificado alguns pontos de insatisfação dos usuários para com o cuidado recebido, indicando problemas no manejo da dimensão cuidadora em saúde, quando pautada pela nova lógica de gestão no modelo ESF, esse não foi um fator preponderante.

Percebemos que a CF ocupa uma certa centralidade na vida das pessoas entrevistadas, sendo uma referência de busca de suas necessidades em saúde. Esbarramos nos limites da integração da ESF a outras redes de cuidado, seja dentro do setor saúde e/ou fora dele. Diante disso, além de frustrarem-se e expressarem importante desgaste, as usuárias também indicam que vão costurando suas próprias redes de cuidado, a partir das longas buscas por tratamento. Trata-se de uma costura frágil, inacabada, incipiente, mas expressiva da capacidade que as pessoas têm de reconhecer algumas de suas necessidades, alguns de seus direitos, bem como recursos pessoais para viabilizarem algum cuidado para si mesmas.

Contudo, também pudemos notar que ainda é expressiva a creditação do cuidado à ciência biomédica, às tecnologias diagnósticas e à medicação como elementos preponderantes e centrais. Tal creditação, presente nas narrativas das entrevistadas, deve-se, em grande medida, àquilo que é oferecido pela própria Clínica da Família.

Esse quadro, por outro lado, coexiste com uma busca por um cuidado que vai além do que a biomedicina pode oferecer (embora a inclua sempre). Ouvimos um pedido de escuta da vida que pulsa, às vezes, desordenadamente, em cada uma das entrevistadas. Ao ouvir tal vida, pudemos perceber que as entrevistadas também ampliaram suas possibilidades de se perceberem.

Concordamos com Lacerda e Valla (2004) que afirmam que inúmeros “problemas de saúde” apresentam certo grau de complexidade extrema e, conseqüentemente, dificilmente são curados, mas devem ser cuidados. Os autores consideram que as equipes de saúde podem ajudar a solucionar problemas e sofrimento, embora muitas vezes não seja possível curar os sujeitos, mas não deve renunciar de tratar ou cuidar dos mesmos e fornecer-lhes apoio necessário em momento de crise. A esse respeito, consideramos que o insistente pedido que as entrevistadas fizeram por uma escuta qualificada (localizada geralmente na figura do/a psicólogo/a) nos remete à demanda por um cuidado voltado à ampliação das capacidades normativas ou dos recursos para lidar com as inevitáveis dores do corpo e da vida.

De certo, através dessa pesquisa não ofertamos respostas, mas também não foi esse nosso objetivo. Sentimo-nos mais instigadas para continuar percorrendo o caminho da reflexão no que tange às práticas de cuidado em saúde. Seguimos acreditando na busca dos projetos de felicidade e despedimo-nos com o poema de Clarice Lispector, que foi entregue à entrevistada Cristal, após o retorno a sua casa para a leitura da narrativa:

O sonho

Sonhe com aquilo que você quer ser,
 porque você possui apenas uma vida
 e nela só se tem uma chance
 de fazer aquilo que quer.

Tenha felicidade bastante para fazê-la doce.
 Dificuldades para fazê-la forte.
 Tristeza para fazê-la humana.
 E esperança suficiente para fazê-la feliz.

As pessoas mais felizes não têm as melhores coisas.
 Elas sabem fazer o melhor das oportunidades
 que aparecem em seus caminhos.

A felicidade aparece para aqueles que choram.
 Para aqueles que se machucam
 Para aqueles que buscam e tentam sempre.
 E para aqueles que reconhecem
 a importância das pessoas que passaram por suas vidas.

Clarice Lispector

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLE, G.G. **A saúde no Brasil: cartografias do público e privado**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec. 2006.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, Setembro de. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042012000300010&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 19 de junho de 2014.

ARAKAWA, A. M. Percepção dos usuários do sus: expectativa e satisfação do atendimento na Estratégia de Saúde da Família. **Revista CEFAC**, São Paulo, v.14, n.6, Dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151618462012000600012&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 19 de junho de 2014.

AROUCA, S. **O dilema preventivista**. São Paulo: UNESP, 2003.

ASPINAL, F.; ADDINGTON, H.; HUGHES, R.; HIGGINSON, I.J. “Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature”, *J Adv Nurs* 42:324-39, 2003.

AYRES, J. R. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva** 6(1): p.63-72, 2001.

_____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, V.13 n.3, dezembro de 2004 Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf>>. Acessado em 04 de março de 2016.

_____. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. (org) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 44-80, 2006.

_____. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro, 2009.

AZEVEDO, C.S. A abordagem de Narrativas de Vida como um Caminho de Pesquisa em Saúde. In: Azevedo, C. S; Sá, M. C. **Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde: abordagens da psicossociologia**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, p. 131-152. 2013.

BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2483-2495, Agosto. 2010 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000500023&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 29 de Janeiro de 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S141381232010000500023>.

BERTAUX, D. **Les Récits de Vie**. Paris: Éditions Nathan. 1997.

BEZERRA JR., B. O normal e o patológico: uma discussão atual. In: SOUZA, A. N.; PITANGUY, J. **Saúde, corpo e sociedade**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ. p. 91-109. 2006.

BIRMAN, J., “A Physis da saúde coletiva”. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300002&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 22 de setembro de 2014.

BOFF, L. **Saber cuidar: Ética do humano - compaixão pela terra** - São Paulo: Vozes, 7ª ed. 2000.

_____. **Do iceberg à Arca de Noé**. Rio de Janeiro, Garamond, 2002.

BRASIL. Constituição Da República Federativa Do Brasil, 5 de outubro de Brasília, 1988.

BRASIL. LEI, Nº 1142 de 28 de dezembro, Brasília de 1990.

BRASIL. LEI, Nº 8080 de 19 de setembro de 1990, Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 648/2006 - PNAB. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Brasília – **Cadernos de Atenção Básica, n. 39**, 2014.

BUDO, M. L. D. et al. Concepções de violência e práticas de cuidado dos usuários da estratégia de saúde da família: uma perspectiva cultural. **Texto contexto-enfermagem**. Florianópolis, v.16, n.3, Setembro de 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072007000300018&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 19 de junho de 2014.

CAMARGO JR., K. Medicalização: um quadro de referências. In: Pinheiro, R.; SILVA, JR., A. G. (Orgs). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ, p.209-216, 2010.

CAMELO, S. H. et al. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.4, p.30-37, Agosto de 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692000000400005&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 25 de abril 2015.

CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. “Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004”, **Interface**, Botucatu, v. 11, n.23, dezembro de 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300014&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 10 de setembro de 2014.

CAMPOS, C. M. S.; MISHIMA, S. M. “Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil”, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 1260-1268, jul-ago, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/29.pdf>. Acessado em 10 de setembro de 2014.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In Cecílio (org.). **Inventando a mudança na saúde.**, Hucitec, São Paulo, p. 29-88.1994

CAMPOS, G.W.S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, Ago.2010.

_____. A Clínica do Sujeito: Por uma clínica reformulada e ampliada, In: Campos, G. W. S. **Saúde Paidéia**, São Paulo, Hucitec, p. 51-67, 2003.

CAMPOS, R. O. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, setembro de 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000300015&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 28 de outubro de 2014.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico** (1966). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 7ª ed, 2014.

_____. **O normal e o patológico** (1966). Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.

_____. A saúde: conceito vulgar e questão filosófica. (1988) In: _____. **Escritos sobre a medicina**. Forense Universitária, Rio de Janeiro, 2005. p.35-48

_____. É possível uma pedagogia da cura? (1978) In: _____. **Escritos sobre a medicina**. Forense Universitária, Rio de Janeiro, 2005. p. 49-70

CARVALHO, Isabel Cristina Moura. Biografia, identidade e narrativa: elementos para uma análise hermenêutica. **Horizontes. Antropológicos.**, Porto Alegre, v. 9, n. 19, p. 283-302, Julho 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832003000100012&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S010471832003000100012>. Acessado em 12 de outubro de 2015

CAZELLI, C. M. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2003.

CECÍLIO, L. C. O. “As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integridade e equidade em saúde”, In: Pinheiro, R., Mattos, R. A., **Os sentidos da integralidade na atenção e cuidado à saúde**, Rio de Janeiro, IMS/ABRASCO, 2001.

_____. et al., “A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?”, **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 17, n. 11, p. 2893-2902, 2012.

_____. **Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde**. Org: CECÍLIO, L. C. O. CARAPINHEIRO, G. & ANDREAZZA, R. 1º ed – São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2014.

CHANLAT, J. F. O gerencialismo e a ética do bem comum: a questão da motivação para o trabalho nos serviços públicos. In: **Anais Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**, Lisboa, Portugal, 8-11 Outubro. 2002. Disponível em: <<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad0043316.pdf>>. Acessado em 29 de janeiro de 2016.

COELHO, M. T. & FILHO A. D. N. Normal-Patológico, Saúde-Doeça: Revisitando Canguilhem. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**. n.9, v.1, p. 13-36, 1999.

COIMBRA, V. C. C. et al. Avaliação da satisfação dos usuários com o cuidado da saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Revista Escola de Enfermagem**. USP, São Paulo, v.45, n.5, Outubro de 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342011000500017&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 14 de junho de 2014.

CONILL, E. M. et al. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1501-1510, Outubro de 2008 Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500015&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 18 de setembro de 2015

CONTREIRAS, H.; MATTA, G. C. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p.285-297, Fevereiro, 2015 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000200285&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 29 de Janeiro de 2016.

CORREA, A. C. P. et al. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.32, n.3, Setembro de 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472011000300003&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 8 de junho de 2014.

COSTA, N.R.; SILVA, P.L.B.; RIBEIRO, J.M. A experiência internacional de reforma do setor saúde: inovações organizacionais e de financiamento. *Revista de Administração Pública* p.24-37, 2000.

COSTA, G. D. et al. Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. **Physis**, RiodeJaneiro, v.18, n.4, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312008000400006&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 8 de junho de 2014.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA - **Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários De Saúde**. Alma-Ata, URSS, p. 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/.../Declaração-Alma-Ata.pdf>. Acessado em 12 de junho de 2015.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE – Consulta *on line*. Histórico de cobertura da Estratégia Saúde da Família – Unidades geográficas por competência, Brasil, Dezembro de 2015. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acessado em 28 de março de 2016.

DIAS, O.V. et al. As dimensões da satisfação dos usuários do Programa Saúde da Família: confiabilidade e empatia. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 2, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002011000200011&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 8 de junho de 2014.

ENGLAND, R. La contratación y la Gestión del Rendimiento en el Sector Salud. Conceptos, indicaciones y ejemplos para su puesta en práctica. Londres: **Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID)**. Centro de Recursos en Sistemas de Salud (HSRC); 2002

ENRIQUEZ, E. **Prefácio**. In: Davel, E. & Vasconcelos, J. (orgs.). Petrópolis: Vozes. Segunda edição, p.7-2, 1997.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. “Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico conceituais”, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 de setembro de 2014.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, Setembro de 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232006000300015&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 7 de maio de 2015.

FIGUEIREDO, L. A metapsicologia do cuidado. In: Figueiredo, LC. **As diversas faces no cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea**, São Paulo, Escuta, 2009.

FILHO, L. G. C. & NAVARRO V. L. A organização do trabalho em saúde em um contexto De precarização e do avanço da ideologia gerencialista. **Revista Pegada** – vol. 13, n.2, dezembro/2012, p.67-82. Disponível em: <<http://revista.fct.unesp.br/index.php/pegada/article/viewArticle/2023>>. Acessado em 02 de junho de 2015.

FRANCO, T. e MERHY, E. PSF: Contradições e novos desafios. **Conferência Nacional de Saúde**. 1999, Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>>. Acessado em 17 de junho de 2015.

GADAMER, H. G. **Verdade e método. Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. Petrópolis, RJ: Vozes; 1997.

_____. **Verdade e Método; Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. Trad. F. P. Meurer. Petrópolis: Vozes, 1999.

GAULEJAC, V. Os fundamentos da ideologia gerencialista. In: Gaulejac, V. **Gestão como Ideologia Social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social**. Aparecida, SP: Idéias e Letras, p.67-83, 2007.

GONÇALVES, M. G. “A Contribuição da psicologia sócio-histórica para a elaboração de políticas pública”, In: Bock, A. M. B. (org) **Psicologia e o Compromisso Social**. São Paulo, Cortez, 2003.

GRAMSCI, A. **A concepção dialética da história**, São Paulo, Civilização Brasileira, 1991.

GUEDES, R. N.; FONSECA, R. M. G S. & EGRY, E.Y. Limites e possibilidades avaliativas da estratégia saúde da família para a violência de gênero. **Revista. Escola de Enfermagem. USP**, São Paulo, v.47, n.2, abril. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342013000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 19 de junho de 2014.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Quando a Dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado, In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (Orgs), **Cuidado. As fronteiras da integralidade**, Rio de Janeiro, CEPESC-IMS-ABRASCO, 2013. p. 39-57

IBANEZ, N. et al. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v.6, n.2, p.391-404, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232001000200009&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 28 de novembro de 2015.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture an exploration of the borderland between, anthropology, medicine and psychiatric**. Berkeley: University of California Press; 1980. Consulta ao livro *online* disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=ZRVbw6UyucC&printsec=frontcover&hl=ptBR&source=gbs_atb#v=onepage&q&f=true>. Acessado em 4 de janeiro de 2016.

LACERDA, A.; VALLA, V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 2004. p.91-102.

LENTSCK, M. H.; KLUTHCOVSKY, A. C. G.C & KLUTHCOVSKY, F. A. Avaliação do Programa Saúde da Família: uma revisão. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl.3, Novembro 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000900020&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 14 de junho de 2014.

LÉVY, A. **Ciências Clínicas e Organizações Sociais: sentido e crise de sentido**. Belo Horizonte: Autêntica, Fumec, 2001.

LISPECTOR, C. **A Descoberta do Mundo**, Rio de Janeiro, Francisco Alves, 4º ed, 1994.

LUZ, M. T produção científica em ciências sociais e saúde: notas preliminares. **Saúde em Debate**, p.54-68, 2000.

_____. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais**, 3ª edição, São Paulo, Hucitec, p.174, 2007.

_____. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX, **Physis**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, Junho, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373311997000100002&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 11 de novembro de 2014.

_____. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil hoje, In: PINHEIRO, Roseni. MATTOS, Rubem Araujo. (Orgs). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-ABRASCO, 2013. p. 11-22

MACINKO, J. et al. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990- 2002. **Journal of epidemiology and community health**, v. 60, n. 1, p. 13-19, Janeiro de. 2006.

MACINKO, J. et al. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. **Social science & medicine** (1982), v. 65, n. 10, p. 2070-2080, novembro de.2007.

MANCEBO, D. Contemporaneidade e os efeitos da subjetivação, In: Bock, A. N. B.(org) **Psicologia e o Compromisso Social**. São Paulo, Cortez, 2003.

MARIN, M. J. S.; SANTANA, F. H. S. & MORACVICK, M.Y.A. D. Percepção de idosos hipertensos sobre suas necessidades de saúde. **Revista. Escola de Enfermagem**. USP, São Paulo, v.46, n.1, Fevereiro de. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342012000100014&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 19 junho de 2014.

MARTINS, P. C. et al. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.3, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000300027&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 8 de junho de 2014.

MATTOS, A. R. integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade) **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 1411-1416, set-out, 2004.

_____. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. e MATTOS A.R (Org) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 43-68

_____. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R. e MATTOS A.R (Org). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro, CEPESC/UERJ, IMS, ABRASCO, 2013.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B. & DEMARZO. M. M. P. Atenção Básica E Atenção Primária À Saúde - Origens E Diferenças Conceituais. **Revista APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/255485839_ATENCAO_BASIC_A_ATENCAO_PRIMARIA_A_SAÚDE_ORIGENS_E_DIFERENCAS_CONCEITUAIS>. Acessado em 28 de janeiro de 2016.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: **organização Pan-Americana da Saúde**, 2012.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo. In MERHY E.E & ONOCKO C. (orgs.). **Agir em saúde**. Hucitec, São Paulo, 1997. p. 71-112

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: **Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo**. São Paulo: ed. Hucitec, 4ªed., 2014. p.120-133

_____. Engravitando palavras, o caso da integralidade. In: **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. Org: FRANCO, T.B. & MERHY, E. E. 1. São Paulo, Editora HUCITEC, 2013. p. 252 – 265

MINAYO, C. **Desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**.14ª edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programas e Projetos Saúde da Família**; p. 1. (documento disponível na Internet, no *site* do MS) 1998a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família - Uma Estratégia de Organização dos Serviços**, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade, Brasil, Brasília, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Instrução Normativa nº. 01/98**, Brasília: MS, 1998b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Milton Menezes da Costa Neto, org. _Brasília: 2000(a).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF**. Brasília: MS, 2000(b).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório de Gestão 2014**, Secretaria de Atenção a Saúde, Brasil, Brasília, 2015. p. 446-450

MIRANDA, L. **Transitando entre o coletivo e o individual: reflexões sobre o trabalho de referência junto a pacientes psicóticos**. Tese de doutorado, Campinas, SP, 2009.

MIRANDA, L.; ONOCKO CAMPOS, R.T. Narrativa de pacientes psicóticos: notas para um suporte metodológico de pesquisa. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 441-456, setembro de 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v13n3/a05v13n3.pdf>>. Acessado em 18 Outubro. 2015.

MISHIMA, S. M. et al. (In)Satisfação dos usuários: duplicação e uso simultâneo na utilização de serviços na Saúde da Família. **Revista Escola de Enfermagem, USP**, São Paulo, v.44, n.3, Setembro de 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342010000300031&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 19 de junho de 2014. .

MISHIMA, S. M. et al. A assistência na Saúde da Família sob a perspectiva dos usuários. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, Junho 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000300020&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 19 de junho de 2014.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312010000400019&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 19 de junho de 2014

MORAES, V. D.; CAMPOS, C. E. A.; BRANDAO, A. L. Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. **Physis**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.127-146, Março 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312014000100127&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 15 de abril de 2015.

OLIVEIRA, F. P. et al. Retratos do programa saúde da família em construções discursivas de usuários. **Psicologia, Ciencia e Profissão**, Brasília, v.32, n.3, 2012 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932012000300007&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 8 de junho de 2014.

OLIVEIRA, L. H., MATTOS, R. A., SOUZA, A. I. S., “Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial”, **Ciência e Saúde Coletiva** vol.14, Rio de Janeiro, nov./dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500035>. Acesso em 24 de outubro de 2013.

ONOCKO CAMPOS, R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciência. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 573-583, Setembro de 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000300015&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 12 de julho de 2014.

ONOCKO CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1090-1096, dezembro. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000600016&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 18 outubro de 2015.

ONOCKO CAMPOS, R. Fale com eles! o trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. **Physis**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.1269-1286, dezembro. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312011000400006&lng=pt>

&nrm=iso>. Acessado em 24 outubro. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000400006>.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. “Carta de Ottawa”, In: **Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde 1, Ottawa**, novembro de 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acessado em 25 de janeiro de 2011.

PAIM, J.S.; FILHO A.N. Saúde coletiva: uma nova “saúde pública” ou campo aberto para a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**. 32 (4): 298-316, 1998.

PEREIRA, L.C. B. Reforma do Estado para a cidadania: a Reforma Gerencial Brasileira na Perspectiva Internacional. ENAP: editora 34. (1998)

PEREIRA, L.C. B. Público Reforma da nova gestão pública: agora na agenda da América Latina, no entanto... **Revista do Serviço - PGS 5-27**, Ano 53, Número 1-Jan-Mar 2002. Disponível em: <<http://seer.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/278/284>>. Acessado em 10 de janeiro de 2016.

PICCINI, R. X. et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira Saude Materno Infantil**, Recife v. 7, n. 1, p. 75-82, Março de 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292007000100009&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 7 de maio de 2015.

PINHEIRO, R. Demanda por cuidado como direito humano à saúde: um ensaio teórico-prático sobre o cuidado como valor dos valores. In: PINHEIRO, R. & SILVA, A. G. J. (orgs). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro. CEPES:IMS/UERJ: ABRASCO, 1ª ed., 2010. p. 17-37

PORTAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/saude-presente>>. Acessado em 12 de outubro de fevereiro de 2016.

REIS, R.S. et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.11, Novembro 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013001900022&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 4 de junho de 2014.

REMEM, R.N. **O paciente como ser humano**. São Paulo: Summus; 1993.

RICOEUR, P. **Tempo e narrativa**. Tomo III. Trad. Roberto Leal Ferreira. Campinas: Papirus, 1997.

ROSA, R. B.; PELEGRINI, A. H. W & LIMA, M. A. D. S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v.32, n.2, Junho, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472011000200019&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 8 de junho de 2014.

SÁ, M.C. Por uma Abordagem Clínica Psicossociológica de Pesquisa e Intervenção em Saúde Coletiva. In: Azevedo, C.S.; Sá, M.C. **Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde: abordagens da psicossociologia**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013. p. 153-205.

SÁ, M.C. e Azevedo, C.S. Subjetividade e Gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. In: Azevedo, C.S.; Sá, M.C. **Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde: abordagens da psicossociologia**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013. p. 33-50.

SANTIAGO, R. F. et al. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, Jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100005&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 8 de junho de 2014.

SANTOS, F. P. A.; NERY, A. A. & MATUMOTO, S. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. **Revista. Escola de Enfermagem**. USP, São Paulo, v.47, n.1, Fevereiro de 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342013000100014&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 12 de setembro de 2015.

SCHRAIBER, L. B. No encontro da ética com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em Medicina. **Interface — Comunicação, Saúde, Educação**, v.1, n.1, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v1n1/09.pdf>>. Acessado em 10 de setembro de 2014. p. 123-140

SCHWARTZ, T. D. et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória, ES. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n.4, July 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400028&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 8 de junho de 2014.

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - **Regimento Interno da Clínica da Família Padre José Tiúba** – 2013, acessado em: 12 de outubro de 2015.

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Consulta *on line*: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/clinicas-da-familia>>. Acessado em 28 de março de 2016.

SEOANE, A. F. & FORTES, P.A.C. A percepção do usuário do Programa Saúde da Família sobre a privacidade e a confidencialidade de suas informações. **Saude Sociedade**. São Paulo, v.18, n.1, Março de 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902009000100005&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 8 de junho de 2014.

SHIMIZU, H. E. & ROSALES, C. A atenção à saúde da família sob a ótica do usuário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, Outubro. 2008 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000500014&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 19 de junho de 2014.

SILVA, A. M. & MANDU, E. N. T. Abordagem de necessidades de saúde no encontro assistencial de trabalhadores e usuários na saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem.**, Florianópolis, v.21, n.4, Dec. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072012000400003&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 9 de junho de 2014.

SOARES, J. C. R. S.; JUNIOR, C.; ROCHEL, K. “Autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde”, **Interface - Comunicação. Saúde. Educação.** v.11, n.21, p.65-78, jan-abr. 2007.

STARFIELD, B. “**Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**”, Brasil, Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Disponível em: <http://www.subpav.org/cnes/cnes_eq_cobertura_listar.php>. Acessado em 23 de outubro de 2013.

TEIXEIRA, C. F. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n.65, p.257-277, set/nov. 2003.

TRAVERSO, Y. M.; ARAÚJO, N. “Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento”, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, Fevereiro de 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000100022&lng=en&nrm=iso, <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300017>>. Acessado em 09 de setembro de 2014.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. **Revista Saúde Pública**, p. 507, 2005. Disponível em: <www.fsp.usp.br/rsp>. Acessado em 12 de outubro de 2014.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. “Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde”, **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, Sept. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 de setembro de 2014.

VAN STRALEN, C. J. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro Oeste do Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, supl.1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008001300019&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 19 de junho de 2014.

VIANA, A. L. D. & DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. p. 225-264, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300011&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 15 de abril de 2015.

YEPEZ, M. T. Os discursos e a dimensão simbólica: uma forma de abordagem à psicologia social, **Estudos de Psicologia**, 1999. p. 39-60

YEPEZ, M. T.; MORAIS, A. S.; CELA, M. Construções discursivas sobre os usuários dos Programa Saude da Familia(PSF). **Psicologia, Ciencia e Profissão**, Brasília, v.29, n.2, junho, 2009 Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932009000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 8 de junho de 2014.

YÉPEZ, M. T. A Interface Psicologia Social e Saúde: Perspectivas e Desafios, **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 49-56, jul. 2001.

APÊNDICE A

Roteiro de questões norteadoras da pesquisa

1. Conte um pouco como é sua vida cotidiana.
2. Você acha que cuidar da saúde é uma coisa necessária? Por quê?
3. Em que momento da vida você se lembra de ter começado a pensar sobre a saúde? Que fatores ou acontecimentos podem ter lhe influenciado para começar a pensar nesse assunto?
4. Hoje em dia, você costuma cuidar da sua saúde? De que modo? Então, o que você diria que é cuidado para você?
5. Com que pessoas, grupos, serviços, lugares você conta quando precisa se cuidar no dia a dia?
6. De que formas essas pessoas ou serviços participam da sua vida?
7. Que recursos (materiais, financeiros, afetivos) você e essas pessoas costumam utilizar quando é preciso algum tipo de cuidado com a saúde?
8. Que aspectos da sua vida você considera que não está tendo o cuidado de que necessita? Por que você acha que isso acontece?
9. O que você faz quando fica doente?
10. Para você, o que seria viver uma vida saudável?
11. Sobre a Clínica da Família, você costuma buscar esse serviço? Em que momentos? Você conhece outros lugares para cuidar da saúde? Como você se utiliza deles?
12. Fazendo uma análise das suas experiências e do modo como se sente cuidado, o que você diria que é a saúde?
13. O que mais gostaria de falar?

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre-Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Estratégia Saúde da Família: uma análise das concepções de cuidado em saúde pela ótica dos cidadãos atendidos no município do Rio de Janeiro, desenvolvida por Luciana Janeiro Silva, aluna de mestrado em psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ) e orientada pela Dra. Lilian Miranda, professora do curso de Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

Objetivo principal dessa pesquisa é investigar o que os cidadãos e cidadãs usuários(as) dos serviços da ESF entendem por cuidado em saúde e as formas através das quais lidam com o processo saúde-doença. Temo como objetivos específicos: discutir as experiências da população atendida no modelo da ESF no que se refere às práticas de cuidado, conhecer as formas de utilização e valoração do sistema de saúde pelos(as) usuários(as), conhecer as concepções de saúde e sua relação com a oferta e a utilização de serviços, segundo os(as) usuários(as), conhecer o modo como os usuários estão construindo seus percursos terapêuticos e seus anseios ligados à saúde.

A pesquisa será realizada através de entrevistas individuais com usuários(as) dos serviços de saúde das unidades nos moldes de Clínicas de Família, do município do Rio de Janeiro. Faz-se necessário ser maior de 18 anos, frequentar a unidade de saúde da investigação há, no mínimo, um ano.

Você foi escolhido porque é um usuário(a) do serviço, sua participação é VOLUNTÁRIA. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo a você.

A participação que lhe é solicitada consiste em participar de uma a duas entrevistas, em local que sentir-se mais confortável. Terá duração de mais ou menos, uma a duas horas. Essas entrevistas serão gravadas em áudio. O áudio dessas gravações, bem como sua transcrição, permanecerá sob os cuidados da pesquisadora e armazenados em lugar seguro por um período de cinco anos, sendo destruído em seguida. A qualquer momento, você poderá solicitar informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa. Para isso, poderá utilizar os contatos da pesquisadora, explicitados ao final deste Termo, ou pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRRJ, telefone: (21) 26821201.

Os resultados da pesquisa serão divulgados através de relatórios e artigos científicos, de maneira que não seja possível identificar nem você, nem as outras pessoas que participarão. Essa pesquisa envolve poucos riscos para você, mas é possível que você sinta algum tipo de incômodo demasiado intenso durante a participação nas entrevistas. Se isso ocorrer, serão tomados todos os cuidados necessários: a pesquisadora estará disponível para conversar sobre tudo o que você julgar necessário. Sua participação gerará benefícios para a pesquisa, auxiliando-nos a compreender elementos importantes para melhor qualidade de atendimento aos(as) usuários(as) dos serviços da ESF, considerando sua experiência subjetiva. Pensamos ainda que possa servir a manutenção do espírito crítico e reflexivo no desenvolvimento de atividades que envolvam os serviços, profissionais, técnicos e gestores ao analisar e poder repensar suas práticas, limites e implicações.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para a pesquisadora e outra para o(a) participante.

Luciana Janeiro Silva

Mestranda do Curso de Psicologia da UFRRJ

Telefone de contato: (21) 98462-7880

E-mail: ljaneiro005@yahoo.com.br

APÊNDICE C

Consentimento da Participação da Pessoa como Sujeito

Eu, abaixo assinado, aceito participar do estudo descrito acima, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo(a) pesquisador(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade, prejuízo ou interrupção de meu tratamento.

Local e data _____, _____ de _____ de 20__

Nome (se desejar):

Assinatura: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Observações complementares

Se desejar receber os resultados desta pesquisa, forneça seu e-mail ou telefone.

E-mail: _____

Telefone _____

APÊNDICE D

Rio de Janeiro, 27 de Outubro de 2014

Eu, ROGÉRIO BITTENCOURT DE MIRANDA, diretor da Área Programática 4.0, da cidade do Rio de Janeiro, autorizo o desenvolvimento da pesquisa *Estratégia Saúde da Família: uma análise das concepções de cuidado em saúde pela ótica dos cidadãos atendidos no município do Rio de Janeiro*, a ser realizada pela psicóloga Luciana Janeiro Silva, mestranda do programa de Pós-graduação *strictu-sensu* em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, sob orientação da Profa. Dra. Lilian Miranda, membro permanente do referido programa. Estou ciente de que o estudo acontecerá junto a usuários das Equipes de Estratégia de Saúde da Família desta área programática, a partir de indicações feitas pelos profissionais dessas equipes, tendo seu início condicionado à aprovação de um Conselho de Ética universitário.

Rogério Bittencourt de Miranda
Assessor II CAP 4.0
Substituto Imediato
Matr: 11/202408-1

(nome)

Rogério Bittencourt de Miranda

(assinatura)