

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO INTERINSTITUCIONAL
POLO: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO**

**PRÁTICA DE SAÚDE COMPARTILHADA:
estratégia para o exercício da cidadania**

NELICE LOTUFO DE OLIVEIRA

**CUIABÁ-MT
1999**

NELICE LOTUFO DE OLIVEIRA

**PRÁTICA DE SAÚDE COMPARTILHADA:
estratégia para a conquista da cidadania**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós
Graduação em Enfermagem da Universidade
Federal de Santa Catarina - UFSC, como
requisito para obtenção do título de Mestre
em Assistência de Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a **Magda Rojas Yoshioca**

**CUIABÁ - MT
1999**

PRÁTICA DE SAÚDE COMPARTILHADA: estratégia para a conquista da cidadania

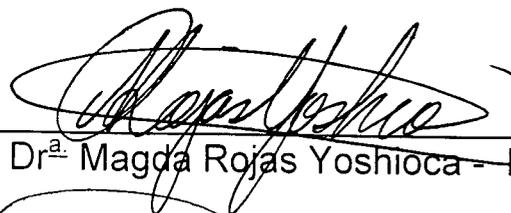
Autora: Nelice Lotufo de Oliveira

Dissertação submetida à Banca Examinadora para obtenção do título de:

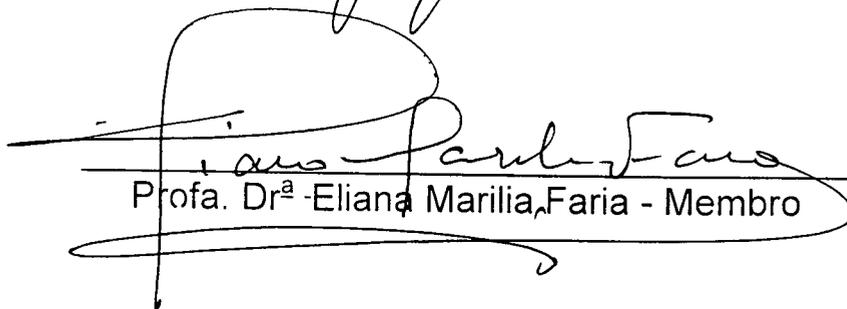
MESTRE EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Aprovada em 12 de março de 1999.

Banca Examinadora:



Prof. Dr.ª Magda Rojas Yoshioka - Presidente

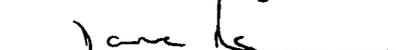


Prof. Dr.ª Eliana Marília Faria - Membro



Prof. Dr.ª Flávia Regina S. Ramos - Membro

UFSC - Curso de Pós-Graduação
em Enfermagem



Prof. Dra. Denise E. Pires de Pires
Coordenadora

“...se, por um lado,
as coisas, ou as estruturas,
determinam a vida das pessoas,
por outro,
são estas mesmas pessoas que
constróem as coisas,
as normas, os valores e as
estruturas...”

Gastão W. de Souza Campos

*Ao amigo Eozaldo e,
aos meus filhos Araken,
Aruaque, Aruã e Aruanã,
pelo que representam em
minha vida.*

Agradecemos:

À DEDS pela vida, pelas bênçãos e pelas muitas pessoas que colocou em meu caminho, que com amizade e carinho contribuíram para a realização deste estudo.

À Prof^ª. Dr^ª. Magda Rojas Yoshiova, mais que uma orientadora, uma amiga, pelo apoio, paciência, incentivo, ajuda para superar as minhas limitações, e por compartilhar meus momentos de ansiedade e angústia. Em sua postura exemplar e criteriosa, me ensinou a trilhar com mais segurança os espaços do mundo da pesquisa. À você Magda, meu afeto e minha admiração.

À Prof^ª. Dr^ª. Flávia Regina Souza Ramos, por proporcionar a realização deste curso de mestrado, aqui na UFMJ, e por sua sempre carinhosa atenção.

À Prof^ª. Dr^ª. Eliana Marília Faria, pelo carinho e pelas valiosas contribuições para o desenho e implementação deste estudo.

Ao Prof. Ms. Eovaldo Ferraz de Oliveira, amigo de sempre, por ter me ensinado a lutar e a sonhar, meu carinho.

À Prof^ª. Laura F. S. Araujo Netto, e Prof^ª Ms. Maria Auxiliadora Maciel de Moraes, queridas amigas, guardadas à sete chaves dentro do coração, pela preciosa ajuda, disponibilidade, carinho, apoio e incentivo.

À Prof^ª. Dr^ª. Alcione Leite da Silva, por sua amizade, solidariedade, disponibilidade, compreensão, incentivo e carinho.

Aos meus queridos pais Névio e Alice, pelo amor e por parte do que sou.

À minha sogra Maria da Conceição, pelo apoio, paciência e carinho.

A minha irmãzinha Elenice e irmãzona Leonice pela torcida e pela ajuda na editoração gráfica.

À Maria de Lurdes D. de Carvalho, pelas boas conversas e por dividir momentos de incerteza, medo, ansiedade e insegurança durante

esta jornada, fazendo-me compreendê-los e me estimulando a prosseguir; meu afeto.

A todos os Professores do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da UFSC/UFMT, pelo convívio e aprendizado, e em especial à Profª Maria Tereza Leopardi, pela sensibilidade à nossa proposta de trabalho e pelo crédito.

Aos colegas da pós-graduação, por partilharem dos bons e maus momentos.

Aos colegas do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica, por oportunizarem meu afastamento, realizando a cobertura dos meus encargos.

À Profª. Ms. Celina Maria Favares, por seu trabalho na diretoria da FEM, por seu empenho na concretização deste curso de mestrado interinstitucional e pela coordenação do projeto Kellogs.

Aos cidadãos/usuários do SMS, principais atores deste trabalho, pela participação e pelas inesquecíveis "lições", meus agradecimentos especiais.

Aos Funcionários do Centro de Saúde, pela disponibilidade e pela participação espontânea.

À UFSC - Departamento de Pós-graduação em Enfermagem,

À UFMT - Coordenação de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem e Nutrição.

À Pró-Reitoria de Pesquisa e Ensino de Pós-graduação da UFMT, na Figura da Profª. Drª. Flávia Regina de Souza Ramos pela oportunidade deste aperfeiçoamento profissional.

À todas as pessoas que, direta ou indiretamente participaram desta caminhada.

e

À todos aqueles que têm a esperança de construir um mundo melhor.

RESUMO

Em muitos momentos de nossa vida profissional temos nos indagado sobre a possibilidade de transformação da prática da enfermagem em um espaço ético e legítimo para a construção da cidadania. Este questionamento resultou de nossa indignação com nossas práticas tradicionais e da observação do descaso dos serviços de saúde para com os usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, e de sua passividade diante da situação vivida. Diante disto, nos propusemos a desenvolver uma prática de saúde junto a estes usuários, onde eles pudessem ser co-partícipes e co-responsáveis por seu processo saúde-doença e, ao mesmo tempo, caminhassem rumo a construção de sua cidadania. Assim, tendo por objetivo geral implementar uma Prática de Saúde Compartilhada– PSC– com usuários de uma unidade básica de saúde, fundada na participação, na socialização das informações e do saber, no diálogo, no autocuidado, e em uma permanente educação em saúde, pautada na metodologia da problematização; e perceber esta prática de saúde diferenciada nas expressões do usuário. Em sua execução, optamos por uma metodologia de pesquisa qualitativa que, através das técnicas da observação participante, da entrevista coletiva e do grupo focal, possibilitasse apreender o processo de construção de uma prática de saúde compartilhada, usando a Agenda de Saúde como instrumento de informação, sob a ótica dos usuários. Desenvolvemos este estudo, no período de março de 1997 a junho de 1998, junto a adultos com doenças crônico degenerativas, porque eles acorrem mais freqüentemente aos serviços. Os dados revelaram que antes da PSC, em “AS PRIMEIRAS IMAGENS”, os usuários eram considerados, por eles próprios, como doentes, discriminados pela sociedade, impotentes, desconhecedores dos determinantes de saúde, não reivindicantes de seus direitos e desconhecedores da prática de enfermagem. Quando envolvidos em uma “PRÁTICA DE SAÚDE COMPARTILHADA”, caminharam para o conhecimento do trabalho da enfermagem e de seus instrumentos, e desenvolveram seu potencial como sujeitos de seu processo saúde-doeça e como agentes de transformação. A PSC foi avaliada como uma prática diferenciada, provocando mudanças comportamentais, não só nos usuários participantes, como também em seus familiares, nos trabalhadores de saúde, e em alguns usuários da UBS não envolvidos no estudo. A Agenda de Saúde, além de ser considerada um instrumento de socialização do saber e da informação, serviu de reforço para a aprendizagem do autocuidado, favoreceu o cuidado integral e a continuidade das ações, permitiu a centralização das informações do usuário e favoreceu a interação humana. Com a PSC, os usuários passaram a conhecer o fazer da enfermeira e a solicitaram como gerenciadora do processo, integrando as ações necessárias para a manutenção e o controle de sua saúde. Pelos resultados pudemos reafirmar nossa crença na possibilidade de se exercer uma prática de enfermagem permeada, de forma permanente e consciente, por práticas participativas, dialógicas e de socialização da informação, que se constituam em exercícios de aprendizagem da liberdade, da resistência ao poder e da cidadania.

ABSTRACT

There are moments in our professional life when we have asked ourselves if it is possible to transform nursing practice in a legitimate and ethical manner to improve the rights of the people as citizens. These questioning resulted from our indignation with our traditional nursing practices, the lack of attention from the Brazilian National Health Service, SUS, to its users, and its current inactivity with life situation. Considering the above mentioned, we proposed to develop a health practice methodology with these users, where they could be co-participants and co-responsible for their own health-disease process. Consequently, they could collaborate to assert their rights and achieve benefits by raising their own citizenship. The main goal was to implement a Shared Health Practice, PSC, with the users of one Health Basic Unit. This program was based on the participation, dissemination of information and knowledge, dialogue, self care and a permanent health education, based on the methodology of the problematical. And also to understand this differentiated practice in the expressions of the users. A qualitative research methodology was selected, and participatory observation techniques, and focal group and general interviews were carried out. These techniques allowed us to learn the process to construct a regime for the shared program, utilizing the Health Agenda (Agenda de Saude) as an instrument of information, under the view of the users. The study was conducted in the period between March 1997 and June 1998. It involved adults with chronic degenerative diseases as they were the most frequently diagnosed diseases. The data suggested that before the PSC, the primary picture, the users considered themselves to be ill, discriminated against by society, and impotent. They were not aware of the factors that predispose them to ill health, their rights and they did not know their rights in relation to the nursing practices. When involved with a Shared Health Practice, they began to accumulate knowledge of the nursing practices and its instruments, and started to develop their potential as subject of their own health-disease process and agent of transformation. The PSC was evaluated as a differentiated practice, causing behavior changes, not only in the participants and their families, but also in health agents, and some users of the Basic Health Unit that were not involved in the study. The Health Agenda is considered as an agent of socialization and knowledge and it was utilized to reinforce the self care learning. It also allowed the integral care and continuity of the actions, it allowed to centralize the user information and the human interaction. With the PSC the users started to know the work of the nurses and to request them in the management of the process, by integrating the necessary actions to maintain and control their health. The results allow us to reassert our faith in the possibility to conduct a transparent nursing practice, in a conscious and permanent way by participatory practices, dialogue and socialization of information, which constitutes learning exercises of freedom and resistance to power and citizenship.

SUMÁRIO

RESUMO	i
ABSTRACT	ii
CAPÍTULO I – CONTANDO A HISTÓRIA, INTRODUZINDO O TEMA E DELIMITANDO AS PERSPECTIVAS DO ESTUDO	001
1 Introdução	001
2 Objetivos	009
CAPÍTULO II – CIDADANIA E SAÚDE: UMA CONSTRUÇÃO POSSÍVEL PELO TRABALHO EM ENFERMAGEM	010
1 O Direito à Saúde na sociedade brasileira - onde se efetiva a construção da cidadania	010
2 Refletindo sobre a cidadania	013
3 A saúde como direito social do cidadão	015
4 Participação: uma estratégia para a socialização do poder.	016
5 O Trabalho em Enfermagem e a Construção da Cidadania	020
6 Construindo cidadania na concepção educativa de Paulo Freire	022
CAPÍTULO III – EXPLICITANDO O REFERENCIAL TEÓRICO	027
1 Pressupostos	027
2 Conceitos	027
3 Interrelacionando os conceitos	031
CAPÍTULO IV – DESCREVENDO O CAMINHO METODOLÓGICO DO ESTUDO	032
1 A Metodologia de Pesquisa.	032
1.1 Os sujeitos	035
1.2 Entrando no campo da pesquisa	036

1.3	As técnicas e procedimentos	037
1.4	A análise dos dados	039
2	A Metodologia da Prática Assistencial – Uma construção compartilhada	041
CAPÍTULO V – A APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS		048
1	As Primeiras Imagens	048
1.1	A inserção do usuário no contexto e suas condições sócio- econômica-política e cultural .	049
1.2	O usuário no sistema público de saúde.	060
1.3	Percepção inicial sobre a prática da enfermagem	069
1.4	Apenas um usuário doente	070
2	Prática de Saúde Compartilhada (PSC) Rumo À Cidadania do usuário do SUS	074
2.1	Um interesse que surge aos poucos – o início.	074
2.2	Percebendo a consulta de enfermagem e a Prática Compartilhada	076
2.3	Conhecendo a ação da enfermeira	080
2.4	Vendo a Agenda de Saúde como instrumento de informação/ ou como instrumento de construção da cidadania	083
2.4	Havendo interação humana	089
2.5	Criando espaços para a prática coletiva	091
2.6	Percebendo a Prática Compartilhada de Saúde e a sua integralidade	094
2.7	No Compartilhar a mudança de concepção de ser sujeito	096
2.8	Mudança de concepção do processo saúde-doença	103
2.10	Avaliação da Prática	106
3	O Possível e o Recomendado na fala do usuário	107
3.1	Sugerindo mudanças individuais	107
3.2	Sugerindo mudanças na UBS	108

3.3 Sugerindo mudanças na Agenda	110
3.4 Sugerindo mudanças para a Comunidade	112
4 Tendo Expectativas	113
4.1 Em relação ao SUS e à UBS	113
4.2 Em relação à Prática de Saúde Compartilhada	113
4.3 Em relação ao seu processo saúde – doença.	114
CAPITULO V – VI- FAZENDO AS REFLEXÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.	116
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125
ANEXOS	126

I. CONTANDO A HISTÓRIA, INTRODUZINDO O TEMA E DELIMITANDO AS PERSPECTIVAS DO ESTUDO

1. Introdução

No segundo semestre de 1982, trabalhávamos no recém-reestruturado, física e administrativamente, Pronto Socorro Municipal de Cuiabá (PSMC), integrando um grupo de 17 enfermeiras¹. Vivíamos a primeira infância da implantação do plano de Ações Integradas de Saúde (A.I.S) - que tinha como objetivo a criação de um novo modelo assistencial, a unificação do sistema de saúde, através do fortalecimento da rede ambulatorial e de sua articulação com o serviço municipal, a co-gestão de serviços e recursos e a expectativa de seu sucesso ou o temor de seu fracasso, como ocorrera com tantos outros planos anteriores, dentre os quais citamos: o Plano Salte (1948), o Plano de Assistência Médica (1956), o Plano Nacional de Saúde (1968), o Plano de Pronta Ação (1970), o Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS (1976) e o Prev-Saúde (1979), que nem saiu do papel (Mato Grosso, 1988, 1995, 1998). Não tínhamos, ainda, oficialmente o sistema de referência e contra referência, nem os princípios de regionalização, hierarquização e distritalização, pois o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde - SUDS - só seria implantado em 1987. O cidadão não tinha, assegurado pelo Estado, o direito universal e igualitário às ações e serviços de saúde na rede pública, que passou a figurar no texto constitucional de 1988. As enfermeiras não tinham, ainda, respaldo legal para realizar consultas e prescrições, pois a lei n° 7498 que dispõe sobre o exercício profissional só seria aprovada em 25 de Junho de 1986. (COREN, 1993)

Dentro desse contexto, aquele grupo de profissionais, adotando uma posição de vanguarda para o Estado de Mato Grosso, resolveu implantar uma metodologia de assistência sistematizada de enfermagem a usuários que buscavam atendimento no Pronto Socorro. O objetivo daquela proposta era o de utilizar conhecimentos técnico-científicos próprios da Enfermagem para melhorar a qualidade da assistência à saúde da população cuiabana, a ampliação dos espaços de atuação e a valorização profissional. Para isto, decidimos por uma atuação orientada pelo instrumento básico da enfermagem científica: o Processo de Enfermagem.

Encontramos muitas dificuldades em sua implantação. A primeira delas foi, em nossa inexperiência com assistência sistematizada, a necessidade de escolher um dos modelos de assistência existentes na literatura. Após reflexões sobre modelos propostos, até naquela época, na enfermagem brasileira, por Paim, L. (1978), Paim, R. (1980) e respectivas fundamentações teóricas, e discussões em grupo tendo como pauta os relatos

¹ Optamos pelo emprego do termo enfermeira por tratar-se de uma profissão que predomina o gênero feminino.

das experiências de Lucckesi et al (1978) e de Fernandes (1980), decidimos adotar o proposto por Horta (1979), pela familiaridade acadêmica. Visando simplificação, eficiência e adequação à natureza daquela instituição, esse modelo foi adaptado para ser desenvolvido em quatro fases: Histórico de Enfermagem, Prescrição de Enfermagem, Evolução e Encaminhamento. Nosso Histórico de Enfermagem, por exemplo, consistia em um formulário menos diretivo que o sugerido por Horta e nossas Prescrições e Evoluções foram estruturadas em impresso único para todos os profissionais, não ocorrendo mudanças significativas em sua operacionalização. Peculiar mesmo foi a fase de Encaminhamento da lista de problemas de saúde do usuário, articulando o PSMC. às Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Esse encaminhamento decorreu do fato de que muitos dos problemas identificados não podiam ser solucionados em um Pronto Socorro, por ser sua natureza de atendimento de nível terciário. A concretização dessa última fase do processo de enfermagem exigia ações muito bem planejadas e constituiu-se em nossa segunda dificuldade. Para onde encaminhar o usuário com as informações e problemas de saúde levantados no PSMC, que não tinham sofrido intervenção da enfermagem? Como garantir a continuidade da execução dos planos assistenciais, atendendo assim ao princípio da integralidade?

Não queríamos que problemas solucionáveis a médio e longo prazo, muitos deles relacionados à promoção da saúde e ao ensino de auto-cuidados, fossem abandonados e seus registros arquivados em prontuários da instituição, em flagrante desrespeito ao indivíduo e ao esforço daqueles que se empenharam em sua identificação e planejamento resolutivos.

O critério de seleção do local de referência, para encaminhamento, foi a existência de profissionais enfermeiras. Por ser a única unidade de saúde que atendia a essa condição, foi escolhida a UBS do Bairro Bela Vista², para onde passamos a encaminhar o usuário internado no PSMC, após sua alta., independentemente de sua comunidade de origem.

Definido o local de referência na rede básica, surgiu nossa terceira dificuldade: que meio seria utilizado para repassar as informações, obtidas durante a internação, para o Centro de Saúde? Como encaminhar uma cópia do histórico de enfermagem, para evitar duplicidade de operações, e a lista de problemas destacando-se as ações já desenvolvidas? Via correio, via ambulância, ou através do próprio usuário? Optamos pela última alternativa e esta, pelos resultados obtidos, se revelou viável.

² situada na região leste do município de Cuiabá, e contando, na época, com duas profissionais enfermeiras gerenciando e realizando consultas de enfermagem (Azevedo, 1997)

Os primeiros históricos e planos assistenciais foram enviados em envelopes lacrados, pois temíamos despertar no usuário preocupações causadas pela incompreensão da terminologia técnica. Entretanto, este ato nos pareceu sustentar-se em um argumento frágil cujo objetivo seria negar ao usuário o direito, que julgamos natural, de acesso às informações sobre o próprio processo saúde-doença. Por esta razão, os encaminhamentos subseqüentes foram feitos sem qualquer empecilho à leitura do conteúdo do documento.

Todos os usuários, na expectativa e no ato de alta hospitalar, receberam orientações sobre a natureza do plano assistencial e sobre a importância do encaminhamento (realizado pelas enfermeiras) para a continuidade da assistência à sua saúde. Aqueles que seriam portadores de documento em aberto receberam explicações adicionais sobre seu conteúdo, durante as quais, buscando reduzir a própria ansiedade, opinaram, questionaram e esclareceram suas dúvidas, sempre com um interesse surpreendente.

Naquela época, o trabalho das enfermeiras do município era avaliado periodicamente em reuniões na Secretaria Municipal de Saúde e estas eram aproveitadas para avaliar, informalmente, também os resultados da articulação PMSC – UBS. No intercâmbio de experiências e observações, salientaram-se os seguintes fatos: 1) usuários portadores de documentos não lacrados eram mais ágeis na procura da enfermeira lotada na UBS de referência, mesmo que para isso tivessem que percorrer grandes distâncias; 2) usuários que retornavam ao hospital (PSMC) - contra-referência - após as consultas de Enfermagem realizadas na UBS, tinham "ares" de maior segurança e apresentavam maior capacidade de tomar decisões, evidenciando crescente independência, participação e co-responsabilidade no processo assistencial.

Naquela época, em nossa proposta assistencial, tínhamos apenas a intenção de unificar o método de trabalho, socializar as informações entre as profissionais enfermeiras e respeitar o princípio de integralidade do modelo assistencial, capaz de assegurar aos usuários o direito à atenção a saúde, dos níveis mais simples aos mais complexos, da atenção curativa à preventiva, bem como a compreensão do usuário em sua totalidade e singularidade. Não tínhamos como objetivo implementar uma prática que propiciasse aos usuários o acesso às informações sobre si e a participação no próprio processo saúde-doença, favorecendo assim a constituição de sujeitos autônomos e, por esta razão, nos surpreendíamos com as conseqüências desse trabalho articulando PMSC – UBS. Em nossas reflexões, perguntávamos: o que estaria provocando as mudanças de comportamento observadas? Seria a metodologia de assistência? Seriam as orientações dadas no PMSC, antes do encaminhamento, e/ou as fornecidas na UBS, durante a consulta de enfermagem? Seria o documento com informações sobre a própria saúde, ou o poder latente ao domínio dessas informações?

Aquela experiência perdurou por quase dois anos, sempre enfrentando resistência crescente de lideranças médicas antigas. Alheias aos resultados positivos e indiferente à qualquer contra-argumentação racional por parte da enfermagem, o poder médico hegemônico local via a nova proposta de trabalho da enfermagem apenas como algo que lhe retirava do controle da qualidade da assistência à saúde e o forçava, em muitos casos, em direção a uma nova postura ética e profissional, devido ao surgimento de um gerenciamento extra-classe do trabalho coletivo. Incomodando-se com a nova ordem que se estabelecia e, em particular, com as prescrições da enfermagem no mesmo espaço do formulário anteriormente usado de forma exclusiva pelos médicos; fato que nas representações da categoria médica provavelmente se configurava como uma perda de status e de poder. Diante disso, essas lideranças articularam junto ao governo municipal, já no crepúsculo de seu mandato, o remanejamento de enfermeiras do PMSC para Postos de Saúde. Sem habilidade política para lidar com esse caldeirão transbordante de paixões, não soubemos reverter esta decisão e só nos restou ver a interrupção de nossa experiência.

Esses conflitos políticos entre a enfermagem e a medicina, decorrentes da mudança na prática social da enfermagem, direcionando seu trabalho para além do modelo hospitalar burocratizado, de modo a priorizar o cuidado do ser humano, marcaram a todos que dele participaram, e foram também descritos recentemente por Moraes (1998).

O governo municipal seguinte, com o objetivo de implementar as ações básicas de prevenção e manutenção da saúde, alçou várias das enfermeiras afastadas, para chefias centrais da Secretaria Municipal de Saúde. Entretanto, compreendendo que ocorrera um declínio na qualidade da assistência no PMSC, contratou novas enfermeiras para aquela instituição. Estas retomaram o trabalho de assistência sistematizada, porém, de forma aleatória e restrita apenas ao espaço do hospital, abandonando definitivamente a prática do grupo anterior, fundada na indissociabilidade entre prevenção e ações curativas.

Ao repensá-la hoje, quinze anos após, não podemos ignorar que o fazemos em outro cenário sócio-político-econômico e em um momento onde nossos esforços se deslocam das tentativas de ampliação de atribuições, justificadas pela integralidade da assistência e pela busca da valorização profissional, que agudizaram os conflitos por território com outros profissionais da saúde, para reflexões sobre as questões ético-morais que permeiam nossas relações profissionais do dia a dia. Reflexões que nos têm conduzido a uma caracterização do nosso agir, a uma visão das conseqüências das velhas práticas e ao reconhecimento de nossas reais possibilidades e capacidade de implementar novas ações que contribuam para a “desconstrução de certas formas e ordens institucionalizadas do assistir em saúde” (Ramos & Martins, 1995, p. 71) e para avanços nas formas de viver.

Como cenário, temos, desde 1988, uma Constituição Federal que considera a saúde:
a) um direito universal e dever do Estado; b) como resultante da articulação de políticas

sociais e econômicas e da oportunidade de acesso à serviços para sua promoção, proteção e recuperação; c) como parte da Seguridade Social, cujas ações - destinadas a assegurá-la - são de relevância pública e providas por um Sistema Único de Saúde (SUS). Temos também as leis 8.080 de 20/09/90, dispondo sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização – segundo os princípios da universalidade, integralidade, **preservação da autonomia das pessoas, direito à informação sobre a própria saúde**, descentralização, comando único e **participação comunitária** –, e o funcionamento dos serviços de saúde; e 8.142 de 28/12/90 dispondo sobre a participação comunitária e sobre as transferências de recursos financeiros. Nossa Carta Constitucional, que é referência e dispõe sobre a saúde, e as leis regulamentando sua Seção da Saúde incorporam conceitos, princípios e propostas organizativas para o sistema de saúde provenientes do movimento da Reforma Sanitária, evidenciando um significativo progresso moral coletivo (Garrafa, 1995). Elas representam conquistas legais para o setor saúde e são importantes porque contemplam, principalmente, segmentos marginalizados e afônicos da sociedade brasileira. No entanto, elas ainda não se constituíram em realidade objetiva e continuam apenas refletindo nossas utopias, pois sua concretização depende da mobilização desses segmentos, para os enfrentamentos políticos, visando a garantia de seus direitos. Uma demora previsível, face ao caráter processual da implantação do SUS, mas que representa um risco, ponderando-se o comportamento conservador e imediatista predominante em nossa sociedade, e a possibilidade de se reacender o instinto exterminador de nossas elites diante de projetos que não dão ou não devem dar certo.

Entendemos que o engajamento no trabalho de consolidação dessas conquistas depende do compromisso político e da percepção de que elas possuem em seu ventre um saudável embrião de uma das mais conseqüentes propostas de reforma do aparelho estatal brasileiro: a abertura do Estado ao controle da sociedade. Diante disto, é quase consensual que o momento histórico vivido pela democracia neste país, impõe aos trabalhadores da saúde e, em particular, aos profissionais de Enfermagem, ainda que de forma parcial mas significativa, a responsabilidade ética de desenvolver estratégias que, em suas práticas cotidianas de saúde junto a usuários do SUS, favoreçam a produção de sujeitos coletivos preparados para ocupar o espaço legal e legítimo criado, e politicamente empenhados na promoção das mudanças necessárias em nossas instituições sociais.

Vemos que em nossos dias, a participação da comunidade na organização, controle e fiscalização do SUS tem ocorrido de forma: indireta, através de seus representantes nas instâncias criadas pelo Estado, em cumprimento à legislação, como Conferências e Conselhos Nacionais, Estaduais, Municipais, Distritais e Locais de Saúde; e/ou, direta, através do movimento popular, em sua luta pela ampliação e consolidação dos direitos da

cidadania, de forma organizada, autônoma e consciente, como meio de resistência ao poder do Estado.

Na efetivação da participação indireta, a formação de conselhos de saúde tem ocorrido sob o critério da paridade e, em cada estado/município/distrito, essas instâncias têm apresentado diferentes composições tanto do ponto de vista qualitativo (elementos constituintes) quanto quantitativo (proporção entre os constituintes), por exemplo: a) Conselho Estadual de Saúde (CES) - Bahia - 50% de representantes do Estado e 50% de representantes da sociedade civil (Central Única dos Trabalhadores - CUT, Confederação Geral dos Trabalhadores, Federação Estadual dos Trabalhadores da Agropecuária, Pastoral da Saúde, Sindicatos, Associações de Bairros e outros); b) Conselho Gestor Local-Cuiabá – 50% de usuários, 25% de trabalhadores da saúde e 25% prestadores de serviço (Valla & Stotz, 1991).. Entretanto, paridade na constituição de conselhos não tem sido garantia de uma atuação pautada na defesa intransigente dos interesses da comunidade, mas tem sido utilizada para dissimular uma heterogeneidade de composição que potencializa aglutinações entre elementos em função de interesses comuns e cria uma correlação de forças flutuante cuja resultante nem sempre tem a direção do benefício dos usuários do SUS, embora sempre tenha a auréola de legítima. Adicionalmente, a existência no movimento popular de entidades de representatividade duvidosa e sua participação em conferências, interferindo e até determinando critérios para a escolha de conselheiros, tem propiciado a nomeação de representantes suscetíveis ou coniventes com práticas de cooptação e de clientelismo, típicas do Estado e de esquemas político-partidários (Valla & Stotz, 1991). Além disto, a ausência de mecanismos para a democratização das informações em saúde, intencional ou não, tem limitado a atuação dos representantes da comunidade em conferências e conselhos de saúde.

Em relação à participação direta, verificamos que os embates entre os movimentos populares e o Estado, pela melhoria das condições de saúde e das instituições de assistência à saúde, são anteriores à promulgação da Constituição Federal de 1988. Foram iniciados na década de 70, em municípios das regiões Sudeste e Sul, durante a urbanização do país (favelização das grandes cidades) resultante do processo de concentração e internacionalização do capital (L'Abbate, 1992; Valla & Stotz, 1994). Suas vitórias muitas vezes ocorreram porque, de forma persistente, tornaram públicas reivindicações e denúncias, dificultando a ação protelatória e dissimuladora da burocracia estatal. Entretanto, a falta de informações técnicas para subsidiar suas reivindicações (Valla, 1996), e a alienação da população/usuários dificultaram a mobilização, mesmo diante de questões relevantes, o que têm atenuado a contribuição e até impedido a consolidação de movimentos populares de saúde locais.

Apesar de explicitar tantos conflitos e dificuldades, cremos que a participação da comunidade na gestão e produção de políticas de saúde é um caminho, para a garantia do direito à saúde e para a aprendizagem da participação, que não pode ser abandonado, pois “o resultado global” tem sido “positivo e aponta para um movimento democratizador na saúde, sem precedentes em nenhum outro espaço social da vida nacional” (Mendes, 1996, p.69).

Vemos sem dúvida, que todas essas dificuldades têm fragilizado a participação comunitária, mas têm também constituído experiências, acumuladas pelos movimentos sanitário e popular, que apontam para algumas estratégias de superação. Segundo Valla & Stotz (1991 p. 32), por exemplo, uma parte do movimento popular tem participado dessas instâncias criadas pelo Estado, não em caráter deliberativo, mas “apenas em caráter consultivo, procurando manter a independência e autonomia das entidades e utilizando as formas de luta que não se restrinjam ao âmbito da negociação entre representantes de um conselho”, ou seja, priorizando formas diretas de participação, como a criação paralela de Conselhos Populares de Saúde com o objetivo de “pressionar os órgãos públicos para o atendimento das reivindicações e direitos da população, fiscalizar a aplicação das verbas públicas e lutar contra a mercantilização da saúde, (...) e pela estatização do setor privado que presta serviço na área de saúde”. Para suprir a falta de informações técnicas, Valla (1996) propõe a realização de um “diagnóstico participativo” da situação de saúde, por profissionais da saúde e entidades populares, que permita à sociedade civil organizada ter em mãos uma avaliação diferente, paralela e até mais completa que a disponível pelo Estado sobre a mesma questão.

Complementando, Mendes (1996) relata que alguns municípios avançam no sentido de “propiciar a capacitação dos conselheiros mediante cursos regulares e de prover, de forma sistemática, as informações necessárias para o exercício do controle social da saúde”. (Mendes, 1996, p. 69)

Entendemos que estratégias como as propostas acima, em sua maioria, representam apenas soluções temporárias para os problemas que enfrentamos pois não eliminam suas “gemas de brotamento” que são a pobreza política de nossa sociedade. Além disto, ao propor uma aliança entre os profissionais de saúde/academia/população ou cursos para conselheiros, elas abrem espaço para a tutela permanente do movimento popular e para a reprodução de formas conhecidas de dominação pelo conhecimento.

No momento, soluções mais definitivas têm sido construídas no âmbito da teorização e prática da Educação em Saúde, a partir de uma visão do processo saúde-doença como produção social. Nesta perspectiva, a literatura tem registrado reflexões (Gonzaga, 1992), propostas (Wendhausen, 1992^o) e estudos de caso (Silva, 1992, Gonzaga, 1994, Heidemann, 1994, Wosny, 1994) na qual a educação é compreendida

como um componente essencial e inseparável do conjunto de práticas realizadas por profissionais da área de saúde, relacionando-as entre si e com o meio, capaz de preparar o indivíduo/comunidade para intervir na realidade, por iniciativa própria, e conquistar melhores condições de vida.

A percepção da necessidade de formar cidadãos tem gerado processos de trabalho de educação em saúde com a mesma finalidade, mas com objetos e instrumentos diferentes. Wendhausen (1992^b), por exemplo, realizou estudo tendo como objeto de trabalho a consciência individual e como instrumento o processo de enfermagem com planejamento e avaliação conjunta das ações, e visitas domiciliares. Gonzaga (1994), por sua vez, teve como objeto a consciência individual e coletiva, e como instrumento o itinerário pedagógico de Paulo Freire.

Diante desta necessidade e de uma prática profissional em transformação, mas ainda marcadamente caracterizada pela expropriação da cidadania e do corpo (Silva, 1992); negação das relações sociais e da cultura do usuário, ausência de informação e ineficácia do processo comunicacional (Faria, 1996); e redução da prática educativa a ações realizadas em momentos demarcados do processo de trabalho, usando técnicas e recursos didáticos tradicionais (Gonzaga, 1992), nos propusemos a desenvolver e implementar uma Prática de Saúde Compartilhada (PSC) juntos aos usuários de uma unidade básica de saúde fundada nos princípios da:

- integralidade do sujeito/usuário.
- integralidade e continuidade das ações;
- centralização e integração das informações sobre o processo saúde-doença num documento único;
- socialização das informações e do saber; através de práticas participativas e dialogadas
- socialização do poder decisório;
- ampliação do espaço de participação;
- co-participação e co-responsabilidade na elaboração e implementação de estratégias de enfrentamento dos determinantes de saúde;

A proposta deste estudo lança as seguintes indagações para a construção de seu objeto:

É possível transformar o trabalho de enfermagem em um espaço ético e legítimo para a construção da cidadania dos sujeitos/ usuários do serviço de saúde?

É significativo para o sujeito/ usuário vivenciar o seu processo saúde-doença através de uma prática de saúde compartilhada?

Esta prática de saúde compartilhada contribui para a construção da cidadania?

Buscamos respostas a estes questionamentos que pudessem ser não só respostas a este estudo mas, sobretudo, respostas dos usuários enquanto sujeitos³ na construção individual e coletiva de melhores condições de vida.

Dessa forma a proposta deste estudo tem como;

2. Objetivos

- Implementar uma prática de saúde compartilhada com usuários de uma unidade básica de saúde, tendo como fundamento o exercício da cidadania por meio de práticas participativas, dialogadas e de socialização do saber.
- Perceber, nas expressões do usuário, a prática de saúde implementada

³ **sujeito** é uma pessoa em busca de autonomia, disposta a correr riscos, a abrir-se ao novo, ao desconhecido, e na perspectiva de ser alguém que vive numa sociedade determinada, capaz de perceber seu papel pessoal/profissional/social diante dos desafios colocados a cada momento. O conjunto de seres humanos, neste trabalho, compreende os trabalhadores de saúde e os usuários que utilizaram os serviços do Sistema Único de Saúde. Utilizaremos a terminologia usuário apenas por ela ser comumente empregada, não deixando de considerar a integralidade como sujeito em suas dimensões socio-cultural-histórica-política-econômica-ecológica e espiritual (L'Abbaté, 1994).

Pedimos portanto lê-se sujeito usuário toda a vez que aparecer a palavra usuário.

II . CIDADANIA E SAÚDE: UMA CONSTRUÇÃO POSSÍVEL PELO TRABALHO EM ENFERMAGEM

1. O Direito Social à Saúde na sociedade brasileira - onde se efetiva a construção da cidadania

Na primeira metade deste século, encontramos políticas de saúde voltadas para o atendimento ao modelo agroexportador da economia brasileira, centradas no saneamento e erradicação ou controle de doenças nos espaços destinados à produção e ao escoamento de produtos para a exportação. Esse modelo hegemônico de saúde é chamado de sanitarismo campanhista, e atua numa visão militarista de combate à doenças de massa, de decisões centralizadas e ações de estilo repressivo sobre os corpos individual e social. A criação da Fundação SESP- Serviço Especial de Saúde Pública, em 1942, possibilitou a importante interiorização das ações de saúde para o Norte e Nordeste do país, financiadas com recursos dos Estados Unidos da América, que, em um momento crucial da Segunda Guerra Mundial, dependiam da extração de borracha e manganês em áreas onde a malária estava descontrolada (Chioro & Scaff, 1996; Mendes, 1994).

Após sua implantação durante o Estado Novo de Getúlio Vargas, a Previdência transformou-se em sócia privilegiada do Estado, financiando com seus recursos a indústria de base, fundamentais para o avanço da industrialização e do capitalismo no Brasil. Com a industrialização do país e a conseqüente migração da população rural para as cidades, a demanda por assistência médica aumentou, havendo a necessidade de ampliação da estrutura hospitalar, o aparecimento da assistência médica da Previdência Social e a concomitante mudança do modelo sanitário (Chioro & Scaff, 1996).

Na mesma época, se deu o crescimento da atenção à saúde, centrada na ação médica e o esvaziamento progressivo das ações campanhistas levaram a hegemonização do modelo médico-assistencial privatista. A visão de saúde hospitalocêntrica e, naturalmente, de alto custo favoreceu o fortalecimento da indústria de medicamentos e de equipamentos hospitalares.

As condições políticas para aquela hegemonização surgiram com o movimento de 1964, pela preponderância, dentro dele, da denominada coalizão internacional modernizadora e pelas políticas econômicas dela decorrentes, especialmente a centralização de recursos no governo federal, o controle do déficit público e a criação de fundos específicos não tributários para dar suporte as políticas setoriais (Mendes, 1994).

A lei 6.229 de 1975 institucionalizou o modelo médico-assistencial privatista, definindo as competências das instituições públicas e privadas e propondo mecanismos de integração e coordenação (Mendes, 1994). Esta lei consagrou e consolidou a divisão dos

espaços institucionais que vinha se delineando, com separação nítida e definição de competência de ações de “saúde-pública” para o Estado e ações rentáveis de “atenção médica” para o setor privado intermediado pela Previdência Social, ficando o setor privado internacional como formador de tecnologia e produtor de medicamentos (Mendes, 1994).

O esgotamento do modelo médico-assistencial privatista, no final da década de 70, tinha como pano de fundo uma crise fiscal do Estado com fortes repercussões na Previdência Social. Aliadas à esta, encontravam-se: sua inadequação à realidade sanitária nacional devido ao impacto insignificante da prática médica curativista e reabilitadora nos perfis de morbimortalidade; os custos crescentes frente a demanda em expansão; a falta de clareza dos critérios para compra de serviços dos hospitais privados; a insatisfação crescente de diversos segmentos da sociedade com a gradativa perda de qualidade da Previdência Social em seus serviços prestados e; a exclusão de assistência à expressiva parcela da população (Mendes, 1994).

As políticas de Saúde, delineadas na década de 80 e início dos anos 90, desenvolveram-se no contexto de uma profunda crise econômica que se expressava no panorama nacional e internacional, coincidindo com o processo de redemocratização do País, que permitia o surgimento de novos atores sociais participando nos processos decisórios políticos e dispostos a resgatar a imensa dívida social acumulada no período autoritário (Mendes, 1994).

Abrem-se espaços políticos e institucionais para o desenvolvimento da Reforma Sanitária Brasileira, que se confronta com o projeto neoliberal, que propõe a superação da crise na saúde através de “maquiagem” do modelo médico-assistencial privatista. Estrategicamente, a Reforma Sanitária ocorre de forma sutil, com baixo potencial de geração de resistência, de maneira a consolidar-se (Mendes, 1994).

Chioro & Scaff (1996) referem a dificuldade para se estabelecer com fidelidade o marco inicial de um movimento social como o da reforma sanitária. Reconhecem a contribuição de diversos atores, através de suas formulações teóricas, diferentes processos, lutas políticas, experiências práticas e outros, as quais forjaram historicamente o nascimento desse movimento.

Esses autores registram a experiência de implantação, a partir de 1975, de redes de atenção básica à saúde em vários municípios, cujos prefeitos, eleitos pelo então MDB, abriram importantes espaços institucionais para as ações de profissionais da área de saúde coletiva, bem como para proposta da Conferência Mundial de Saúde em Alma-Ata, a qual priorizava a atenção e os cuidados primários de saúde. Ressaltam ainda que essa proposta “coincidia com a necessidade de expandir a atenção médica a partir de um modelo de baixo custo para as populações excluídas, especialmente as que viviam nas periferias das cidades e nas zonas rurais”, sendo, por isso, implementada como uma “atenção primária

seletiva com recursos marginais, para a população marginais, com tecnologias baratas e simples, pessoal com baixa qualificação e desarticulados de um sistema hierarquizado resolutivo”, distante da proposta original que se implantada de fato possibilitaria “maior eficiência, satisfação da clientela e impacto sobre as condições de vida e de saúde”.(Chioro & Scaff ,1996 p. 3)

Outros fatores e atores que contribuíram para a elaboração da proposta da Reforma Sanitária também foram destacados por Chioro & Scaff (1996), como as reflexões e debates promovidos pelo CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, e pela ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde coletiva, a socialização de experiências municipais, conciliando conhecimentos teóricos e práticos na implantação de sistemas municipais de saúde, o surgimento e o fortalecimento do movimento popular de saúde e do movimento dos secretários municipais de saúde, e o surgimento de um novo movimento sindical com destaque e importância para a CUT.

Apesar de incorporar as contradições do modelo assistencial e refletir a correlação de forças presentes, naquele momento histórico, a Constituição de 1988 acolheu as idéias fundamentais do projeto de Reforma Sanitária, que permitiram a continuidade da luta política entre poderes nem sempre explicitados. São elas: a determinação do direito social universal à saúde e o dever do Estado frente ao mesmo; a integração da saúde no espaço mais amplo da seguridade social; e, a determinação da organização da assistência à saúde em um Sistema Único de Saúde (SUS), fundado no atendimento integral e na participação da comunidade (Mendes, 1994 ; Chioro & Scaff, 1996).

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, efetivou juridicamente as conquistas contidas na Constituição Federal. Dela salientamos o Sistema Único de Saúde, com a incorporação do modelo epidemiológico e do direito à informação e à participação comunitária, como condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. (Chioro & Scaff, 1996; Mendes, 1994).

O envolvimento da comunidade na gestão do SUS e de seus recursos financeiros na área de saúde são definidos na Lei 8142, de 28 de Dezembro de 1990. (Chioro & Scaff, 1996; Mendes, 1994).

As conquistas jurídico-legais na área da saúde impõem novas responsabilidades ao Estado, porém este passa por uma crise econômica e fiscal profunda, frente a um quadro social decorrente de décadas, que se aflora brutalmente, desnudando o fracasso social, ao qual parece incapaz de reverter (Mendes, 1994).

Na década, 1980-90, tendo como pano de fundo uma profunda crise econômica e política apresentam-se na arena sanitária brasileira, dois projetos alternativos em permanente tensão: um, portador de nítida hegemonia, o projeto neoliberal e o outro, contra-hegemônico, a reforma sanitária (Mendes, 1994)

As propostas de saúde estão sendo elaboradas e decodificadas em um campo de luta de poderes políticos, ideológicos e técnicos que estão em jogo os pressupostos estabelecidos na constituição e inscritos nos textos jurídicos legais; e os interesses dos grupos dominantes, concretizados nas práticas sociais ainda derivadas do modelo médico-assistencial, que visam regular a saúde pelo mercado. Assim como Mendes (1994), nos contrapomos de forma eficaz e conseqüente ao projeto neoliberal de saúde, que tende pelos movimentos atuais da economia, a se fortalecer?

Apontamos como possibilidade para uma mudança qualitativa do sistema de saúde, a adesão da população pela possibilidade de sua intervenção no destino desse sistema. Cremos que a constituição cidadã permite e exige ao mesmo tempo o exercício da cidadania para manter e avançar em suas conquistas.

2. Refletindo sobre a cidadania

Para fazermos reflexões acerca da cidadania formulamos algumas questões, como se seguem:

O que é cidadania?

Para respondermos a esta pergunta, temos primeiro que repensar o que é ser cidadão. Para Covre (1995, p. 9), "ser cidadão significa ter direitos e deveres, ser súdito e soberano". No entender de Ferreira (1992, p. 324), o termo cidadão é definido como "indivíduo no gozo dos direitos civis e políticos de um Estado, ou no desempenho de seus deveres para com este".

Quanto ao conceito de cidadania, este vem sendo construído ao longo da história e sofrendo sua influência. A constituição do Estado Moderno, consolidado sobre um domínio territorial, reconhece o indivíduo como membro do Estado, com direitos e deveres individuais inerentes à condição de cidadão (Covre, 1995).

Lebrun (1994), diz que ao ingressar na sociedade, o homem abandona dois poderes que dispunha no estado de natureza: fazer tudo o que julgar conveniente para sua conservação; e punir infrações contra a lei natural.

Os direitos e deveres dos cidadãos estão descritos na Carta de Direitos da Organização das Nações Unidas, de 1948, e fundamenta-se em princípios importantes (Covre, 1995):

- os homens são iguais;
- os homens têm liberdade;
- os homens têm direitos e obrigações assegurados em lei.

Para viver em sociedade, os homens precisam conciliar esses princípios, de modo a superar possíveis antagonismos e/ou conflitos. Por exemplo, quando diferentes hierarquias, de pesos ou interpretações são atribuídos a estes princípios, em questões concretas da vida

social; na elaboração de conceitos de justiça e lei, que irão construir o suporte legitimador do modelo de organização social e política de um país.

As responsabilidades da elaboração e manutenção dos conceitos acima são assumidas perante o coletivo. Mas assumidas por quem?

Pelo coletivo na forma de Estado!

Os seres humanos, ao escolherem viver coletivamente, abrem mão de sua liberdade natural em prol da proteção da coletividade, sujeitos a ela através de um poder organizado na forma de Estado. Ornellas (1995) reconhece o direito dos indivíduos e atribui ao Estado o dever de garantir esse direito.

O suporte ideológico do Estado Moderno é constituído pelos direitos naturais do homem; são ditos naturais por pertencerem ao mesmo pelo simples fato dele ser homem. Esses direitos naturais podem ser expressos em termos de direitos-civis, políticos e sociais, igualitários a todos os indivíduos que coexistem numa sociedade, que atende a existência digna dos mesmos (Covre, 1995).

Há outra questão que nos incomoda: no jogo da igualdade e liberdade, qual a força motriz?

Respondemos que é o poder, diferente daquele herdado dos tempos monárquicos com conceito unilateral dominante x dominado; mas o conceito de poder que permeia todas as nossas relações, que é organizador de forças .

Essas forças organizadas estarão diretamente envolvidas com o nível de satisfação dos direitos, em confronto com interesses e ideais de igualdade/liberdade dos agrupamentos humanos de uma coletividade. Buscam fazer valer os direitos estabelecidos, através da Constituição dos Estados Nacionais, assim como determinam os demais interesses e conquistas gerados no contexto destas lutas cotidianas de poderes.

Os direitos, mesmo que tornados lei, são dependentes destas forças para se efetivarem e serem usufruídos, ou seja, "a Constituição é uma arma na mão de todos os cidadãos, que devem saber usá-la para encaminhar e conquistar propostas mais igualitárias" (Covre, 1995, p. 10)

Entendemos com isto que cidadania é um processo, por inserir-se nas condições objetivas do contexto social e político que é extremamente dinâmico e não acabado, visto requerer sua prática constante dentro do jogo de poderes e relação de poder. Esta prática requer consciência do coletivo, pois cidadania é construção conjunta, possível através de forças organizadas para apropriar-se dos espaços e garanti-los.

A Constituição do Estado Moderno, na qual a instância política - o Estado - possibilita a participação na distribuição de poder, é provedor dos indivíduos em geral; o que favoreceu o distanciamento desses indivíduos da consciência de serem sujeitos dos processos, tornando-os meros receptores das ações deste Estado.

3. A saúde como direito social do cidadão

Cidadania faz parte da pauta das reivindicações dos movimentos sociais que lutam por condições econômicas, políticas, sociais e culturais, que possibilitem a "igualdade" no convívio coletivo e a uma vida digna. Os direitos civis, políticos e sociais dos seres humanos estão interligados e são dependentes das existências um dos outros para sua efetiva realização. Eles emergiram no século XIX e compreendem os direitos civis, sociais e políticos: "os direitos civis dizem respeito basicamente ao direito de se dispor do próprio corpo" (Covre, 1995, p. 10). Estão reconhecidos na Gênese dos Estados Modernos. "Os direitos sociais dizem respeito ao atendimento das necessidades humanas básicas" (Covre, 1995, p. 14), que foram normatizados a partir do século XX; e "os direitos políticos dizem respeito à deliberação do homem sobre a sua vida, principalmente relacionam-se à convivência com outros homens em organismos de representação direta ou indireta, resistindo a imposição dos poderes. Dizem, assim respeito a deliberação dos outros dois direitos, os civis e os sociais" (Covre, 1995, p. 15).

Em uma sociedade como a nossa, vemos que os direitos sociais, entre os quais encontra-se o direito à saúde, são produtos de um movimento que satisfaz a necessidade histórica de organização do capitalismo. Os direitos sociais estão diretamente envolvidos na conservação e reposição da força de trabalho e respondem à necessidade de mão-de-obra livre. Sobre essa égide constroem-se esses direitos sociais, sujeitando a classe trabalhadora e "mantendo-a passiva, receptora desses direitos, que supostamente devem ser agilizados espontaneamente pelos capitalistas e pelos governantes". (Covre, 1995, p. 14)

Então, este distanciamento de participação dos indivíduos e seus direitos só podem ser revertidos se os espaços forem conquistados e ocupados efetivamente por eles. Suplantando o discurso da suposta "igualdade de direitos" que omite a realidade social em que vivemos, favorece a aceitação e legitimação das desigualdades de acesso aos mesmos, inerentes ao sistema de classe. Assim sendo,

são duas as trajetórias da conquista dos direitos sociais: a que resulta das lutas da classe trabalhadora organizada e o caso em que esses direitos resultam da outorga do Estado, em diferentes situações, destacando aquelas em que isto se dá como um mecanismo que viabiliza um projeto de dominação (Ornellas, 1995; p. 185).

Desta forma, questiona-se: Saúde é Direito Social?

A evolução do conceito saúde-doença, de uma visão unicausal de doença até o conceito atual, em que o processo saúde-doença é uma produção social, tem no conceito de cidadania a sua base. Por entendermos que,

a saúde-doença como expressão coletiva das condições objetivas da existência em que se vive uma população, amplia a concepção de saúde que se torna, antes que, um direito assegurado, um objetivo a ser alcançado (Ornellas, 1995, p. 187)

Podemos analisar o direito à saúde enquanto direito natural necessário à condição do ser humano, ou enquanto categoria econômica, entendida como mercadorias, que está distante do princípio de direito natural.

A mercantilização da saúde presente em nossa realidade confronta com os direitos de liberdade e igualdade - base do conceito da cidadania. Assim entendendo, surgem alguns questionamentos, como:

- Como ter cidadania se saúde é considerada mercadoria?
- De que forma podemos tornar saúde/ mercadoria em saúde/cidadania?
- De que forma o usuário do SUS pode contribuir para que haja mudança de saúde/mercadoria em saúde/cidadania?

Respostas para estas questões no momento nós não as temos. No entanto, cremos que o usuário, exercendo sua cidadania, poderá reverter, a longo prazo, a relação saúde/mercadoria em saúde/cidadania.

Corroboram nossa crença as afirmações sobre cidadania de alguns autores. Para Garrafa (1994), primeiro, os cidadãos precisam compreender cidadania seus direitos e deveres; segundo, os cidadãos precisam compreender os direitos aí implícitos e, terceiro, os cidadãos precisam exigir esses direitos de si e dos políticos.

Desta forma, entendemos que o cidadão que assegura seu direito tem maiores oportunidades de exercer sua cidadania, ocupar espaços, garantir a manutenção a sua saúde e condições dignas de vida .

A conquista da cidadania necessita da ação consciente dos seres humanos. Compreendemos, assim como Saube (1992) que consciência é a "forma superior e especificamente humana de reflexão da realidade", que leva a compreensão do existir do homem no mundo e com o mundo.

4. Participação: uma estratégia para a socialização do poder.

A saúde do brasileiro vai mal diz Oliveira & Souza (1998), não é preciso fazer nenhum esforço para observamos a presente realidade das condições de vida e saúde de nossa população. É só avaliar o que os indicadores sociais, econômicos e epidemiológicos mostram - a existência de uma forte exclusão social, com imensas camadas sociais marginalizadas do acesso às condições dignas de vida humana.

Isto sem considerarmos a má qualidade da assistência dos serviços de saúde pública. Estes serviços estão disponíveis para a população, mas, o seu acesso é muito difícil e muitas vezes não são eficientes e nem eficazes, para a tenção à saúde da população. O cidadão é obrigado a enfrentar filas imensas, morosas esperas e um atendimento, muitas vezes, sem resolutividade.

Creemos que a grande massa da população brasileira depende desse Sistema Público de Saúde, que possui pouco recurso financeiro, devido a mal distribuição do orçamento da união destinado à saúde, com um sistema administrativo ainda centralizado, no qual privilegia o nível de atenção terciário, tendo assim, dificuldades para realizar os objetivos a que foi proposto. O SUS não foi criado para servir como o sistema de saúde direcionado aos pobres e indigentes, mas para ser o sistema de referência de saúde para todos os brasileiros, com atenção à saúde de qualidade, eficiente, eficaz, resolutivo e democrático.

Vimos que o SUS assegura o direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema - dirigentes institucionais, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde, a comunidade, a população e principalmente os usuários do serviço de saúde. Esse direito abrange desde a tomada de decisão sobre as políticas públicas, que são definidas no nível de atuação local, o planejamento e a execução das ações e serviços de saúde no espaço social da população local.

Essa participação da população no SUS, está legalizada e legitimada pelas Organizações dos Conselhos de Saúde nacional, estadual e municipais, devendo respeitar o critério de composição paritária; ou seja participação da sociedade civil dotada de poder deliberativo.

Entendemos que a participação da sociedade, principalmente os usuários do Sistema de Saúde, deve ser concebida como integrante da organização administrativa do município e não como sendo simplesmente representante "consultivo" deste sistema.

Cabe assim, (re)pensarmos a real participação da comunidade no cenário político da saúde. Sabemos que é assegurado o direito à participação social, porém esta deve ser construída da base para o ápice do sistema de saúde e não ao inverso. Pois, a participação efetiva pressupõe o deslocamento de poder, de forma a possibilitar a construção de sujeitos-cidadãos. O significado da cidadania deve avançar em relação a idéia da cidadania regulada através de leis, normas instituídas pelo poder público. A cidadania plena deve ser vivida, questionada, (re)construída no cotidiano da vida de um grupo, é o agir para construir o seu próprio destino. É sobretudo, ser sujeito das suas vontades e reconhecer que antes do coletivo existe as necessidades individuais de cada ser humano, que deve buscar com seus pares, que possuem necessidades semelhantes, forças para mudar o panorama da saúde e melhorar a qualidade de vida de uma dada comunidade.

Cabe lembrar, que o termo cidadania sempre está relacionada à igualdade e à democracia. Tal significado traz à tona a complexa relação entre o Estado, a sociedade e cada indivíduo. Não podemos pensar a cidadania como forma de homogenizar os indivíduos na sociedade. A visão da cidadania deve ser calcada na construção das relações sociais igualitárias, democráticas na qual os indivíduos, embora diferentes entre si, buscam

coletivamente soluções para seus problemas cotidianos. Assim, o indivíduo, com suas particularidades, exercem a cidadania plena e constrói coletivamente a cidadania regulada e (re)organizada pelo Estado.

O controle social, para Westphal (1992, p. 2), caracteriza-se pela “participação popular em instâncias do aparelho de Estado, órgãos, agências ou serviços públicos responsáveis pelas políticas públicas, tornando-se instrumento necessário e indispensável para que haja eficácia dos direitos positivados em lei.”

Para Garrafa (1995) o controle social na saúde justifica-se por ser a saúde um bem público que não pode ter suas ações e parâmetros éticos decididos unilateralmente por interesses econômicos, de grupos ou de categorias profissionais que militam no setor, por mais bem intencionadas que sejam. Enfim o controle social efetua-se no exercício da vontade autônoma dos usuários, partilhando o poder de decidir questões públicas.

Nesse sentido, entendemos que o direito de cidadania inclui a participação do usuário do sistema público de saúde no seu processo de viver a saúde e a doença e, sobretudo, na tomada de decisão do cuidado de si. Este Sistema é conhecido e vivido por ele nas lutas pela melhoria da atenção à saúde sendo possível modificar esse contexto. Para mudar o panorama da saúde, passa primeiro por incorporação, pelo usuário, de ser agente de mudança e ser sujeito e não objeto nas lutas sociais.

Para Demo, (1988, p. 41) “Participação é conquista”, não é concessão Não existe participação dada, imposta, prévia ou suficiente. Participação vem depois, se conquistada. Precisa ser conquistada. Precisa ser construída, todo o dia recuperada. Ela deve ser compreendida como um processo infundável em constante vir a ser, e sempre se fazendo – a essência da autopromoção. Sendo ela processual e histórica.

Participação é o processo social, que segundo Souza (1987, p. 81), “é o próprio processo de criação do mundo, ao pensar e agir sobre os desafios sociais nos quais ele [o usuário] próprio está situado”. Para a ação participativa, tem como exercício a efetivação do controle social.

Porém, esse controle social precisa ser vivido pelos cidadãos do SUS no pleno exercício de reivindicações pelos representantes legais que tem voz (ou deveira) para garantir a melhoria da qualidade de saúde da comunidade. Caso contrário, a participação popular torna-se apenas de “direito” assegurada por lei, regida pelo Estado e não de fato.

Com isso, o significado do exercício da cidadania é regular os sujeitos-cidadãos, uma vez que o poder mantém-se ao nível central, preso no ápice das estruturas macrosociais. Assim, os sujeitos-cidadãos são cerceados de exercerem o poder nas suas bases.

Foucault (1988) analisa que o poder é móvel e possível de ser modificado. Para o autor, o poder situa-se nas micros relações sociais. Não existe um polo dominador e outro dominado, porque ambos exercem o poder e são submetido à ele. Dessa maneira, o poder

não é analisado como uma estrutura fixa, mas à nível de sujeitos históricos, sociais que podem mudar a realidade uma vez que está mediada pelo poder, é factível de mudança.

Pensamos que a participação popular no SUS, facilitada por meio de uma prática de saúde compartilhada, é uma forma pelo qual o usuário poderia interferir na execução das ações de saúde, a partir do momento que passa a refletir e analisar a sua situação como agente modificador dessa realidade, adquire consciência do saber e do poder exercida por ele e a compreensão das questões que interferem nas condições de vida da coletividade.

Inerente ao processo de construção da cidadania está a participação. Entendemos participação como uma luta do plano individual para o plano coletivo, necessária à construção de melhor qualidade de vida para todos os cidadãos. No plano Individual é algo que pode estar presente no cotidiano das pessoas e, assim cada um busca conhecer a necessidade através de sua vivência e da reflexão sobre as condições sociais existentes, e instrumentalizando-se para agir no coletivo.

No plano coletivo, quando essa vivência e reflexão são feitas dentro do espaços da participação popular onde se trocam experiências vividas, traçam objetivos comuns e os almejam. Enfim, possibilitam a construção de mecanismos capazes de promover o debate coletivo sobre os problemas de saúde e de seus determinantes, com a eleição de prioridades, a operacionalização das soluções, a avaliação dos resultados e o destino dos recursos necessários para melhor resolutividade do Sistema de Saúde.

Constatamos que a participação coletiva ou popular, manifesta-se freqüentemente como contribuição voluntária ou em determinados grupos, conselhos comunitários, associações de moradores, movimentos sociais. É importante que a população se organize, possibilitando, assim, que membros de uma comunidade se reúnam e levem adiante as necessidades coletivas. É necessário que esses usuários isoladamente conheçam o seu processo saúde-doença, os determinantes sociais, políticos e econômicos, para que não só satisfaçam as suas necessidades individuais, mas que possam relacionar-se com o grupo, enfrentar e interferir no sistema vigente.

Creemos que a participação, quando é resultado da conquista e da luta das ações individuais e dos movimentos populares, constitui-se num verdadeiro exercício e construção da cidadania.

Percebemos que o usuário, individualmente ou coletivamente, participando e discutindo a sua situação de saúde-doença e de vida com os vários atores ou setores sociais, passa a entender e a influenciar nas decisões das políticas sociais, as quais podem levar a melhoria dos serviços públicos. É importante salientar que a participação dos usuários de forma organizada é mais importante para assegurar o controle social. Assim, a medida em que os usuários vão participando democraticamente e começam a lutar pelos

seus direitos, não aceitando as formas ou sistemas vigentes, conseguem contribuir para uma prática transformadora, buscando nas diferenças individuais a igualdade coletiva.

É no espaço participativo do seu processo saúde-doença, favorecida por uma Prática de Saúde Compartilhada como nós propomos, que emerge a oportunidade de formação do sujeito social, consciente, organizado e emancipado, capaz de definir seu destino e de compreender os determinantes de saúde e a injustiça social.

Consideramos a autonomia e emancipação como essenciais em todo e qualquer processo participativo. Descobrir-se capaz de realizar o processo emancipatório por si mesmo, participando de um grupo social, estabelecendo relações sociais de um determinado dado, dentro de determinadas circunstâncias, sem contudo perder a sua particularidade como sujeito, é entender que o exercício do poder é um processo de desdobramento criativo do sujeito social.

5. O Trabalho em Enfermagem e a Construção da Cidadania

No Brasil, a enfermagem nasceu e cresceu no bojo do capitalismo, respondendo às exigências de um modelo tecnocrático, mercantilista e industrializado, mantendo o *status quo* dominante e sofrendo a condição de dominado (Silva; Gonzaga; Pena, 1992).

Afogadas neste “estado de coisas,” temos fôlego para nos erguer enquanto profissionais conscientes de nossa função social?

Dentre os profissionais de saúde, a Enfermagem, envolvida na compreensão de sua profissão e no desenvolvimento de sua prática social, pode contribuir significativamente na construção de instrumentos concretos que possibilitem, aos usuários do SUS, o exercício e a construção da cidadania.

Compreender o trabalho da enfermagem no conjunto das práticas sociais e repensar sua trajetória de forma crítica em um contexto histórico-político-social, poderá nos aproximar das classes oprimidas e nos fazer partícipes do processo de organização para a construção da cidadania.

A ação organizada e consciente em enfermagem impõe uma atitude reflexiva que, somada ao saber em enfermagem e aos seus valores éticos e morais fundamentais, possibilitam o questionamento do modelo hegemônico de assistência à saúde, com argumentos seguros e sensíveis. Se quisermos exercitar a cidadania, devemos repensar enfermagem frente às novas concepções do processo saúde-doença, de trabalho, concepções de cuidar, incorporação de novas práticas e novos instrumentos de trabalho

A enfermagem tem espaços para uma atuação comprometida com a construção e a ampliação da cidadania, entre as quais as práticas educativas e de consulta de enfermagem. Esses espaços foram ampliados na concepção do Sistema Único de Saúde e para aproveitá-los ela deve desenvolver metodologias próprias de práticas de saúde e de

conquista de cidadania que, possibilitem o planejamento da assistência à saúde com a permanente integração e participação dos indivíduos nos processos que interferem em suas vidas. Por isso nos propomos a realizar um trabalho que possibilitasse contribuir com a construção de cidadania.

A nossa proposta nesta Prática de Saúde Compartilhada contempla em si um trabalho ético, no qual destacamos o compromisso de tentar modificar a realidade, problematizando a prática de saúde e buscando o envolvimento comprometido do usuário na obtenção de assistência de qualidade e na garantia do seu direito a ela.

Trabalhando dentro da dimensão ética e resgatando alguns princípios que dizem respeito à questões de justiça, cidadania, autonomia, eqüidade, responsabilidade e beneficência.

O princípio da justiça pode ser entendido em termos de eqüidade no atendimento à saúde. Ele deve impedir a discriminação, por promover a diminuição na desigualdade de atendimento, através da assistência de qualidade. Entendemos que este princípio esteja sendo ferido em decorrência da deficiência na efetivação de uma política de saúde pública justa.

A cidadania é uma palavra do âmbito da Justiça Social, Civil e Política que inclui a liberdade e os direitos coletivos. Não há saúde sem cidadania, e, "... é impossível alcançar níveis adequados de saúde para a população de um país se não existir um pleno processo de cidadania". (Garrafa, 1994, p. 10).

O maior desafio ético para os profissionais de saúde é o estabelecimento de uma situação responsável de forma justa e não cooperativista que vise o aprimoramento da cidadania

É natural que um indivíduo, ao exercer sua condição de cidadão, tenha melhores possibilidades na disputa de um espaço digno dentro do meio social. Não serão tão acomodados e sujeitos às determinações estruturais do sistema de saúde; terão a liberdade de agir com base no pensamento e vontade. Este processo conduz à autonomia de ação.

Com a autonomia o indivíduo participa do seu processo saúde-doença, opinando e decidindo, exigindo ser escutado e tratado com respeito. O respeito pelas pessoas, a preocupação pelo seu bem-estar e o respeito pelos seus desejos, faz-nos reportar ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Capítulo IV, artigo 27º, que afirma que o dever da enfermeira é respeitar o direito do usuário de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem-estar (COFEN, 1993).

6. Construindo cidadania na concepção educativa de Paulo Freire

A educação em saúde faz parte do cotidiano da prática da enfermagem. Na vivência de grande parte dos profissionais de enfermagem, o vértice correspondente ao educando, na tríade didática do processo educativo – ensino aprendizagem (saber - educador - educando), tem sido ocupado por usuários do sistema público de saúde, seus familiares e integrantes da própria equipe de saúde. As ações educativas, exercidas por esses profissionais em situações planejadas ou não planejadas, têm refletido suas concepções de ser humano, sociedade, cultura, educação, comunicação, processo saúde-doença, processo de cidadania e da própria profissão enquanto prática social.

Em suas práticas educativas, a maioria dos profissionais de enfermagem e dos trabalhadores de saúde tem adotado linhas pedagógicas ou abordagens tradicionais, nas quais o usuário (educando) é considerado um dócil receptáculo de conhecimentos selecionados e elaborados por outros. Dentro desta conduta, por aprendizagem pressupõe-se não uma mudança gradual e contínua, mas uma “mudança abrupta” da experiência vivenciada pelo usuário [sujeito] para o estado de conhecimento do objeto (processo saúde-doença), propelida pela absorção passiva de um “pacote de informações” concebido de forma unilateral e em uma visão de realidade supostamente homogênea.

Ao permitir a atuação de apenas um dos componentes da tríade didática, impõe-se ao usuário uma postura passiva, proporcionando apenas uma aprendizagem parcial ou a aquisição de atitudes automáticas, que não revelam consciência das razões que as sustentam.

Além disto, o educador, por cultivar a passividade, não contribui para o desenvolvimento do pensamento reflexivo do educando, impedindo a expressão do educando/usuário de sua experiência de vida e a escolha do conhecimento, acabando por reproduzir a visão de mundo da classe dominante.

Cientes destas conseqüências, alguns profissionais, trabalhadores de saúde, têm procurado desenvolver ações educativas, baseadas em linhas pedagógicas comprometidas com a transformação individual e social. Essas propostas têm base, muitas vezes, na abordagem sócio-cultural de educação de Paulo Freire e sugerem uma “educação problematizadora”, centrada não só no conhecimento mas, principalmente, no desenvolvimento da capacidade do educando em detectar problemas reais e buscar para eles soluções originais e criativas. Isto, ocorrendo dentro de um processo onde o educando participa de forma ativa e em diálogo constante com o educador, no qual ambos refletem sobre situações concretas, criticando e partilhando o conhecimento; transformando e sendo transformados, o que só é possível, em um ambiente onde o profissional de enfermagem não é apenas o educador, mas o próprio educando enquanto educa.

Encontramos na concepção educacional de Paulo Freire os fundamentos para o

desenvolvimento de uma prática de saúde compartilhada que buscasse estimular a criatividade do usuário, tendo o diálogo como a mediação entre Ele, o SUS e o mundo.

É nosso objetivo, dentro da perspectiva freireana, promover a passagem de uma realidade concreta – onde os usuários do SUS vivem discriminados, oprimidos, desumanizados, coisificados, dependentes, pacientes, padecentes, dominados, invadidos, permitindo a alienação decorrente do silêncio e da educação bancária – para uma situação de maior autonomia, justiça e equidade, construída a partir da tomada de consciência, pelo próprio usuário, de sua condição humana e de sua condição de sujeito de sua história e de sua cidadania.

Vivendo uma relação de opressor-oprimido, na qual os opressores buscam mecanismos de legitimação dessa relação, como a domesticação, a mitificação da realidade e da consciência, a divisão, a conquista e a manipulação, os usuários têm sido impedidos de ter acesso à informação e conhecimento, e de pensar em si mesmos como sujeitos responsáveis por seus processos saúde-doença e por suas próprias vidas.

Freire aponta como estratégia para resgatar o valor da pessoa humana, aqui entendida como o usuário do SUS, o trabalhador da saúde, os políticos e os dirigentes de saúde; a vivência desse ser humano em comunhão social, onde cada um com sua opção vá transformando a realidade e realizando sua vocação; sua história; e fazendo do mundo o lugar da ação humana, da possibilidade e não o lugar da realidade acabada.

Deverá haver uma relação dialética de objetividade e subjetividade, nos diversos campos da vida do usuário e dos trabalhadores da área de saúde, que buscam uma nova realidade, que também se transforma dialeticamente. A problematização favorece aos usuários, através do diálogo, são os sujeitos do ato de aprender, tem sido colocada como uma alternativa para essa relação.

Freire (1987) propõe um método que possibilita profunda conscientização, como instrumento de uma nova aprendizagem. Ele menciona que a união entre ação e reflexão, conduzem o educando a conhecer, poder pronunciar, e transformar o seu mundo.

Uma educação libertadora confia no poder criador do "ser usuário do SUS", estimula a crença dos oprimidos em si mesmos, para que se constituam em protagonistas de uma nova sociedade de seres humanos participativos, em um processo permanente de libertação. Ela tem como ponto de partida a realidade e a situação que deve ser modificada. Reflete o compromisso dos que passam por um processo de conscientização e assumem a realidade de seu tempo com os temas que lhes são próprios. Nesse sentido, um dos grandes temas apontados por Freire é a humanização; considerando as condições sub-humanas, vividas por grande parte da população..

Para Freire (1987), uma sociedade livre não significa ausência de problemas, mas o poder de decisão na busca de soluções. Insiste, ainda, na necessidade de uma sociedade

democrática para poder ser livre e coloca a utopia como possível de realização dentro da capacidade criadora do povo, que busca sua libertação. No sentido político, o povo é constituído pelos oprimidos do sistema ou da ordem vigente, podendo ser uma nação em relação a outras nações, ou uma classe oprimida dentro de cada nação periférica, onde uma elite burguesa busca manter de todas as formas seus privilégios, pela opressão da maioria. Deposita enorme confiança no povo como capaz de construir uma realidade melhor. Ressalta, entretanto, que o povo,

[...] por sua vez, enquanto esmagado e oprimido, introjetando o opressor, não pode, sozinho, construir a teoria de sua ação libertadora [...] mas, no encontro dele com a liderança revolucionária, na comunhão de ambos, na práxis de ambos... que se faz e re-faz (Freire, 1987, p. 183).

Buscando desenvolver uma prática de saúde, impregnada por ações educativas, fundada em uma proposta de educação libertadora, houve a necessidade de elaborarmos uma metodologia para uma Prática de Saúde Compartilhada e também a necessidade de sua compreensão no âmbito das políticas de saúde do Estado de Mato Grosso, para posterior implementação e extensão.

Procuramos, através de uma Prática de Saúde Compartilhada, construir a experiência de viver o processo saúde-doença do sujeito/usuário como uma forma de "voltar-se para o outro no mundo para encontrar-se consigo mesmo" (Freire, 1987 p. 37). Porque assim como Freire (1987), entendemos que neste processo, pelo diálogo, os seres humanos se descobrem sabedores e construtores de conhecimento e se reconhecem sujeitos e protagonistas de sua própria história e do seu destino. Tornam-se capazes de decidir sobre suas vidas e sobre a sociedade que desejam.

A concepção e diversidade acerca do processo de vida, saúde e doença alimentou as discussões e estabeleceu o diálogo, entendido como "práxis, que é a reflexão e ação dos homens sobre o mundo para transformá-lo" (Freire, 1987, p. 38).

O diálogo, sendo concebido como a própria palavra e possuindo duas dimensões: ação e reflexão. A palavra verdadeira é práxis. Por isso Freire diz que a "palavra verdadeira transforma o mundo." (Freire, 1987, p. 77)

A palavra sem dimensão de ação torna-se verbalismo, diz-se que ela é alienada e alienante. Quando transformada em diálogo ela tem outra dimensão. Freire refere-se ao diálogo como o

[...] encontro em que se solidariza o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não pode presumir-se a um ato de depositar idéias de um sujeito no outro, nem tampouco tornar-se simples troca de idéias a serem consumidas pelos permutantes (Freire, 1987, p. 79).

Assim sendo, é preciso ter clareza de que uma interpretação do processo saúde-doença de forma compartilhada deve efetivar o diálogo. Um diálogo que não pode ser compreendido como uma simples troca de informações, nem como uma ação de perguntar e responder; embora também tenha estas características, ele as ultrapassa no sentido de que não há diálogo sem amor, sem humildade e sem fé nos seres humanos. Não podemos dialogar alienando e subestimando os usuários, admitindo nos como diferentes e superiores, nos sentindo donos da verdade, nos fechando à contribuição dos outros. Para que o diálogo se efetive, é necessário que haja um "objeto de conhecimento", que, em nossa prática de saúde, podemos considerar o processo saúde-doença, sobre o qual os indivíduos dialoguem. Este deve ser de conhecimento dos interlocutores, que trocam informações, impressões, opiniões, enfim, conhecimentos que delineiam o processo de ensinar-aprender, não cabendo a uns a tarefa de ensinar e a outros a de aprender, mas um compromisso mútuo de ensinar e de aprender.

Em uma outra situação, quando tenta-se o "diálogo" sobre um objeto de conhecimento sobre o qual apenas uns possuam conhecimento e desprezando o dos outros, ocorre, um ato de ensinar-aprender que caracteriza a educação bancária. Nesta situação, uns "depositam", através de suas falas e de suas atitudes, conhecimento nos outros, que são meros receptores. Mesmo que nesta ação de "depósito" possa ocorrer troca de perguntas e respostas, isto não caracteriza o diálogo.

Pensamos em uma metodologia de uma prática de saúde que tem intenções, ações e metas declaradas, e na qual o coletivo assume sentido à medida que se compreenda primeiramente como individual. Não queremos falar de uma prática de saúde, onde o ensinar e o aprender estabeleçam relações interpessoais entre o trabalhador de saúde e o usuário do sistema público de saúde, buscando referencial apenas em suas normas e rotinas de atendimentos como se essas fossem constituídas por si, independentes da realidade. Sabemos que a economia e a política emanadas pelo Estado, que mantém a assistência à saúde, passam de forma invisível, determinando a estrutura e a organização das ações e administração dos processos assistenciais e educativos. Na educação libertadora, há desmitificação dessa trama ideológica e a construção de um novo saber como produção humano social dos sujeitos envolvidos no processo assistencial, inseridos em uma realidade social ampla.

Entendemos por prática de saúde compartilhada a participação ativa do usuário, profissionais e trabalhadores de saúde na prática político-assistencial desses usuários, compreendidos como sujeitos que podem ser co-responsáveis na direção do seu processo saúde-doença.

Ao relacionar uma prática de saúde compartilhada ao processo saúde-doença do usuário, tentaremos superar a compreensão da prática assistencial e educativa de apenas

"transferência de conhecimentos", para situá-la como prática da liberdade em que o ser humano se descobre e se conquista como sujeito de sua própria história. Descobrir-se como sujeito de sua própria história é uma questão que precisa ser entendida por todos os profissionais e trabalhadores de saúde, que participam do Sistema Único de Saúde. Este Sistema, ao se caracterizar como um dos espaços de embate político, representa, por um lado, os interesses das classes dominantes, e, por outro, um espaço requerido pelos usuários e classes populares, dotadas de um potencial para a transformação social. Portanto, no âmbito da saúde, é desafio para nós enfermeiras, profissionais de saúde e educadores, construir uma prática embasada em uma proposta político-assistencial que responda aos interesses desses usuários e da comunidade a qual pertencem.

Isto exige que os profissionais e trabalhadores de saúde sejam capazes de contemplar na prática de saúde, educação e no processo de construção do conhecimento, a realidade histórico-social e as relações que se estabelecem no contexto de uma sociedade. Esses precisam estar comprometidos politicamente com o processo de transformação social em articulação com os usuários, que lutam pelo mesmo objetivo. Requer também, que a práxis assistencial e a educadora possibilite ao ser humano compreender-se como sujeito, em condições de auto-transformação e da realidade em que vive.

Em vários momentos acreditamos no sonho daqueles que esperam que a educação e a assistência à saúde, dentro do Sistema Único de Saúde, seja espaço possível, de luta pela libertação, participação e autonomia do ser humano.

Diante do exposto, pretendemos, em conjunto com os usuários dos serviços de saúde pública, construir um espaço para o exercício da cidadania, avançando rumo às novas conquistas. Estas devem necessariamente incluir a melhoria das nossas relações com os outros no mundo, o processo de conhecer e saber mais, para vir a ser mais sujeito, a conquista de um viver mais saudável, no qual passamos a criar e a recriar formas de enfrentamento das diversas situações, relacionadas ao processo saúde-doença, presentes no nosso cotidiano.

O ser humano vive em sociedade e nela estão incluídas todas as espécies e graus de relações entre estes seres, sejam eles conscientes ou não, antagônicos ou cooperativos. A sociedade tem uma estrutura social e uma cultura que se situa no ambiente físico. A estrutura social é constituída de agregados, organizados dentro de uma sociedade, que são interdependentes entre si de acordo com seu sistema religioso, de saúde, econômico e de classe social.

2.2 *Enfermagem*

É uma disciplina⁴ e uma prática social construída dialeticamente na dinâmica do trabalho em saúde, que envolve diversos trabalhos e trabalhadores; em uma determinada sociedade e momento histórico. Está voltada para a necessidade de cuidado do ser humano e coletividade, em todas as circunstâncias do processo saúde-doença.

Seus trabalhadores, conscientes de sua função social, atuam junto aos seres humanos compartilhando um conjunto de saberes, mediados por transações pessoais, científicas, estéticas, éticas e políticas.

Suas ações dirigem-se ao desenvolvimento das potencialidades do ser humano em direção à sua saúde e bem-estar, concepção que é expressão das condições objetivas e subjetivas da existência humana, entendida como complexa e processual.

O profissional compromete-se, através de uma prática de enfermagem conscientizadora e libertadora, age reflexivamente e interage de forma dialógica e participativa, contribuindo com a identificação das necessidades concretas do ser humano e das mudanças de pensamentos, percepções, valores e ações individuais e coletivas, necessárias na relação ser humano-mundo para a promoção da saúde.

2.3 *Cidadania*

É a consciência construída, na associação de seres humanos em coletividade, que só é possível pelo conhecimento dos valores, limites, direitos e deveres inerentes à cada um, e pela instrumentalização através da educação libertadora, com informações, ações compartilhadas e vivências que garantam a participação efetiva desses seres na conquista e na transformação da sua realidade.

⁴ Disciplina: Caracteriza-se por articular um corpo substantivo de conhecimentos de um campo especializado de estudo. Evolui historicamente, sendo reconhecida pela sua relevância para a vida humana em sociedade. Uma disciplina se diferencia de outras pela sua distinta base de conhecimentos, embora possa fundamentar em conhecimentos específicos de outras disciplinas. O objetivo principal de uma disciplina é buscar, através da pesquisa, do ensino e da reflexão sobre a aplicação da prática, construir conhecimentos que fundamentam a atuação de um grupo profissional. (Caderno da Pós-Graduação em enfermagem da UFSC- 1999, PEN/UFSC)

Co-participação e Co-responsabilidade - são necessárias ao exercício da cidadania. Entendemos a co-participação como sendo a ação conjunta, realizada pelo usuário, detentor de informações e pelos trabalhadores de saúde com o objetivo comum de refletir sobre a realidade, permitindo atitudes conscientes e eficazes sobre o processo saúde e doença; a co-responsabilidade refere-se a consciência de atos assumidos voluntariamente pelas pessoas co-participantes .

2.4 Saúde - doença

Numa sociedade concreta e em dado grau de avanço e momento histórico, o processo saúde-doença diz respeito às dimensões coletivas e individuais das condições de vida do ser humano, onde expressa o pensamento e o permanente conflito da dinâmica de suas relações objetivas e subjetivas.

Enquanto processo, saúde-doença se constitui uma unidade indissociável e contraditória, expressão de uma complexa rede de significações concebidas pelo ser humano suas relações sociais. Implica tanto as condições objetivas de vida dos seres humanos quanto os significados adquiridos na relação ser humano -mundo mediada pela consciência humana. Nesta relação, o ser humano; é dotado de potencial de ação capaz de transformação da sociedade em que vive e, portanto, do processo saúde-doença (adaptado do conceito saúde-doença de Silva; Gonzaga; Verdi, 1992)

2.5 Sistema de saúde

É um conjunto de políticas, programas, serviços e ações que são desenvolvidos de acordo com a forma própria de articulação das necessidades de saúde dos usuários enquanto cidadãos, com os interesses hegemônicos. Ou seja são as respostas institucionais ou não às necessidades dos usuários dentro de uma organização econômico - político - social concreta (Gonzaga; Silva; Verdi, 1992). O Sistema de Saúde será mais organizado e estruturado para atender as necessidades dos usuários quando estes forem instrumentalizados para exercer plenamente a sua cidadania.

2.6 Educação

É um processo dinâmico de interação entre seres humanos, dentro de um contexto histórico e político, que tem como objetivo criar condições para a apreensão e a reflexão crítica da realidade, comprometidas com a ação transformadora e libertadora.

2.7 Prática de Saúde Compartilhada (PSC)

A Prática de Saúde Compartilhada é entendida como uma série de ações sistematizadas, nas quais os trabalhadores de saúde em conjunto com o usuário buscam, de forma dialógica, eliminar as barreiras nas relações; caminhar para níveis crescentes de consciência crítica/reflexiva e transformar as situações do processo saúde-doença. Esta assistência contempla o ser humano como sujeito histórico, cujo processo insere-se na luta concreta pela transformação das estruturas sociais, especificamente, a dos serviços de saúde almejando crescente qualidade de assistência em uma sociedade mais justa. Nesta prática, o processo educativo e participativo poderá facilitar, ao usuário, maior autonomia nas relações dentro do Sistema Único de Saúde, superando assim, a clássica situação de detentor e receptor do saber.

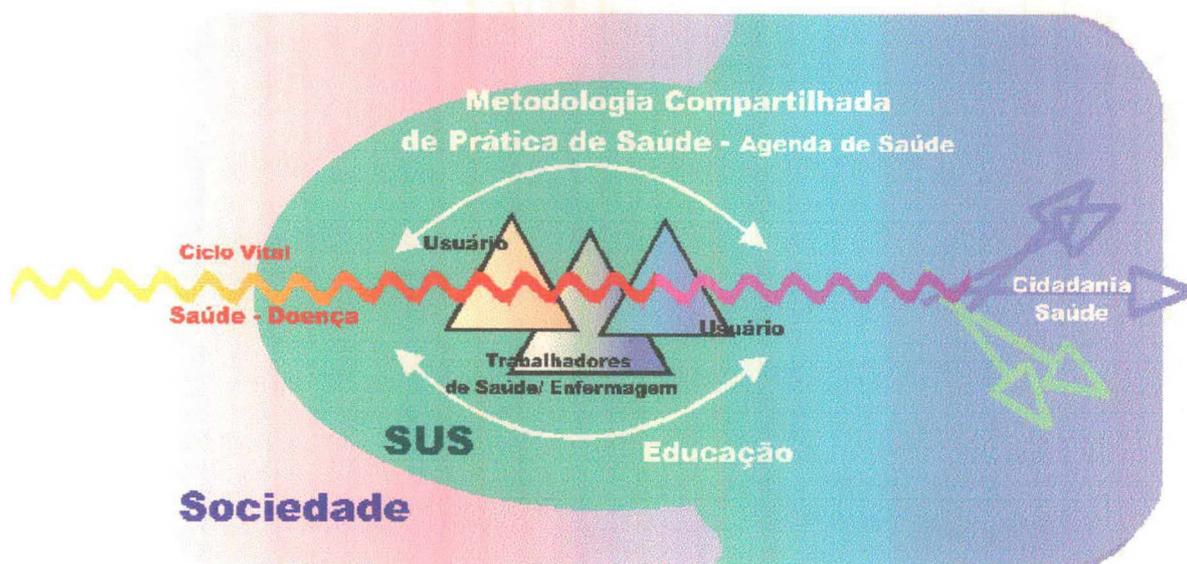
2.8 Agenda de Saúde (AS)

A Agenda de Saúde é um documento de posse e guarda do usuário, para registro de informações escritas, contendo dados inteligíveis ao usuário e relevantes sobre o seu processo de saúde-doença; entendendo este processo como situado dentro de uma realidade social, em um determinado momento histórico. Tem por finalidade: proporcionar ao usuário conhecimentos sobre sua saúde e doença, para que ele participe ativa e decisivamente no controle da qualidade dos serviços de saúde; organizar dados para facilitar o conhecimento das situações presentes no processo saúde doença; socializar informações; instrumentalizar uma nova prática de aprendizagem que possibilite a união entre a reflexão e a ação, visando a construção da cidadania; e, guiar a busca das ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças. Ele será preenchido e discutido conjuntamente com o usuário e terá como foco principal o planejamento e avaliação das ações de saúde.

3.0 Interrelacionando os Conceitos

A **enfermagem** e trabalhadores de saúde interagem com o **ser humano/usuário** em sua vida, no âmbito de seu processo **saúde-doença**, em momentos determinados e em ambientes específicos dentro do **sistema público de saúde, na sociedade brasileira (SUS)**. Esta interação ocorre através do processo da **Prática de Saúde Compartilhada**, utilizando-se de um instrumento de informação a **Agenda de Saúde**, que torna-se mais eficaz com a **co-participação** e a **co-responsabilidade** do usuário; e tem na **educação e informação**, os instrumentos para a construção da **cidadania** e as possibilidades de mudança e transformação da realidade. Entendendo esses componentes como dinâmicos, e retroalimentáveis

3.1 Diagrama demonstrativo da caminhada Teoria-Prática-Teoria do estudo.



IV. DESCREVENDO O CAMINHO METODOLÓGICO DO ESTUDO

Neste capítulo, discutiremos as questões metodológicas que nortearam o estudo, abordando o processo de pensar e desenvolver uma prática de saúde compartilhada com o usuário do SUS de uma Unidade Básica Sanitária localizada no distrito sanitário sul do município de Cuiabá, no período de março de 1997 à julho de 1998, utilizando um referencial teórico e metodológico próprio.

No estudo utilizou-se de uma **metodologia de pesquisa**, que desse suporte para a implementação de uma prática de saúde compartilhada, e de uma **metodologia da prática de saúde** que se entrelaçaram ao longo do processo de investigação, formando um todo, compondo o desenvolvimento da pesquisa e o desenvolvimento da prática de saúde, bem como a apresentação dos resultados.

Assim, para melhor compreensão do processo da investigação, ambas as metodologias - da pesquisa e da prática de saúde, estão descritas didaticamente em dois momentos distintos, mas interligados na construção do caminho metodológico deste estudo.

Na metodologia da prática de saúde, utilizamos como instrumentos de trabalho de enfermagem alguns individuais e outros coletivos. Para os primeiros empregamos:

a) Consulta de Enfermagem em nível ambulatorial e domiciliar; e, b) Instrumento de Informação, que denominamos Agenda de Saúde. Para os trabalhos coletivos utilizamos as dinâmicas de grupos

Na Metodologia da pesquisa utilizamos as técnicas da: a) Observação participante, com a ajuda dos recursos de gravação em vídeo cassete e registros em diário de campo; e b) Entrevista coletiva no último encontro com o grupo para a validação dos dados da observação.

1. A Metodologia de Pesquisa

Constituiu-se em uma abordagem de natureza qualitativa da relação usuário - prática de saúde compartilhada. Uma de suas peculiaridades foi a participação ativa da pesquisadora e dos sujeitos/usuários nas ações que se desenvolveram e que se desejou estudar.

Sendo uma pesquisa que utilizou-se a observação participante enquanto técnica, os dados foram recolhidos diretamente na situação pesquisada e complementados por informações obtidas durante contato direto com os usuários envolvidos.

No processo relacional, usuário-prática de saúde vivido em um determinado ambiente, buscou-se a compreensão da realidade estudada, a assimilação de sua complexidade e de suas contradições e a reconstrução, o mais fidedignamente possível, do

sentido que os usuários deram à experiência compartilhada na construção desta prática. Para isso procuramos instituir com os sujeitos/usuários uma relação dinâmica e dialética, durante a qual eles foram considerados: a) detentores de um conhecimento organizado do senso comum que os habilita a elaborar conceitos e normas de conduta; interpretar sua realidade; direcionar suas ações e intervir a seu modo em situações de saúde identificadas; b) passíveis de serem estimulados a participar do processo de produção do conhecimento; e c) com potencialidade para promover mudanças na sociedade.

Tratando-se de um estudo com o objetivo de instrumentalizar para a mudança no ser, no pensar e no agir de seus sujeitos co-participantes, procuramos, como sugere Madeira (1987), não nos limitar a colher, documentar e analisar dados, mas ter sempre uma postura educativa, visando através do diálogo, da reflexão conjunta e da reformulação de conceitos favorecer a apreensão crítica da realidade, para planejar e poder atuar eficazmente sobre ela. Em outras palavras, procuramos estabelecer uma interação pesquisadora/enfermeira – sujeito/usuário que possibilitasse a gradativa superação de uma consciência ingênua e individualmente isolada por outra mais ampla, crítica, coletiva e cooperativa, potencializando, em princípio, a conquista de melhores condições de vida.

Por consciência ingênua entendemos assim Boff & Boff (1980), ser àquela que percebe os fatos apenas como eles se apresentam, não visualizando suas causas mais profundas, ou seja, não transcendendo sua dimensão visível; por esta razão, as ações que ela desencadeia, embora às vezes nobres e cheias de boa vontade, são normalmente assistencialistas. Por consciência crítica, e mais especificamente crítico-radical, entendemos àquela que, segundo o mesmo autor, apreende não apenas a interligação entre os fatos (conjuntura), mas suas raízes (a estrutura capitalista da nossa sociedade). A terapia por ela postulada consiste não na reforma, mas em uma nova forma de organização da sociedade.

Prevendo que ao longo deste estudo vivenciariamos diferentes situações, exigindo cada uma distintos modos de inserção da pesquisadora no cotidiano da UBS e de seus usuários, optamos por utilizar a técnica da observação participante, definida por Schwartz & Schwartz apud Minayo (1992 a, p.135) como

.... um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto.

Desta forma nossa inserção no contexto investigado variou, conforme o desejado ou o exigido, entre uma posição de "observador total"; assumida quando nos aproximamos inicialmente daquele ambiente e do grupo, acompanhados apenas por nossas dúvidas e ansiedades, priorizando somente a observação; e uma posição de participação plena, caracterizada por um envolvimento em todas as dimensões da vida do grupo (Minayo,

1994), que nunca assumimos neste estudo. Entre esses dois extremos, nossa participação aumentou gradativamente à medida que desenvolvíamos nossas relações com os sujeitos do estudo, aumentava a confiança mútua e prosseguíamos a pesquisa. Houve um momento, inclusive, em que nos afastamos para observar e avaliar a autonomia dos usuários na execução das ações de saúde planejadas, rever os dados coletados e reprogramar as atividades de pesquisa e o instrumento de informação, conforme sugestão dos próprios usuários. Após esse período de afastamento, voltamos a participar novamente do contexto da UBS e dos sujeitos envolvidos no estudo.

Durante o desenvolvimento da investigação, tivemos cuidados, tendo em vista nosso papel de pesquisadora e de participante. Dentre eles destacamos a necessidade de: **discrição** em relação aos dados recolhidos, o que favoreceu a confiança e por esta razão nunca deve ser defraudada pela revelação dos mesmos; **registro fiel das opiniões dos sujeitos** envolvidos, que são mais importantes que as do pesquisador; e **atitude de respeito pelas crenças** de cada um dos membros do grupo – mesmo quando estas pareçam impróprias e totalmente diferentes das nossas. Discussões foram evitadas, bem como críticas que pudessem ferir a susceptibilidade dos usuários. Em situações conflituosas, procuramos, por prudência e com sutileza, nos manter neutras, mas aguçando nossa capacidade de observação diante da possibilidade do enriquecimento dos dados (Nogueira, 1977; Bogdan & Biklen, 1994).

Procuramos controlar nossos sentimentos, quando estes afluíam, evitando que influenciassem o julgamento dos usuários em relação a alguns aspectos da prática de saúde compartilhada, de interesses para a pesquisa em andamento. No entanto, houve situações em que, acreditando que poderiam se constituir em importantes auxiliares da pesquisa qualitativa, deixamos que eles fluíssem contribuindo para o estabelecimento de relações mais humanas e naturais com o grupo. Precauções quanto a fatores de contaminação, como os vieses interpessoal, emocional e ideológico também foram feitos.

Seguimos as recomendações feitas por Nogueira (1977), quanto a de não criar expectativas de respostas, que poderiam levar os membros do grupo a um comportamento simulado, somente para agradar a pesquisadora; evitar que nosso próprio comportamento, atitudes e opiniões influenciassem o grupo, alterando a realidade sob investigação; e, cultivar a modéstia e a atitude de quem quer aprender, estimulando os sujeitos investigados a falar sobre comportamentos que considerassem adequados à sua idade, sexo, condição sócio-econômica, e outros, também foram acatadas.

Atendendo ao compromisso firmado entre a pesquisadora e os usuários no sentido de construir uma prática de saúde em conjunto, foram criadas condições reais para que estes participassem do trabalho, no decorrer de sua implementação. Desta atitude resultaram sugestões quanto à operacionalização das ações de saúde e de pesquisa, por

exemplo, flexibilização do uso e do preenchimento do instrumento de informações; mudanças em sua estrutura; avaliação de dados coletados, quando devolvidos e submetidos à sua apreciação; e indicação de temas e agendamento de momentos para a sua discussão. Os usuários participaram e compartilharam de todo o processo, tanto como sujeitos da pesquisa quanto como sujeitos da elaboração da prática de saúde, contemplando, na experiência vivida, a interação entre necessidade e conhecimento, conhecimento e reflexão, reflexão e ação, e entre teoria e prática. Isto porque acreditamos que é na práxis, na perspectiva dialética, que se dá a emancipação subjetiva e objetiva do ser humano e a destruição da opressão enquanto estrutura e transformação da consciência (Minayo, 1992 a, p. 43). Esta autora cita Marx & Engels quando afirmam que

Não é a consciência que determina a vida, é a vida que determina a consciência". (...) "A consciência é desde o início um produto social; ela é mera consciência do meio sensível mais próximo, é a conexão limitada com outras pessoas e coisas fora do indivíduo

Quando nos envolvemos, juntamente com os usuários, em um trabalho como este, não buscamos apenas o conhecimento de uma situação específica, mas sim, entender nossa situação no mundo e controlar interferências na realidade vivida, modificando nossas percepções em relação aos papéis sociais e à nossa pessoa como sujeito histórico (Brandão, 1984).

Embora nos tenha exposto ao risco de nos tornarmos insensíveis às questões cientificamente importantes, nossa participação nas práticas de saúde permitiu que acessássemos uma grande e variada quantidade de dados. Ponderando os fatores favoráveis e os contrários, ela se justificou pela natureza do estudo e pela necessidade de transformar as práticas de saúde em um encontro entre dois sujeitos, fato que exige clareza, motivação, estratégias participativas, diálogo problematizador e determinação.

1.1 Os sujeitos

Fizeram parte do estudo, vinte e seis usuários, que acorreram à Unidade Básica de Saúde nos dois primeiros meses de nosso trabalho. Todos eles eram adultos, portadores de doença crônico-degenerativa, independentemente do grau de escolaridade, que buscavam solução para seus problemas de saúde, procurando de forma espontânea a consulta de enfermagem. Outros usuários também compartilharam desta assistência mas não participaram da população em estudo por terem procurado a UBS após o período mencionado.

A definição do critério - usuários portadores de doença crônico-degenerativa - deu-se em função de sua necessidade freqüente de procurar por serviços de saúde, e a restrição do tempo, aos dois primeiros meses, porque permitiria no período restante a avaliação dos encaminhamentos e das contra-referências, facilitando o desenvolvimento e a

concretização do estudo.

1.2 Entrando no campo da pesquisa

A entrada no campo de pesquisa fez-se através de contato com o gerente responsável pela Unidade Básica Sanitária: - uma enfermeira. Na oportunidade lhe entregamos uma carta de apresentação da Faculdade de Enfermagem e Nutrição - Universidade Federal de Mato Grosso, juntamente com um pedido formal de autorização para desenvolvimento de estudo, especificando o título, objetivos, método e cronograma para as atividades propostas. Relatamos em caráter exclusivo as possíveis contribuições do estudo para a melhoria da qualidade da prática em saúde, lhe asseguramos o respeito e o atendimento às normas da instituição, o repasse das informações e nos colocamos à disposição para o esclarecimento de possíveis dúvidas.

Obtida a anuência institucional, fizemos nosso contato inicial com os usuários apresentando nos como uma enfermeira, professora e pesquisadora da UFMT, envolvida na realização de um trabalho sobre consulta de enfermagem e convidando-os, em seguida, a participar do mesmo. Nessa primeira aproximação, garantimos ao usuários a continuidade do atendimento através da consulta de enfermagem caso optassem por não participar da pesquisa, mas nada lhes adiantamos sobre a natureza de nosso trabalho, seu método, técnicas e nem tampouco sobre a utilização da Agenda de Saúde, pois nos interessavam suas percepções originais a respeito desses componentes e sua relação com os mesmos. Por idêntico motivo, também nada havia sido adiantado para os profissionais e trabalhadores de saúde daquela unidade ou de outras unidades do sistema público de saúde (UBS, Policlínicas, Hospitais). Esclarecimentos de dúvidas localizadas foram feitos, ao longo do desenvolvimento da prática de saúde, somente quando e na extensão solicitada pelo usuário

Adicionalmente, foram informados aos futuros participantes sobre garantias de sigilo e anonimato, assegurados os direitos a deixar de participar do estudo em qualquer momento e à continuidade da assistência, caso o direito anterior fosse reivindicado. Integraram a população do estudo somente aqueles que assim o desejaram. Todos os usuários encaminhados aceitaram participar da proposta.

Convém ressaltar que os últimos usuários encaminhados e integrados à população do estudo, aproximadamente a metade, já haviam recebido, dos primeiros, informações sobre a metodologia de assistência compartilhada centrada na consulta de enfermagem. Em conseqüência, para eles, logo no contato inicial, explicamos a natureza da proposta, apresentamos a agenda e os convidamos a participar do trabalho.

No decorrer do estudo, os próprios usuários fizeram contato com os profissionais e trabalhadores de saúde, daquela unidade e de outras unidades do SUS, repassaram

informações e esclareceram possíveis dúvidas sobre a prática assistencial, na qual estavam envolvidos.

1.3 As técnicas e procedimentos

As técnicas utilizadas foram a observação e a entrevista coletiva dirigida ao grupo focal, muito comuns em trabalhos de campo. Como recurso complementar, utilizamos o diário de campo, que permitiu o registro de nossas experiências, idéias, temores, erros, dúvidas e impressões.

O registro descritivo em diário de campo procurou ser o mais fidedigno e minucioso possível, contemplando informações sobre técnicas, dados, desenvolvimento e situações vividas durante a pesquisa. Falas e notas de observação foram registradas no diário de campo simultaneamente (ou imediatamente após) às consultas de enfermagem e aos fatos; e às dinâmicas de grupo. Estas últimas, foram gravadas com a permissão dos usuários.

Os dados coletados foram registrados em diário e posteriormente organizados. Comportamentos e o teor dos diálogos, nos diferentes encontros, foram registrados como notas de observação. Outras observações foram registradas como notas teóricas, metodológicas e reflexivas conforme as nossas peculiaridades e exemplos de Yoshioka (1996) citando Stern (1980) e Corbin (1986).

Por notas de observação, entendemos o falado e o percebido durante o compartilhar da assistência e as entrevistas; temas emergentes; relações estabelecidas entre o falado e o percebido. Por notas teóricas, indicações de referencial teórico e bibliográfico que fundamentariam descrições e análises; por notas metodológicas, procedimentos utilizados durante as observações e comentários sobre sua adequação; e, por notas reflexivas, emoções, impressões, dilemas e indignações sobre os fatos observados.

Considerando que os dados se apresentam ao pesquisador na forma de palavras e imagens, procuramos registrá-los respeitando ao máximo sua essência, detalhes e origem, tendo sempre em mente que as palavras escritas utilizadas em sua representação poderiam interferir na análise dos mesmos dados que se tentou apreender e descrever.

Situações sob observação foram examinadas de forma minuciosa, pressupondo que tudo é importante e que em cada detalhe poderia se esconder uma pista para a compreensão do observado.

Procuramos sempre detectar e identificar as contradições existentes entre a comunicação oral e a linguagem corporal, tarefa difícil devido a complexidade da relação pesquisadora - usuário e a subjetividade da decisão envolvida, principalmente em se tratando de fatos em harmonia ou não com nossas aspirações.

O que nos orientou, durante o levantamento de dados relacionados à situação vivenciada pelos usuários, foram as questões postas no início deste estudo e se constituíram em nossas questões norteadoras:

- O que significou para o usuário vivenciar o seu processo saúde-doença através de uma Prática de Saúde Compartilhada?
- O que significou para o usuário a utilização de um instrumento de informação – A Agenda de Saúde – durante o compartilhar de sua prática de saúde, e que modificações no instrumento de informação são sugeridas por ele?
- Como uma Prática de Saúde Compartilhada pode contribuir para a construção da cidadania?

Obtivemos uma quantidade variada de dados através de: observação do comportamento do usuário e de suas manifestações verbais; identificação de suas necessidades expressas, do nível de satisfação com o atendimento e das expectativas atuais frente à assistência prestada; fluxo de agendamento e frequência de procura pelos serviços da UBS e de outras referências; identificação dos serviços buscados em outra referência; verificação de encaminhamentos e de retornos de referências secundárias e terciárias; e, anotações na agenda de saúde.

Uma entrevista com esta estrutura foi adotada, porque queríamos que os usuários tivessem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, expressando livremente suas opiniões e sentimentos, situando suas manifestações e respostas em seu próprio contexto. Nela a pesquisadora, que apenas os incentivou a falar sobre determinado assunto, conforme sugestão feita por Lakatos & Marconi (1990), enquanto se ocupava com as associações e com o quadro conceitual referencial préestabelecido para o estudo.

A técnica de grupo focal tem sido usada com frequência em pesquisas na área de saúde e educação, estando sempre associada à observação participante e às entrevistas semi-estruturadas dirigidas ao grupo (Wesphal; Bógus; Faria, 1995). Neste estudo, foi utilizada em nosso último encontro com os dezenove usuários que compareceram e participaram da dinâmica de grupo, após vivenciar a experiência em comum, de compartilhar de uma prática de saúde, permitindo-nos discutir vários aspectos deste “tema” específico e possibilitando a identificação e análise de situações e problemas, sob o ponto de vista dos usuários, conforme os objetivos deste estudo. Esse encontro foi conduzido num ambiente permissivo e não ameaçador e sua dinâmica não se restringiu à simples alternância entre perguntas e respostas dos participantes, conforme sugerem os autores acima. Conselho que não nos trouxe dificuldades ou problemas, pois já estávamos acostumados a essas práticas.

Coube-nos, também, manter a discussão focalizada, fazendo resumos e retomando o assunto quando alguém se desviava muito dele, mas procurando “não induzir

consciente ou inconscientemente o grupo” através de nossas próprias relevâncias (Minayo, 1992 a). Solicitamos a colaboração de uma colega, que como observadora à distância, ficou encarregada de captar as informações não verbais expressas pelos participantes e, assim, nos ajudar a analisar os possíveis vieses ocasionados por problemas na forma de coordenar a reunião.

Os defensores da técnica de grupo focal como Merton & Fiske; Kendall (1956) Morgan, (1988); Krueger (1989) e outros, ressaltam o potencial que o espaço grupal por ela criado oferece para o pensar coletivamente uma temática que faz parte da vida das pessoas reunidas. Neste espaço, pressupondo que percepções, atitudes, opiniões e representações são socialmente construídas, expressões das mesmas seriam facilmente captadas durante um processo de interação, no qual comentários de uns induziriam a emergência de opiniões de outros, que, em um ambiente permissivo, carrearão junto suas emoções, permitindo a observação da forma como a controvérsia vem à tona e de como os problemas são ou poderão ser resolvidos (Wesphal, Bógus, Faria, 1995).

Avaliando a técnica de grupo focal, podemos dizer que ela permitiu a coleta de dados e o conhecimento de percepções, conceitos, opiniões e expectativas dos usuários, favorecendo a concretização de um processo assistencial pautado em sua participação e a elaboração democrática de uma opção de prática de saúde mais adequada às necessidades da comunidade.

1.4 A Análise dos dados

De posse dos dados, ou seja, de textos obtidos mediante registros de observações e depoimentos individuais isolados e depoimentos em sessões de dinâmica de grupo e grupo focal; ou de transcrição de diálogos gravados fizemos a separação, identificação e quantificação de suas idéias constituintes, enunciados, proposições portadoras de significado (Bardin, 1979) utilizando a técnica da análise temática, considerada por Minayo (1982 a), a mais adequada à investigação qualitativa de material sobre saúde, e buscando sua compreensão na expectativa de confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e de responder às questões formuladas.

Para Bardin (1979, p. 105), “tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” . E para Minayo (1992 a, p. 209):

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. [...] a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso.

Após várias leituras do diário de campo e da transcrição das fitas gravadas, durante os encontros coletivos, foi feita uma operação de codificação do texto que, segundo Minayo (1992 a), consiste na transformação de dados brutos, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Assim, o texto foi recortado em temas/códigos e foram feitos agrupamentos, subcategorização e categorização dos mesmos segundo suas semelhanças, afinidades ou áreas.

Para Bardin, (1979, p.117), “ as categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos [...] sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos”. A categorização é considerada, por ele, como uma operação de classificação dos elementos constituintes de um conjunto, por diferenciação seguida de reagrupamento. Para isso, faz-se o levantamento, a identificação dos elementos e depois a classificação, procurando impor uma certa organização ao conteúdo.

Apenas para ilustrar o processo utilizado, a codificação dos registros e do transcrito forneceu vários temas/códigos, dentre os quais citamos: a) vendo a consulta de enfermagem considerar sua integralidade; b) preferindo a consulta de enfermagem; c) ansiando pela consulta de enfermagem, etc. Estes códigos foram agrupados na subcategoria – consulta de enfermagem. Outros códigos obtidos, foram: d) vendo a agenda como fonte de registros e informações necessárias para o controle do seu processo saúde-doença; e) vendo a agenda como facilitadora de aprendizagem; f) solicitando ajuda para compreender as informações escrita na agenda; g) vendo a agenda como um instrumento para dar continuidade na assistência. Estes, por sua vez, foram agrupados na subcategoria – Instrumento de Informação Participativo/A Agenda de Saúde. Estas duas subcategorias foram relacionadas ao referencial teórico proposto e novamente reagrupadas formando a categoria – Prática de Saúde Compartilhada, que por sua vez está ligada ao grande Tema - Práticas de Saúde. Os grandes temas surgidos neste estudo eram referentes ao contexto no qual o usuário estava inserido: a) Suas Condições Sócio-econômicas e Políticas; b) o Sistema Único de Saúde; c) Práticas de Saúde e Seus Instrumentos e d) A Percepção de Si Como Sujeito e Usuário do SUS.

Do exposto, podemos concluir que sob um título genérico, os agrupamentos são efetuados em razão de características comuns aos elementos e que, buscando fundamentação no marco conceitual e no referencial teórico proposto, podemos fazer a análise dos dados à medida em que articulamos esses agrupamentos uns com os outros.

Para complementação e validação dos dados da observação, utilizamos a técnica de grupo focal associada à entrevista coletiva não diretiva. Formulamos antecipadamente as três perguntas abaixo, que foram dirigidas aos usuários uma a cada vez: Como é que você vê essa forma de atender? Como você se sentiu em relação a Agenda de Saúde e quais

informações que devem estar contidas na Agenda e quais você acha que não devem aparecer?

2. A Metodologia da Prática Assistencial – Uma construção compartilhada

Ao implementar uma Prática de Saúde Compartilhada junto a usuários do SUS, era nossa intenção trilhar, com eles e de forma interativa, áreas que separavam nossas práticas de saúde tradicionais — caracterizadas pelo assistencialismo, pela educação bancária, pelo anti-diálogo e pelo exercício do poder pastoral; das formações iniciais de novas práticas de saúde que mediatizassem o resgate do sujeito hibernante em cada indivíduo para a vida autônoma e comunitária. Entrando em campo, tínhamos nossa indignação, como força motriz, e as reflexões e estudos de caso feitos por muitos autores, esquadrinhando profundamente a área, como as modernas imagens de sensoriamento remoto por satélite, ou fornecendo detalhados relatos de incursões pela mesma, para nos nortear.

Não se tratava, portanto, de um perambular sem destino mas de um caminhar exploratório adicional e “in loco” cujos achados poderiam contribuir para o balizamento da construção, já em andamento na Enfermagem, de uma forma de atuação profissional no espaço da UBS em sintonia com “um dever” que emana de propostas de autores como Faria (1996, p. 58):

Quando proponho que o centro de saúde “deve” pensar saúde, considero que sua atividade não deva se restringir à assistência bio-clínica. Significa, necessariamente, dentre outras coisas, uma ampliação de sua atuação, para além das tarefas curativas e administrativas, num movimento para um amplo processo de reflexão participativa com a população, sobre seus problemas e as respectivas soluções. Significa considerar o indivíduo como sujeito que conhece e toma decisões na luta por ambientes saudáveis e continua sendo sujeito frente às ações assistenciais para ele dirigidas. O indivíduo, nesta perspectiva, já não poderá ser considerado como aquele que apenas recebe as ações de saúde, mas como aquele que constrói ações ou participa de ações no contexto do mundo vital, aquele que também terá que fazer algo em relação à sua saúde, aqui entendida não só como busca da sua saúde individual, mas como algo que ultrapasse os muros do cotidiano individual, que tem base bastante forte, ligada às questões de infra-estrutura e às formas estruturais da sociedade.

Tendo em mente a necessidade de superação de nossas velhas práticas de saúde, a relação pesquisador-usuário estabelecida no desenvolvimento deste estudo procurou pautar-se no reconhecimento da capacidade humana para pensar e decidir frente à alternativas cujas conseqüências e riscos tenham sido previamente avaliados. Neste sentido, a participação dos usuários na pesquisa e em suas práticas de saúde, considerada uma condição de afirmação do sujeito, sempre exigiu deles respostas a questões como: quais são minhas necessidades?; em que ordem desejo que essas necessidades sejam trabalhadas?; que recursos buscarei, dentre os disponíveis?; como agirei para remover/transformar os obstáculos que dificultam ou impedem o atendimento desta

as lesões, edemas e presença de corpos estranhos animados ou inanimados. Com as mulheres, orientamos e acompanhamos o auto-exame de mama.

O instrumento de informação utilizado — a Agenda de Saúde — consiste de um formulário semi-estruturado, desenvolvido de forma iterativa com os usuários, tendo como base para sua construção o conceito de saúde e de doença utilizado em nosso referencial teórico. Ela se configurou como um instrumento adequado para o registro sistemático e inteligível de dados coletados sobre o processo saúde-doença; e para a organização, planejamento, priorização e avaliação das ações de saúde.

Durante toda a prática de saúde, a agenda permaneceu sob a posse e guarda do usuário, e isto se configurou numa eficiente estratégia para a: a) socialização de informações e do saber; b) centralização e integração de informações sobre o processo saúde – doença; e c) sensibilização para a co-participação e co-responsabilidade no próprio processo saúde-doença.

A Agenda de Saúde, utilizada e apresentada no Anexo I, compunha-se das seguintes etapas:

A - *Roteiro para levantamento de dados* composto dos tópicos: I) Este sou eu (identificação pessoal); II) Minha família (identificação familiar); III) Minha casa (história habitacional) e Meu trabalho (história ocupacional). IV) Minha visão de mundo e meus hábitos de vida (história social); V) Minhas percepções e expectativas quanto a situação de saúde-doença e como utilizo os serviços de saúde (expectativas quanto à situação de saúde atual, suas necessidades psicológicas, sociais e espirituais e o conhecimento que o usuário tem acerca dos recursos de saúde); VI) Exame físico com revisão dos sistemas e espaço destinado às anotações dos principais exames laboratoriais e complementares.

B - *Tratamento de dados visando o controle e a Intervenção*; VII) Quadros para registros sistemáticos e controles de sinais vitais e outros dados que devem ser mensuráveis, conforme as necessidades de cada usuário. VIII) Plano Compartilhado de Ações para a Saúde - constando de quatro componentes básicos: 1) Identificação das situações de saúde-doença/problemas encontrados; 2) Metas a serem alcançadas; 3) As ações de saúde traçadas ou conduta específica para resolução de cada situação/problema; 4) O alcance dos objetivos; além de data, identificação do profissional e local. IX) encaminhamentos e contra referência. X) Pareceres dos profissionais referenciados envolvidos.

Gradativamente e de forma não ostensiva, aplicamos o questionário, impresso na própria agenda, caracterizando, preliminarmente, sua percepção sobre saúde, ações concretas para mantê-la ou recuperá-la, seus conhecimentos acerca dos recursos de saúde disponíveis no município, as informações de saúde recebidas e sua concepção sobre "bom atendimento" na assistência à saúde.

O "Roteiro para levantamento de dados", embora representasse a primeira etapa da Agenda de Saúde, não foi necessariamente preenchido primeiro. Sendo o processo dinâmico e flexível, a coleta de dados ocorreu ao longo de toda a prática de saúde, dependendo das necessidades do usuário. Consideramos situações de saúde - doença todo e qualquer problema, ou seja, todos os aspectos e fatos, detectados em conjunto, que levaram ou levariam a perturbação no ser humano e na sua interação com o meio, impedindo a manutenção e o alcance da saúde.

O significado dos dados levantados foi discutido entre a enfermeira, gerenciadora da prática, e o usuário para o estabelecimento de um plano de ação. As intervenções foram planejadas tendo como referência as situações de saúde-doença identificadas e priorizadas pelo usuário.

Na elaboração do "Plano Compartilhado de Ações para a Saúde", foram considerados os conhecimentos e os recursos que o usuário dispunha, bem como a possibilidade de acesso e suas potencialidades.

A prática progrediu à medida que o relacionamento usuário-enfermeira se intensificava, levando a ampliação dos objetivos das ações de saúde. Durante a Consulta de Enfermagem, tivemos o cuidado de não inibir o usuário com a preocupação excessiva em fazer registros na Agenda de Saúde. Neste momento foi estimulada a livre expressão, criando-se um ambiente de espontaneidade, o que possibilitou melhor interação entre ambos e o registro natural de dados.

O uso da Agenda foi explicado no decorrer do compartilhamento da prática à medida que os usuários verbalizavam suas necessidades de informação, que de um modo geral estavam relacionadas à estrutura, conteúdo, operacionalização, envolvimento de outros profissionais, entre outros.

Para alcançarmos os objetivos deste estudo foi indispensável a socialização do método da assistência e da operacionalização da Prática e da Agenda e não apenas seu conteúdo. Pois, de que adiantaria o usuário dispor de um amontoado de informações se não soubesse: a forma como elas se articulavam para formar um todo organizado; o significado e a contribuição de cada ação individual planejada para seu processo saúde-doença; utilizá-las para controlar e avaliar as ações de saúde em desenvolvimento; seu papel, como sujeito do referido processo e como cidadão, e o papel de cada profissional, como trabalhador da saúde e também como cidadão; onde registrar novos dados entendidos como relevantes e o que fazer com eles; enfim, a lógica relacionando informações e ações como um todo. Agindo neste sentido, entendíamos método como Minayo (1992 a), que citando Lênin, refere: "o método não é a forma exterior, é a própria alma do conteúdo porque ele faz a relação entre o pensamento e a existência e vice-versa". Ou/e como Leopardi, (1991, p.10) para quem o método-MAE, pode ser considerado "como uma

maneira peculiar e sistemática de encaminhar a atividade dos agentes [...] e que se constitui num instrumento, cujos conteúdos e formas de aparecer decorrem de um conjunto de conhecimentos e práticas desenvolvidos historicamente e apropriados para se adequarem a certas finalidades do trabalho de assistir os indivíduos..."

As anotações foram registradas na agenda pelos trabalhadores da saúde, a pedido do usuário, e pelo próprio usuário, ou por algum membro de sua família; evitou-se o uso de terminologia técnica quando esta era desconhecida para ele. As anotações na Agenda de usuários analfabetos eram feitas pela enfermeira, com sua permissão e plena participação.

Nos dez meses de duração do estudo, cada usuário foi atendido, em consultas de enfermagem, no mínimo quatro e no máximo vinte e duas vezes. Considerando os retornos para outras atividades na UBS (verificar a pressão arterial.; consulta médica; consulta com nutricionista; buscar remédios, etc.) poderíamos duplicar esses números.

A implementação do plano de ações, elaborado em conjunto, nos permitiu detectar o comportamento do usuário quanto à aceitação e entendimento da Agenda, seu desempenho nas ações de intervenção, e as dificuldades encontradas e superadas em sua operacionalização.

Para garantir a integralidade das ações e a operacionalização do plano assistencial, foi necessário, em alguns casos, encaminhar o usuário à rede de serviços públicos, segundo a complexidade das intervenções. A referência e contra-referência tiveram como unidade primária de assistência a própria UBS, como secundária as Policlínicas, e como terciária o Hospital Universitário e o Hospital Municipal.

Seu retorno à UBS nos permitiu avaliar o acesso aos serviços de saúde, a assistência prestada, as reações e a aceitação da Agenda pelos profissionais de saúde de outras instituições vinculadas ao SUS.

A avaliação das ações de saúde foi feita verificando-se, de forma sistemática e valorativa, a consecução dos objetivos propostos em conjunto. Ela foi assimilada pela prática de saúde como uma etapa dinâmica que retroalimentava as demais, indicando a necessidade de manutenção, revisão ou de estabelecimento de novos objetivos ou estratégias.

As ações educativas para a saúde fizeram parte inseparável de nossas práticas. Elas foram vivenciadas pelo usuário em momentos individuais, durante a consulta de enfermagem, e coletivos, nas dinâmicas de grupo. Nesses momentos, o processo educacional dialógico colocou profissional de saúde e usuário em igualdade de condições para buscarem juntos a compreensão de sua realidade e, principalmente, da realidade do sistema de saúde.

As atividades foram discutidas, aprovadas e agendadas antecipadamente pelos próprios usuários. De comum acordo, ficou estabelecido a realização de duas dinâmicas de

grupo na Unidade Básica Sanitária, no período disponível. Como todas as dinâmicas de grupo, elas tiveram como objetivo propiciar a cada usuário a expressão e defesa de suas percepções e sua representação, juntamente com as dos demais participantes convidados.

De acordo com as perspectivas delineadas sobre a concepção dialógica de educação expressa por Paulo Freire, realizamos as dinâmicas de grupo.

Nessas vivências coletivas, visando resgatar a dimensão contextualizada dos temas a serem discutidos, trabalhamos a partir da realidade concreta do grupo de trabalho envolvido, que foi desafiado a superar situações cotidianas problematizadas ao se perceber como ser sujeito. Deixamos aos usuários a responsabilidade pela elaboração e proposta de uma situação-problema, que foi transformada em tema da oficina de trabalho e levou à superação do conhecimento já possuído.

A primeira dinâmica de grupo foi realizada em maio de 1998 e nela utilizamos a Técnica de Confeção de Painéis em Grupo, considerada uma das técnicas mais dinâmicas, tanto para o intercâmbio de idéias, como para a participação e integração dos membros do grupo (Andreola, 1996). Tínhamos como objetivo: a) promover a comunicação, participação, cooperação e integração de todos os membros dos grupos formados e b) possibilitar a contribuição de todos na percepção, reflexão e debates sobre a condição de ser sujeito no mundo e, mais especificamente, no Sistema Público de Saúde.

No desenvolvimento da técnica ocorreu a divisão espontânea dos usuários em dois grupos, sendo um número de seis em cada grupo. Cada grupo recebeu materiais para desenho, revistas, cola e duas cartolinas de cores diferentes. Numa delas se representaram no mundo em que vivem e na outra inseridos no sistema de saúde pública brasileiro - SUS.

Destinamos quarenta minutos para a confecção dos painéis e, intimamente achávamos que não conseguiríamos desenvolver a atividade no tempo esperado, pois muitos eram idosos, tinham dificuldades visuais e agilidade motora diminuída. Mas foi uma agradável surpresa quando nossas previsões não se confirmaram e o desempenho dos dois grupos superou as expectativas, pois a espontaneidade, as interações, as brincadeiras e os sorrisos foram contagiantes.

Depois da confecção dos painéis (Anexo 2), cada elemento do grupo apresentou o que fez e o que representava. Para esta apresentação e discussão reservamos o tempo de uma hora, extrapolando o prazo em vinte minutos.

Como moderadora desta e de outras dinâmicas do estudo, adotamos a postura recomendada por Schrimshaw apud Minayo (1992 a): mantivemos a discussão acessa proporcionando espaços para que todos democraticamente dessem sua opinião, encorajamos a expressão de cada usuário; não julgamos nenhuma resposta pois não havia respostas certas ou erradas; buscamos as "deixas" para a continuidade da própria

discussão; procuramos construir na relação com os usuários, aprofundando as respostas e comentários considerados relevantes para o estudo; e respeitamos o ritmo próprio dos usuários dentro do tempo previsto para as apresentações.

A Segunda dinâmica foi realizada em junho de 1998, na sala de reuniões da UBS. Como técnica fizemos a dramatização de uma reunião do conselho gestor da unidade local, onde cada usuário teve a oportunidade de atuar num dos seguintes papéis: representantes de cada uma das cinco comunidades do distrito, do conselho de mães, da pastoral do menor, dos trabalhadores da comunidade, das comunidades evangélicas, do grupo da terceira idade, dos trabalhadores da unidade de saúde local e da gerência da UBS.

Nosso objetivo era apreender a partir da atuação dos usuários: a) o que eles consideram como "bom atendimento às necessidades de saúde"; b) como deve ser um bom atendimento à saúde; c) o que está ruim; d) o que fazer para melhorar o atendimento; e e) sua compreensão quanto aos recursos e sistema de saúde. Queríamos identificar a percepção dos usuários quanto ao serviço de saúde prestado àquela comunidade, ao papel de cada membro da equipe de saúde, as orientações recebidas, a postura educativa adotada no trabalho, as dificuldades sentidas, ao controle existente, a participação popular; e também suas sugestões e propostas para a melhoria da atenção.

Nas dinâmicas de grupo não nos limitamos aos conteúdos tematizados, mas procuramos dar vazão às outras necessidades que estariam relacionadas ao processo saúde-doença e a construção da cidadania. Na primeira dinâmica, por exemplo, surgiram temas relacionados a: direitos humanos e discriminação social; deveres, direitos e garantias do usuário e, em particular, os referentes à saúde; necessidades individuais e coletivas de assistência no processo saúde-doença dentro do SUS; recursos e dinâmica de funcionamento do SUS; formas de participação ativa do usuário como cidadão na sua comunidade e no compartilhar de sua assistência à saúde.

Nas dinâmicas, a presença dos usuários integrantes do estudo variou de 12 a 16 participantes, além dos visitantes convidados por alguns deles. Os faltosos fizeram questão, e com pesar, de apresentar as justificativas para sua ausência.

Durante toda a prática de saúde compartilhada, não ocorreu nenhuma desistência, houve um óbito entre os usuários participantes do estudo, e tivemos o relato de que uma das usuárias, justamente a que menos nos procurou, estava descontente porque seu envolvimento não estava resultando em vantagens materiais como mantimentos, vale transporte, etc.

V. APRESENTANDO E DISCUTINDO OS RESULTADOS

Para maior clareza, os resultados deste estudo são aqui apresentados em três momentos. Em “**as primeiras imagens**”, descrevemos as percepções iniciais que os usuários do SUS têm de si, de sua inserção no contexto sócio-econômico-político-cultural e no Sistema Único de Saúde, e das práticas de saúde.

Em seguida, em “**prática de saúde compartilhada (PSC) rumo à cidadania do usuário do SUS**”, relatamos o que apreendemos da experiência vivida pelo usuário ao compartilhar de uma prática de saúde individualizada, de seu relacionamento com outros usuários, com os trabalhadores da saúde, com os instrumentos de trabalho – consulta, Agenda de Saúde, formas de comunicação, dinâmica de grupo – e de seu sentimento em relação à necessidade de mobilização e organização para um processo de luta coletiva.

E por último apresentamos as conseqüências da prática implementada; as mudanças ocorridas; as percepções finais do usuário em relação a si mesmo, a UBS - SUS e às práticas de saúde; e as suas sugestões, que consideramos como “**o possível de ser modificado**”.

1 AS PRIMEIRAS IMAGENS

Inicialmente sentimos necessidade de realizar a caracterização dos usuários:

Dos usuários atendidos, dois estavam na faixa etária de 20 a 29 anos (7,70%); cinco na faixa de 30 a 39 anos (19,15%); quatro na faixa de 40 a 49 anos (15,4%); cinco na faixa de 50 a 59 anos (19,15%); sete na faixa de 60 a 69 anos (26,9%); e, três na faixa de 70 a 79 anos (11,50%). Cinco desses usuários eram alfabetizados (19,20%), quatorze deles declararam-se analfabetos (53,80%), e sete considerados semi-analfabetos (26,92%), pois sabiam ler mas tinham dificuldades para escrever.

Quanto ao domicílio, vinte e três declararam morar com a família (88,40%), e três moravam sozinhos (11,50%). Com relação à ocupação, quatro eram domésticas (15,4%), um vigilante (3,80%), um eletricista (3,80%), um pedreiro (3,80%), cinco aposentados (19,20%), e quatorze não trabalhavam fora ocupando-se dos afazeres do lar (53,80%).

A participação de grande percentual de analfabetos (53,80%), de um usuário portador de acentuada seqüela de acidente vascular cerebral e de outro com distúrbio neuro-vegetativo nos preocupou inicialmente, pois prevíamos dificuldades para trabalhar com um instrumento de informação – a Agenda de Saúde, na qual a escrita era utilizada. Tais fatos, no entanto, não impediram suas participações no processo assistencial com o uso da agenda, como ficou demonstrado pelos resultados alcançados.

A demanda atendida procurou espontaneamente a UBS e nos foi encaminhada por funcionários ou por usuários que já estavam participando da prática de saúde compartilhada

1.1. A inserção do usuário no contexto e suas condições sócio-econômica-política e cultural .

Para facilitar a compreensão dos fatos presenciados e das expressões dos usuários desenharemos a seguir o cenário do local em que se realizou o estudo.

A comunidade em que se encontra a UBS e à qual pertencem os usuários participantes deste estudo compreende 05 bairros periféricos que ocupam juntos uma área de aproximadamente 100 hectares, e está distante cerca de 20 km do centro de Cuiabá.

Os bairros são novos, com cerca de 10 anos de existência, resultaram da ocupação desordenada da área por meio de invasões e, a maioria deles, não possui regulamentação na prefeitura. Possuem água, luz elétrica, fossas sépticas e pavimentação asfáltica nas vias principais, por onde trafegam ônibus urbanos durante as 24 horas do dia.

Na época da coleta de dados, cada bairro era servido por 03 telefones públicos em funcionamento precário, sendo que o mais próximo da UBS se encontra a cerca de 300 metros; existindo apenas um posto de correio.

A população estimada, em 1995, é de 17.500 habitantes sendo que grande parte dela ocupa-se da economia informal, trabalhando como prestadores de serviço ou pequenos comerciantes. Em consequência, 40,4% das famílias possuem renda mensal entre 1 e 2 salários mínimos e as condições sócio-econômicas da maioria são precárias.

No contexto de uma sociedade caracterizada por um capitalismo dependente e excludente, os usuários se vêem como pertencentes a uma classe de marginalizados e explorados, existindo com o mínimo necessário para a sobrevivência – sem recursos financeiros e materiais, sem conhecimento e apoliticados. Uma condição degradante agravada pelo menosprezo e indiferença que ela própria tem pelos pobres.

Vivendo uma realidade miserável, como relatam os usuários, na qual se manifestam as diferentes formas negativas da pobreza: desemprego, subemprego, aposentadoria com salário de fome, falta de moradia digna, problemas de saúde, serviços públicos precários; além do desamor sustentando os relacionamentos humanos, como a fala a seguir.

... nessa situação desgraçada que vivemos ... de pobreza, miséria, de fome e desemprego.(u.Lu4)⁵

Nascimento (1998) e alguns economistas, afirmam que a situação “desgraçada” em que vive a maioria de nossa população é considerada como resultante e de uma multiplicidade de exclusões e acrescentam que os critérios econômicos, em si, são

insuficientes para designar os que devem ser considerados como pobres. A pobreza surge como um modo de vida, onde ocorrem complexas interações de diversos elementos: socioculturais, econômicos, políticos, psicológicos, fisiológicos, ecológicos e educacionais. A pobreza econômica é sempre a mais visível e também a mais mensurada porque a lógica da quantidade é mais facilmente captada, mas existem outras formas de pobreza, como a política e a cultural.

Em estudos recentes, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁶, divulgou alguns números estatísticos da miséria neste País. Afirmava que dois de cada três brasileiros entram no rótulo de "excluídos", somando-se os miseráveis e os despossuídos, isto é, aqueles que nada têm. Comentando, que a principal característica dos miseráveis não aparecem nas estatísticas: é a falta de expectativa de ascensão social, a não ser que recebam ajuda do Estado.

O País tem bons estudos como os do IBGE, mas são dados das grandes metrópoles, pois o interior e as capitais menores, como a nossa, são hoje um fantasma estatístico. No distrito sul, onde estamos trabalhando, são quase que inexistentes e por esse motivo não achados por nós.

Matos (1998) afirma que há mais de vinte anos se realizou a última pesquisa detalhada sobre renda e consumo. Revendo tais estudos, pode-se ter uma idéia aproximada sobre a mudança sócio-econômica e não mais que isso. Refere ainda que, não se localizam ou contam devidamente os miseráveis, pois usam uma linguagem estatística que expressa-se em números, fórmulas, estatística. Utilizando a fórmula da média, que pode ser assim entendido: "X" faz quatro refeições por dia; "Y, nenhuma, na média, o faminto come duas vezes ao dia.

Os usuários apontam o desemprego como o principal responsável por sua miséria, reclamando desesperançosos de suas condições de vida e enfatizando a conseqüente falta de recursos financeiros e de alimentação.

... quantas pessoas estão desempregadas por aí. Muitas vezes não temos nem passe para levar o filho no pronto socorro. Aí temos que sair de madrugada tentando emprestar um passe do vizinho para pegar o ônibus. O pior é que o vizinho está sempre em condições pior que você (u. MJ).

O meu marido é vigia noturno, mas não tem emprego para ele, aí tentamos vender picolé na rua. É difícil, as vezes nós não temos nem o que dar de comer para as meninas (u.G).

Já nem falam da insignificância do salário mínimo ou de sua desvalorização, falam apenas do horror do desemprego, que em nosso município é crescente. Aqui, o

⁵ (u.Lu.4) ⇒ u: usuário; Lu: Identificação do usuário; 4: número do encontro.

⁶ Esses dados do Ministério de Saúde e de pesquisadores universitários foi divulgado no Jornal da Tarde, São Paulo, 23 de ago., 1/8/76. Em pesquisa do IBGE, publicada em 21.3.96,A

crescimento urbano não tem sido acompanhado pelo crescimento da economia local. Isto não vem a ser novidade em um País cuja economia vive sua mais grave crise da história.

Nos últimos anos, aqueles que estão empregados temem ser despedidos, não pela automação das empresas, pela terceirização de serviços, ou queda nas vendas da insipiente indústria da "Grande Cuiabá", mas pela simples falência de suas micro, pequenas e até médias empresas. Temem o desemprego que traz consigo a fome, o sofrimento, e desorganiza o cotidiano das famílias, conduzindo milhares de pessoas à exclusão social e até à loucura. Desempregados e migrantes de outros estados, sem alternativas, vão para o mercado informal, sem qualquer direito trabalhista.

Isto é somente um fragmento da aquarela do Brasil, um País privilegiado e rico, cuja população miserável assiste silenciosa a expropriação de suas riquezas e a priorização do pagamento dos serviços de uma dívida externa assumida sem seu consentimento, em detrimento de suas necessidades sociais, ampliando a histórica de desigualdade que o caracteriza.

Esta realidade econômica e social condena a maioria da população à qualidade de vida inferior à estabelecida na Declaração Universal dos Direitos Humanos, que nos Artigos 25 e 26 afirma:

Todos tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e sua família vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis [...] todos tem direito à educação;

e, no seu primeiro e principal artigo, diz

Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos"

O que faz um usuário que tem seus direitos políticos assegurados pela Constituição Federal (Capítulo IV) (Brasil, 1988), mas não consegue alimentar sua família, ou nem sequer ser atendido pelo sistema público de saúde? Ele sobrevive às custas de favores, como um subcidadão, e sua história de vida é uma amostra da contradição existente hoje no País entre lei e realidade. Segundo Oscar Vilhena Vieira (1998), secretário executivo do Instituto Latino-Americano para as Nações Unidas, o País procura avançar em sua legislação e soberania, só que não conseguiu reduzir suas desigualdades. Existe ainda um fosso muito grande entre aquilo que o governo diz e se propõe a fazer e o que se vê no País, refletindo uma grande falha ética de nossa sociedade. A Constituição garante, mas a maioria dos brasileiros não tem saúde, educação, moradia e emprego. Observem esta fala;

Acho que vou invadir o grilo X junto com o meu irmão, porque só assim vou conseguir morar sem ser nas casas dos outros (u. Vel5).

Para Nascimento(1998), citando Pinheiro coordenador do núcleo de estudos da violência da Universidade de São Paulo e relator da comissão de direitos humanos da Organização das Nações Unidas, os direitos civis e políticos têm sido atendidos, mas os

direitos econômicos e sociais estão sendo negligenciados pelo Estado, tornando-se necessário um envolvimento mais consciente e conseqüente de toda a sociedade. Completa: “O desafio hoje é garantir que os direitos econômicos e direitos sociais sejam efetivamente apropriados pela população” (Pinheiro, 1998, p. 43). Porém, vendo nos últimos dias a política social de nosso governo neoliberal sendo definida pelas diretrizes do Banco Mundial, sob a justificativa de um inadiável ajuste fiscal, ficamos convencidos de que, em matéria de garantia de direitos sociais e econômicos, o pior ainda está por vir.

Entretanto, a única coisa que não podemos fazer em um momento como este é nos desmobilizarmos, desistirmos de lutar e nos entregarmos. Por incrível que pareça, a força que nos anima vem exatamente dos mais fracos, de seu exemplo nos mostrando que a miséria não é necessariamente parceira do individualismo e que ainda resta espaço para a solidariedade entre os seres humanos. Neste sentido, foi marcante o depoimento de uma usuária do SUS, senhora idosa, portadora de uma insuficiência cardíaca congestiva compensada, que faz uso diário de diurético em seu tratamento, e conseqüentemente, sofre uma espoliação de potássio no seu organismo, sendo necessário a sua reposição. Em um diálogo durante a consulta de enfermagem, enquanto planejávamos as condutas para a manutenção de sua saúde, nos surpreendeu quando disse;

... não sei não minha filha, eu as vezes posso gastar só cinquenta centavos. Dá só para comprar meia dúzia de bananinha, e eu dou para a minha netinha. Eu não posso comer as bananas para ter esse potássio aí, eu prefiro dar para a minha netinha que está crescendo. (u.MA4)

Naquele momento, aquela senhora analfabeta e idosa, em sua sabedoria, nos presenteara com uma pérola – o conceito de prioridade: sua neta era seu povo, e preservá-la era mais importante que as dores e câimbras que alguém, não importava quem, poderia sentir.

Parece que os que decidem não freqüentam a periferia das grandes cidades. Não conhecem e não fazem a interface entre a vida e a morte das pessoas, não se expõem como amortecedores entre a necessidade humana básica e a falta de recursos diversos, não vivem da improvisação para suavizar a dor, advinda da tamanha indiferença.

Daí também a nossa responsabilidade, como cidadãos e enfermeiras, que lidamos com as questões da vida e morte das pessoas, em sua maioria pertencentes a uma população de despossuídos. Não podemos nos calar, precisamos dar eco a seu grito rouco e abafado exigindo seus direitos. Referimo-nos não apenas ao direito à saúde, mas à outros direitos sociais, e também às liberdades individuais e aos direitos políticos. Lunardi (1994), fazendo uma reflexão sobre nossa atuação profissional nas instituições de saúde, nessa situação de precariedade de recursos, pergunta se nossa criatividade, adaptação e compreensão não estão também sendo responsáveis pela continuidade do *status quo* ou seja a negação dos direitos sociais da população. Ela nos conclama ao inconformismo, à

rebeldia e à denuncia do que temos enfrentado no dia a dia:

Por que estamos caladas? Onde estão as nossas vozes? [...] Por que só falamos, eventualmente, entre nós, desgastando-nos emocionalmente, numa atitude pobre no sentido político, pois pouco ou quase nada tem revertido em mudanças da situação? (Lunardi, 1994, p.55)

E por fim, a mesma autora questiona, se temos

“medo de enfrentar quem tem representado o poder, medo de enfrentar conflitos”.
(Lunardi, 1994, p.55)

Estamos convencidas que nosso compromisso com a saúde do ser humano e da coletividade nos impulsiona a ajudar a romper esse ciclo de marginalização de pessoas sem perspectivas de melhorar sua qualidade de vida, para que seus filhos tenham um destino diferente. Entendemos nosso compromisso de profissional enfermeira e cuidadora, como Silva(1999)

[...] o processo de ser, do viver do cuidador se dá a partir de um profundo compromisso com a vida em sociedade e no planeta. A meta primordial do cuidador é o cuidado, com vistas à socialização do poder e dos privilégios e à complexidade crescente da qualidade de vida para todos. [...] Quando falo em uma vida comprometida com o cuidado, estou me referindo a uma vida comprometida em ajudar os outros seres a expressarem suas potencialidades e novas formas de consciências e de inter-relações com o meio. Neste sentido, o cuidado tem como base o profundo respeito para com a vida, em suas mais variadas formas de expressão (Silva 1999, p. 250).

Trata-se de um compromisso político, e não apenas técnico, absoluto e prioritário, ético e moral, com uma sociedade que almeja ser desenvolvida. cremos que para isso, uma a prática de saúde deva estar ancorada nos princípios éticos de justiça, equidade e de respeito à dignidade humana.

Capra (1982) nos fala de estarmos convictos da existência, hoje, na sociedade, de uma crise da percepção – não vemos o mundo globalmente interligado, onde o humano, o social e o meio ambiente são interdependentes; e também de um novo “paradigma” – uma nova visão da realidade, uma mudança fundamental em nossos pensamentos, percepções e valores.

Silva (1999), falando da responsabilidade dos cuidadores pela sobrevivência deste mundo e da necessidade de construção de um novo cuidar, diz que:

A sobrevivência de nossa sociedade, como também a preservação da vida no planeta só poderá se dar através de profundas transformações em nossas crenças e valores, as quais nos levem a novas formas de pensar-sentir-agir no mundo. Neste sentido, a socialização do cuidado, a partir de nosso compromisso com as transformações requeridas, tem como meta principal a complexidade crescente de consciência crítica dos Seres e de qualidade de vida para todos (Silva, 1999, p 256).

Isto implica em nos mover e dar um passo maior que um apenas “atender bem” aos usuários do SUS, e para tanto precisaremos trabalhar sobre um compromisso ético. Não

basta apenas nos apercebermos e nos indignarmos contra a desigualdade que vem aumentando, e emerge nítida nas falas dos usuários.

As pessoas ricas, elas estão cada vez mais ricas e os pobres cada vez mais pobres (u.Lu4.)

É necessário protestar contra a desigualdade social e agir concretamente em nosso cotidiano profissional.

Quando os usuários começaram a identificar as relações de poder entre as classes sociais, bastante discutida, posteriormente, durante as vivências coletivas, uma das usuárias preferiu dividir a sociedade em três categorias: os poderosos, os menos poderosos e o resto, ficando bastante evidente a sua inserção nesta última categoria.

O resto somos nós uai? Pobres coitados que penamos feio [...]. E os poderosos não estão nem aí para nós. Os pobres é que se lasquem por lá (usB.8).

Além de se nominar como “o resto” (e empurrada à margem da sociedade), não se via considerada em seus valores ou em sua dignidade humana.

Uma outra usuária se referindo à difícil saída e à falta de alternativas mais humanas para a situação conflituosa em que vive, desabafou:

Pobre é igual arame farpado, se não está no rolo está esticado (uR9.)

O emprego, pelos usuários, de uma figura de linguagem muito adequada para descrever os múltiplos fatores que os aprisionam àquela condição miserável e dos quais só se desvencilham quando mortos. Uma opressão nos horizontes do ter e do ser, gerando uma pobreza material e política que não é um dado natural, mas produto de formas históricas de organização da sociedade (Demo, 1996). Não podemos culpar o excluído por esta situação miserável, como acontece com freqüência nos discursos de trabalhadores da saúde, quando, por exemplo, atribuem à mãe a culpa pela desidratação ou desnutrição da filha.

Para que possamos agir mais eficazmente sobre essa realidade precisamos entender que a exclusão é uma relação social dinâmica, violenta e sem piedade para aqueles que a ela estão submetidos. Precisamos ultrapassar a visão imediata da pobreza e perceber de forma crítica suas causas concretas e mais profundas, situadas na organização social. Precisamos dar respostas conscientes à perguntas que os usuários no fazem em seu sofrimento. Por quê em nossa sociedade os pobres ficam cada vez mais pobres e os ricos cada vez mais ricos, apesar do considerável avanço econômico e industrial? O desenvolvimento é para quem? E por quem é feito?

Os usuários, quando compararam o poder nas classes sociais, se colocaram em uma classe de subalternos e sem saída:

... porque os grandes mandam em nós mesmo. Por exemplo quando nós

queremos fazer alguma coisa nós junta e vamos lá resolver. Pode ser até em mil pessoas, mas, quando tem quinze ou vinte da classe rica, acaba mandando e decidindo o que nós vamos fazer. Acabam com a nossa raça, acabam com a raça da classe baixa. É só os grandes que mandam, e os grandes não tem dó da pobreza. E nós temos que ficar quieto. [...] assim os pobres estão cada vez mas pobres, e os ricos cada vez mais ricos (u.L5.)

Falaram de um poder que controla e domina, o poder de uns poucos sobre outros; também referido por Capra (1982) que o considera um padrão predominante em nossa sociedade. Um poder político e econômico exercido por uma classe organizada e dominante.

Os usuários também percebem o desenvolvimento, em moldes capitalistas, feito às custas do povo e, geralmente, contra o povo. O progresso beneficiando somente alguns estratos da população, não conseguindo proporcionar relações humanamente admissíveis e suportáveis em termos de justiça e equidade. A taxa social de iniquidade e de injustiça social, que o progresso moderno traz, é paga pelo "povão". Observa a fala;

Aqui é assim ninguém aqui é igual. Os ricos são ricos e os pobres são pobres. Os ricos são maior e os outros estão lá em baixo (...) isso porque aqui no Brasil não há justiça de sociedade (usL5.)

Não é justo não, que tenha poucas pessoas ricas e muitas pobres. Acho que as pessoas podem ser mais iguais (...) todos terem casa para morar e de material, ter comida, roupa (sR9).

Em nosso capitalismo, há uma relação social de desigualdade. Ele explora as classes subalternas, discrimina o marginalizado, corrói as relações sociais com a exclusão e a pobreza, destrói a natureza exaurindo os recursos naturais. Não sabemos até quando a Terra e seus habitantes agüentarão sua voracidade. Estamos diante do esgotamento dos recursos naturais, que torna insustentável ou inviável a vida no planeta Terra (Capra, 1982, Boff & Boff, 1980).

Os usuários evidenciam diferenças sociais, sentimentos de discriminação e exclusão e consideram os seres humanos egoístas:

... hoje em dia ninguém quer ter amor mais, só o amor próprio, ninguém tem mais amor por um outro ser humano não (uR9).

... aqui ninguém liga para ninguém não, ninguém tem amor mais, é cada um por si e Deus por todos (u MJT).

Dentro desta crise da sensibilidade e pensando numa prática mais solidária, algumas mulheres, usuárias do SUS e membros de uma igreja evangélica, assumiram muitas vezes atitudes beneficentes para com os demais membros de sua comunidade. Para elas, a atitude de socializar os bens demonstra o amor ao próximo, e assim, através destas ações, se constróem como cristãs e reconstróem conjuntamente o sentimento e a prática da solidariedade.

A caridade é compreendida como o compromisso social do indivíduo com a pessoa que está próxima. A prática da solidariedade é, pois, o centro da vida e da fé cristã. Essas mulheres caridosas, no entanto, foram consideradas por alguns usuários como acomodadas, principalmente quando têm que reivindicar alguma melhoria para sua comunidade como a extensão da linha de ônibus até a UBS e à igreja, que fica próxima.

As irmãs da igreja são muitos legais. Elas ajudam quando a gente precisa, mas são acomodadas (u.LA3).

... mas aí, todo mundo acomoda e vai a pé do postinho e da igreja até lá no C ... pegar ônibus. Lá no C... tem um monte de ônibus... ninguém liga para nada não, são um bando de acomodados, eles preferem respirar poeira e carregar crianças até chegar lá. Os velhinhos doentes é que sofrem (u.R9).

Os usuários referiram que o bairro é violento, pois existem freqüentes homicídios e guerras de "gangues", visando o domínio do comércio de drogas.

Quanto à vivência em comunidade, relatam a existência de uma sede para o clube da associação de moradores do bairro, mas sem quase nenhuma promoção de atividades sociais. O grupo de mães do bairro acaba de se organizar e programou reuniões bimestrais.

O crescimento sócio-econômico do bairro é observado através do aumento das linhas de ônibus, do número de veículos particulares e da extensão do asfalto nas duas avenidas principais. Apesar disso, vêem que a infra-estrutura e o desenvolvimento ainda é insuficiente. Sentem a falta da rede do saneamento básico, se queixam das ruas sem asfalto e dos telefones públicos insuficientes e que dificilmente funcionam:

... falta esgoto, asfalto, essa água escorrendo nas rua, esse poeirão danado que a gente respira o dia todo, não é fácil. Eu tenho que lavar roupa a tarde para secar a noite, porque senão fica tudo preto de poeira. Fico com pena da minha vizinha que lava roupa para fora (u.LA3).

Eles se preocupam com o pó que inalam e traz doenças respiratórias, mas dão ênfase ao fato dele evitar a execução do trabalho necessário para a sobrevivência. Sendo a "mão invisível" do mercado, o trabalhador não usufrui dos direitos e das políticas trabalhistas, que tentam garantir a qualidade de vida no trabalho, nomeadamente através de ações no domínio exclusivo da higiene, segurança e saúde do trabalhador.

Essas pessoas trabalhando aqui são os trabalhadores com muito serviço. Estão o dia inteiro no sol e estão muito cansados (uL5).

Eu passei roupa a minha vida inteirinha, e hoje não tenho nada, não tenho aposentadoria, só queimaduras (uB8).

Além de mostrarem suas lesões corporais, decorrentes de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, afirmaram que o trabalhador brasileiro não se dá o direito de ter cuidados de saúde, como demonstram as falas a seguir:

... o meu marido é pedreiro, tem dores no corpo inteiro, principalmente quando carrega muito peso e incha também. Ele não tem tempo de ir ao médico, ele trabalha (uA6).

.... o meu marido nunca pode vir consultar, tem que matar serviço, e quando tem que levar atestado é uma enjoeira para arrumar. Tem que ficar justificando e pedindo favor. Por isso ele não vem ao médico, só se tiver morrendo (u.ML12) .

... por exemplo eu posso faltar, mas tem patrão que não admite a gente faltar no emprego. E aí fica os homens trabalhando doente(uLu5).

O trabalho existe para se viver e não para morrer, mas no entendimento dos usuários muitos trabalham para morrer.

Os usuários que têm emprego, deixaram claro que no seu ambiente de trabalho fazem o que mandam, executam tarefas mais simples aquém da sua capacitação, pela necessidade de se manterem no emprego e por precisarem de dinheiro. Executam as tarefas da melhor forma possível procurando respeitar apenas o limite de sua capacidade física. A condição de sobrecarga de serviços e a desumanização no trabalho é manifestada por eles. Mas, ir ao médico durante o dia, quando doente, é impossível; só se os sinais ou sintomas diminuírem sua força de produção. Pois não basta só estar com gripe, cefaléia, dores ou indisposição para ser considerado doente, é necessário "cair de cama", para caracterizar seu estado de doente.

No mundo do trabalho do usuário não existe só o problema de desemprego, há elevação da jornada de trabalho, reduções salariais imprevistas, trabalhos informais

Um outro fato que chamou nossa atenção foi o sentimento de nacionalidade e, ao mesmo tempo serve como válvula de escape. Desenvolvíamos este estudo em plena época de copa do mundo. e a seleção brasileira de futebol era a favorita para a final. Através do esporte, os usuários demonstraram um forte sentimento de unidade e nacionalidade, e sempre que podiam, ostentavam em suas vestes ou em suas residências as cores verde e amarelo. O bairro todo estava repleto dessas cores, só se via um símbolo - a bandeira nacional. O desejo do Brasil retornar com o título de penta campeão era proclamado aos quatro cantos.

... o Brasil tem que ganhar. Se o Brasil sair ganhando nós ganha tudo né, Porque nós temos que ganhar, é o nosso Brasil, ué! (uV8).

Eles valorizaram aqueles momentos, pois traziam alegria, que mesmo sendo passageira, era um bálsamo que permitia esquecer temporariamente suas tristezas e renovava a vontade de continuar sobrevivendo, não sendo portanto um fator alienante de sua situação e realidade:

... é só alegria que ganhamos, alegria nós temos neste momento [...] Para esquecer um pouco a tristeza da vida (uL5).

... não queremos só tristeza não! Nós precisamos de alegria e esquecer um pouco dos sofrimentos [...] esquecer a tristeza, a falta de dinheiro, a fome, a miséria (uR9).

Na expressão desta necessidade, a usuária nos lembra dos versos cantados por Arnaldo Antunes⁷ (ex-Titãs): “A gente não só quer comer. A gente quer prazer pra aliviar a dor”. Víamos nessa expressão, pessoas se sustentando em sonhos e deixando de lado, paliativamente, uma realidade dolorosa, de onde não tinham esperanças de sair. Por outro lado, havia também a possibilidade de estarem nos dizendo que queriam viver a vida com intensidade, da maneira mais plena possível, usufruindo de tudo o que ela podia oferecer. Valla (1996) cita e discute essa letra interpretando a frase como se houvesse uma construção de aparências, que pode ser entendida como construção de sonhos, não devendo ser vista apenas como uma forma de “escapar da realidade”, mas que pode estar indicando uma concepção mais ampla da vida.

Pavan (1995, p. 32) nos lembra que, em nossa sociedade subdesenvolvida, anestesia-se o “Zé Povão” com bingos, Papa Tudo ou outros sofisticados jogos de bicho modernos que “democraticamente dão à todos a possibilidade de ficar milionário”. Com isso, evita-se a tomada de consciência ou ameniza-se a pressão individual criada pela sensação de uma situação sem saída, e mantendo-se tudo como já está. Para completar a estratégia de dominação, governo e classe dominante, segundo o mesmo autor, dão ao povo brasileiro uma variante mais perversa do tratamento dado aos romanos no início da era cristã: “pouco pão e muito circo”. Apenas uma velha tragédia humana e brasileira, também já cantada por Chico Buarque⁸ quando diz: “... A minha gente sofrida despediu-se da dor para ver a banda passar cantando coisas de amor. [...] E para meu desencanto, tudo tomou seu lugar depois que a banda passou. E cada qual no seu canto e em cada canto uma dor ...”.

Ao mesmo tempo que era época de copa do mundo, começavam as campanhas políticas e observamos que a grande maioria dos usuários priorizava o futebol:

É isso mesmo, eu não presto atenção no Lula, mas quando aparece o doido do Zagalo eu quero saber o que ele fala, para ver como está a nossa seleção. (us B8)

O tema política foi discutido durante as dinâmicas de grupo (espaço desta prática compartilhada), e será abordado posteriormente.

Aprendemos com os usuários, a respeitar a cultura de um povo sem julgamentos e manipulações. Um deles descreveu respeitosamente o modo de vida dos índios boróros, seus hábitos familiares, sociais e religiosos, seus mitos, crenças e ritos fúnebres, suas práticas de saúde; um sentimento nem sempre partilhado ou presente na postura de profissionais de saúde. Diferentemente quando os usuários relatam adotar condutas fitoterápicas aprendidas através de gerações, sentem-se agredidos pelo médico, porque

⁷ Comida, música de autoria de Arnaldo Antunes, ex membro do conjunto de rock Titãs.

⁸ A Banda, música de autoria de Francisco Buarque de Holanda, divulgada em 1966 no Festival de Música Brasileira

este, além de desconhecer o uso da fitoterapia, desconsidera totalmente seus conhecimentos, crenças e condições sócio-econômicas .

Detectamos que vários usuários utilizam a fitoterapia para tentar resolver problemas de saúde-doença, não como primeira opção, mas como estratégia para contornar a falta de recursos econômicos.

... muitas vezes não temos nem passe mesmo, e o jeito é dar chá caseiro, até amanhecer o dia e conseguir um passe emprestado para pagar o ônibus. Chega lá no pronto socorro, o filho já está cheio de remédio caseiro para o médico brigar com a gente. Eu nunca tive problemas com chá caseiro, eu dou chá de hortelã , chá de poejo, café amargo com losna que é para verme, eu dou boldo, quando eles estão com cólica. Muita coisa que a gente tem..., Só que para os médicos eles não aceitam. Eles querem que a gente corra com a criança, mas nem sempre a gente tem condições para isso(u.MJ7).

As falas dos usuários revelaram que muitos dos profissionais de saúde desconhecem o uso de fitoterápicos, por isso criticam e desprezam o saber dos mesmos, e ainda, lhe atribuem prejuízos à sua saúde procurando assim manter o domínio do saber médico sobre o corpo. Este tipo de atitude os impede de terem consciência acerca do direito de serem sujeitos de suas vontades e do seu próprio corpo. *“Obviamente a exteriorização dessa relação está intrinsecamente ligada às concepções de mundo, de sociedade, de serviços de saúde e de homem, que aparecem nas práticas minúsculas do cotidiano assistencial”* (Faria, 1996, p.15)

Nós, profissionais da saúde, reproduzimos uma idéia de saúde que culpa e responsabiliza a população por suas doenças. Os conteúdos transmitidos nas escolas e universidades sobre o assunto, costumam reforçar as idéias dominantes na sociedade sobre a “incapacidade” da população mais pobre de cuidar da sua própria saúde em decorrência do modo de vida, da situação e das causas da pobreza a que está submetida.

Gramsci, (1988, p. 14) chama a atenção para o fato de que ... *o elemento intelectual ‘sabe’, mas nem sempre compreende, e muito menos sente.* Eis um exemplo:

... o médico vai perguntar o que eu dei para o meu filho, e no caso eu não vou mentir. Eu vou falar do chá, de que ervas que eu dei para ele. E os médicos falam assim; tá vendo é isso que está fazendo o seu filho morrer! Eles não admitem que a gente dá chá caseiro para o filho da gente, eles escolhambam, falam assim; tá vendo é por causa desses remédios que ele piorou, antes não tivesse dado nada! Como a senhora dá chá caseiro para seu filho! Mas a mãe tem que socorrer o filho de um jeito ou de outro, não?(u.MJ7)

Mas afinal, o que é uma erva, para o usuário? Qual a parte utilizada para fazer chás e infusões? O número de vegetais que podem ser classificados e descritos como “ervas” é muito grande. Além disso, a expressão é usada popularmente para designar não apenas vegetais de porte herbáceo, mas também outros de porte arbustivo, arbóreo, etc. Algumas vezes utiliza-se a planta inteira para se fazer um chá, outras somente suas folhas, frutos,

sementes, casca, etc. Não é nosso propósito escrever sobre ervas, nem mesmo fazer um levantamento das ervas utilizadas pelos usuários em estudo. Mas precisamos reconhecer que, com tamanha variedade vegetal e de suas partes, a riqueza da composição química de cada uma delas, os usuários dispõem de uma farmácia natural respeitável, apesar de ainda parcialmente desconhecida pela ciência. O uso de várias "ervas" é relatado espontaneamente pelos usuários durante as consultas e dinâmicas de grupo (Quadro 01, anexo 3). No processo de troca e comunhão estabelecido nas práticas de saúde – uma relação dialógica –, pudemos entender a importância do conhecimento das propriedades curativas das ervas para sua estratégia de sobrevivência, compreender um pouco de suas possibilidades (o que serve para que, e de que forma) e também quão antigas são suas tradições e quão profundas são suas raízes culturais.

Eles sempre utilizaram, utilizam e pretendem continuar utilizando a fitoterapia e outros recursos alternativos na prevenção, manutenção de sua saúde e tratamento de doenças, porque acreditam e também por não possuir, em determinados momentos, outros recursos. É uma necessidade de muitos, funciona e, então, por quê não respeitá-la?

1.2 O usuário no sistema público de saúde.

O distrito no qual está inserida a unidade básica de saúde localiza-se à margem do rio Coxipó, é constituído por 42 bairros e tem aproximadamente 120 mil habitantes. Em sua área de abrangência existem unidades sanitárias hierarquizadas nos três níveis de complexidade: primária, secundária e terciária. Tendo, como recurso assistencial: 01 Posto de Saúde, 04 Centros de Saúde, 01 Policlínica, 01 Pronto Socorro Distrital, 03 Unidades Sanitárias e 01 Hospital Público

A UBS escolhida para a realização deste estudo, é considerada de porte II, devido a oferta de serviços nas especialidades de clínica geral, ginecologia, pediatria e odontologia; e é gerenciada por uma enfermeira.

Com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde (SES) à construção de novos modelos locais de atenção, tinham implantado, há um ano, naquele distrito, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O programa de saúde da família não havia sido implantado. O serviço dos agentes comunitários era organizado e controlado pela sede do distrito sul.

A oferta de serviço era feita da seguinte maneira: Ginecologia 2 vezes por semana, no período matutino; Clínica Geral toda manhã e 3 vezes no período vespertino; Odontologia todos os dias no período matutino; e, Pediatria 2 vezes pela manhã e uma vez a tarde. As consultas da Nutrição eram feitas 2 vezes por semana pela manhã, e as de Enfermagem, à mulher e à criança, eram realizadas por professores e alunos universitários durante o tempo de estágio tentando manter uma constância de 2 vezes por semana, com consulta pediátrica, obstétrica e ginecológica pela manhã e à tarde.

A jornada de trabalho da enfermeira, dos auxiliares de enfermagem e dos profissionais que não possuem formação na área de saúde, era de 6 horas/dia; a do segurança, de 12 x 36 horas. O horário de atendimento no centro de saúde ocorria de 2ª a 6ª das 7:30 às 17:00 horas, com marcação de consulta diária por ordem de chegada, obrigando o usuário a chegar de madrugada.

Os usuários da UBS eram encaminhados aos serviços de referência, a policlínica em nível secundário e aos hospitais públicos municipal e federal, em nível terciário. Observamos a inexistência de um sistema de contra-referência.

A comunicação entre funcionários, principalmente os da área administrativa, e deles com a população ocorria de forma segmentada e incompleta, sendo permeada por códigos administrativos e simbólicos comumente incompreensíveis ao usuário. O parcelamento das atividades, segundo princípios do método de Taylor para “racionalização da produção”, e a comunicação deficitária têm levado à desarticulação do trabalho de atendimento à saúde e impedido o surgimento da co-responsabilidade dos trabalhadores da saúde / usuários em relação aos serviços ofertados.

Percebemos ainda que, em geral, os funcionários quase não se comunicavam com os usuários, não havia acolhida, vínculo, amizade e sentimento de responsabilidade em relação à comunidade. Eles apenas cumpriam obrigações e ordens. Os usuários não questionavam e nem tentavam mudar o rumo dos fatos que presenciavam. Não havendo comunicação, interação e nem tampouco reivindicação, eliminam-se os caminhos para a construção e o aperfeiçoamento de um bom atendimento à saúde.

A escolha desta UBS ocorreu devido a existência de planejamento de ações que visavam: organizar um sistema de informação; realizar trabalho de gerenciamento articulado com o Conselho Gestor local; educação em saúde a grupos específicos; estimular a organização da comunidade através de trabalhos conjuntos nos centros comunitários e associação de moradores; trabalhar com a comunidade em ações de intervenção nos problemas estruturais e conjunturais dos bairros; trabalhar com a comunidade em diversas ações educativas; e, principalmente, por contar com a existência de consulta de enfermagem à mulher e à criança.

O conselho gestor local começou a ser organizado no período em que realizávamos o estudo.

A população que procurava a UBS era composta basicamente por mulheres entre 14 e 45 anos que eram atendidas, na maioria das vezes, pelo clínico geral e ginecologista.

Para a maioria dos usuários participantes desse estudo, a Unidade Básica de Saúde não passava de uma instituição onde buscaram atendimento médico para o tratamento e o controle de suas doenças.

Este relacionamento com a UBS, em parte, reflete uma postura, considerada por Kals & Coob (1966) como um comportamento preventivo em doença. Segundo os mesmos autores, um comportamento preventivo em saúde se caracterizaria por atividades realizadas em estado assintomático, quando ainda se tem saúde, com o objetivo de prevenir ou detectar doenças.

Prado (1993) discutiu alguns aspectos teóricos do comportamento preventivo em Saúde, buscando contribuir para a fundamentação da prática profissional. Estabeleceu ligações entre este comportamento e as diferentes terminologias e conceituações de saúde-doença.

Os usuários buscavam a UBS, e as respectivas ações, limitados ao plano biológico e de funcionamento orgânico, como a fala a seguir;

... eu tenho problema de diabetes, então de dias em dias eu tenho que fazer exames. Tenho que pedir uma ficha para consultar com o Dr. X, para ele me dar um encaminhamento e fazer um exame para saber como está o meu diabetes(uVa1).

Para eles, o objetivo da prática médica era reconduzir o doente à normalidade, servindo para curar e prevenir complicações fisiológicas. A doença era um fenômeno biológico individual e seu determinante social era visto apenas como modo de vida.

Há um descontentamento generalizado com os serviços públicos de saúde. A inacessibilidade do serviços, a negligência no atendimento por parte dos trabalhadores, a não resolutividade das situações apresentadas, a ausência de informações e de solicitude, foram objeto de freqüentes reclamações dos usuários.

A morosidade para se conseguir marcar uma consulta, fazer um diagnóstico e receber qualquer tratamento fora uma das queixas mais freqüentes dos usuários, principalmente quando ele era referenciado para outra instituição de atendimento secundário ou terciário.

... para você vê, eu estou com esta alergia, toda inchada e coçando. Faz três semanas que estou com isso. Vou fazer o exame e pegar resultado só na segunda feira. Nessa brincadeira, já fazem vinte dias para saber o que a gente tá sentindo. Enquanto isso, tenho que continuar coçando. Eu já não estou agüentando mais [...] Esperar tanto assim para ser atendido! Porque se tivesse que morrer já teria morrido (u.A5).

... só dia trinta e um é que eu vou ter que ir lá para marcar a consulta com o ginecologista. Quem sabe sai para daqui a 4 meses. Um mês para chegar dia trinta e um [mês] para marcar a consulta, e mais três meses de espera para ser atendido. [...] e depois sabe-se lá quando vou conseguir marcar essa cirurgia. E se o tumor for maligno, eu posso até esperar o atendimento mas e ele, [o tumor] espera?(u.ML9)

Os usuários têm consciência do risco que correm devido a morosidade do atendimento e a falta de assistência. Muitos deles não conseguiram ser atendidos, mesmo após terem sido agendados; não receberam as devidas informações e ainda não foram

tratados com o devido respeito. Como mostra a fala da usuária;

Eu gostaria de saber porquê é que eles não atendem a gente quando marca a consulta. É chato a gente ter que ir cedo lá e ter que vir embora sem fazer nada. Eu cheguei às 5:00hs com a consulta marcada já há muito tempo para aquele dia, só saí às 11 horas e não fui atendida. Agora não sei nem como vou fazer para marcar de novo. Será que vou ter que começar tudo outra vez?(u.G)

A usuária fizera uma verdadeira peregrinação quando tentava fazer algum exame pelo Sistema Único de Saúde, diz ela;

... eu por exemplo, estou com um exame embananado que o SUS não autoriza. É um exames dos ossos , não sei o quê grafia óssea. Me mandaram para a Secretaria de Saúde para conseguir marcar o exame. Neste dia eu passei mal de fome de tanto andar. Eu quase vomitei dentro do ônibus quando eu vinha embora de tão mal que eu estava de nervoso. Sai cedo de casa, cinco horas, e você sabe em cada lugar tem uma fila para ser enfrentada. Aí a moça que me atendeu lá no INANPS falou; aqui não autoriza esse exame, só na Secretaria de Saúde perto do Palácio Paiaguás. Eu não sabia aonde era, saí a pé procurando, até encontrar a Secretaria Estadual de Saúde. Cheguei lá não tinha chegado a assistente social. Quando ela foi chegar já era mais de oito hora, aí que a gente foi subir para cima para ser atendida. E aí que foi o desengano que não fazia o exame, e também não foi autorizado. A menina tentou ligar para alguns lugares, caçando um jeito. Aí me deu um endereço, custa cento e vinte reais o exame, é o que eu ganho por mês. Eu não tinha dinheiro para fazer e vou ficar sem fazer os exames. E vou voltar ao médico sem fazer o exame.[...]A assistência a saúde tem que melhorar não só aqui em Cuiabá, mais em todos os lugares que a gente vê que não existe um bom atendimento público. E existe muita gente precisando porque a pobreza é demais e tem muita gente precisando da assistência de saúde . As duas vezes que eu fui no hospital X tinha a TV Gazeta lá para ver o reboliço do pessoal sofrendo. Quase mil pessoas na fila, doente, sofrendo, com fome, frio, porque naquele dia fazia frio e nós cuiabanos dificilmente temos roupa de frio (u.ML).

Os índices estatísticos, que avaliam os serviços prestados pelo sistema público de saúde no Estado, apresentam ainda somente dados quantitativos. Preocupada com a qualidade e resolutividade do sistema, apesar das dificuldades encontradas (como as de financiamento e de recursos humanos), a Secretaria Estadual de Saúde pioneiramente procurava desenvolver uma política de saúde pautada nas diretrizes do SUS, procurando abandonar o modelo "assistencialista e hospitalocêntrico". O incentivo à participação popular e a parceria com a sociedade civil organizada, o estímulo ao controle social e a atuação dos conselhos de saúde foram algumas das ações preconizadas. Segundo Müller Neto (1997,p. 1), tem-se, hoje, um Estado que "faz-se política de saúde, e não política na saúde".

Apesar dos esforços oficiais, a situação, ainda, não é favorável aos usuários do SUS. A todo o tempo eles mostraram descontentamento quanto ao atendimento pelo SUS no Estado. A falta de comunicação eficiente não foi esquecida.

Enquanto buscavam informações sobre o sistema de referência, observamos que os usuários conheciam melhor a rede e os recursos de saúde disponíveis, que a maioria dos trabalhadores de saúde daquela UBS. Acreditamos que os usuários conheciam melhor o SUS porque buscavam os serviços, uma vez que precisaram dos mesmos, e, assim, os conheciam. Os trabalhadores de saúde porque não os conheciam?

O diálogo entre uma usuária e a auxiliar de enfermagem da unidade é apenas um dentre tantos, que exemplificavam o nosso distanciamento e negligência, vejamos:

*.. eu quero marcar um eletro, mas o aparelho da policlínica está estragado.
A senhora conhece um outro lugar onde eu possa ir? (us. ULeT)*

Eu não sei onde faz eletro. (aux enf.2)

Você sabe o horário do ginecologista da policlínica do Coxipó? (enf.1)

A última pergunta, na verdade, foi uma indagação que fizemos para nós mesmos. Havíamos nos deslocado até o distrito com objetivo de implementar uma prática de saúde, que exigia um atendimento ao usuário na sua integralidade e isto exigiria o encaminhamento do usuário para outros serviços de referência. No entanto, não dispúnhamos de informações sobre o horário de atendimento para consulta ginecológica naquele distrito, embora já tivéssemos solicitado.

Observamos também a ausência do lotacionograma de profissionais e especialistas daquele distrito e a falta de informação sobre as referências de serviços:

Muitas vezes a gente pergunta as coisas e nem uma informação eles dão. Você chega aqui para pedir uma informação eles nem ligam. Muitas vezes a gente pergunta uma coisa eles falam outra, eles dão outra resposta, isto é não dão atenção para aquilo que você perguntou, sendo que as vezes é uma coisa muito importante. Mas para ele não é, então ele não dá valor (u.MP4).

Os usuários se queixaram de que os trabalhadores da saúde não eram uma fonte de informação e foram indiferentes aos seus questionamentos.

Eles só falam assim; negativo, aqui nós não marca não! (u.G7)

Os funcionários da UBS tratavam os usuários como se estivessem fazendo favores, e nem se preocupavam com os padrões mínimos de atendimento na UBS. Predominava o desrespeito e a falta de informações, diálogo e atenção. Os trabalhadores da UBS priorizavam os serviços administrativos e os procedimentos técnicos de rotina, não abrindo espaço para outras formas de relacionamento com o usuário.

... o que os funcionários estão fazendo ali eles continuam. Estão fazendo aquilo e pronto. Não dá atenção para as pessoa que necessitam, nem olha na cara. Não dão valor nas pessoas (u.CL).

Quando a gente pergunta para elas (agentes administrativo), elas apontam

lá na parede, e aí a gente fala, a gente não sabe ler. Oras, elas sabem que a maioria das pessoas ali não sabem ler, então elas tem que explicar quem atende o horário que atende, como fazer para marcar a consulta. Mas como está escrito lá na parede, e quando está escrito e com os horários corretos, elas acham que todo mundo é obrigado, se olhar lá basta ... (u.MJ).

Quando relatamos a falta de comunicação e de informações, não nos referimos aos cartazes existentes na UBS local, a maioria elaborados com a intenção de avisar a população sobre o não oferecimento de determinados serviços em determinados momentos. Nem tampouco aos desatualizados avisos de horário de consulta médica por especialidade, ou aos cartazes confeccionados pelo Ministério da Saúde. Todos haviam sido afixados em local muito acima do campo visual dos usuários. Falamos das informações que foram solicitadas pelos próprios usuários. Suas reclamações nos reportaram ao estudo de Faria (1996), que caracteriza e analisa o processo de comunicação estabelecido nos centros de saúde do município de Florianópolis, e cujas conclusões também se aplicam ao nosso município.

A comunicação entre esses atores sociais, na sua quase totalidade, é hermenêutica (monológica). Sempre, o tom do encontro é determinado pelo técnico. O usuário, quase sempre se coloca calado, embora expressando tudo, pela postura emudecida que o sistema lhe impõe. O exercício do poder está claro, conferido ao técnico pelo saber, culminando na ineficácia do processo comunicacional estabelecido nesses centros de saúde. Os usuários não entendem as mensagens repassadas e os trabalhadores acreditam que o que fazem responde às necessidades emergenciais daqueles (Faria, 1996, p. 63).

A mesma autora acrescenta ainda que a "falta de informação, seja no sentido quantitativo ou qualitativo, continua sendo um grande fator, responsável pelo agravamento de muitos problemas na área de saúde" (Faria, 1996, p. 63).

Os usuários justificaram "mal atendimento" atribuindo-o à alta demanda e à pouca oferta de serviços, agravadas pela falta de materiais e de recursos humanos. Falaram da discriminação dos usuários do SUS nos hospitais conveniados e até mesmo nos próprios hospitais do sistema, que sempre davam prioridade para os que já estavam internados. O hospital desestimula os poucos usuários que adotavam posturas "preventivas de doenças", fazendo com que procurassem os serviços de saúde somente em situações de urgência, reforçando, assim, o comportamento curativista.

... porque é muita gente para atender de uma vez só. É todo mundo querendo ser atendida e não dá sempre para atender todo mundo (u.V3).

Não consegui marcar porque lá no hospital só faz esse exames para pacientes de lá que já estão internados. E a gente sobra (u.G4).

A desorganização nas filas de espera para marcação de consulta, a falta de triagem e a falta de rotina de atendimento foram consideradas um grande problema pelos usuários.

Eu peguei a fila do "INANPS", aqui mesmo pertinho daqui. E eles ficam assim: vem hoje, vem amanhã, vem depois. Aí a gente enjoa e não

vem mais, pois é uma enrolação (u. L5).

... e essa coisa de fila para marcar consulta é um caso sério. Por exemplo, lá no hospital eu estava na fila era a de número dezesseis. Fui dar almoço para a nenen e quando voltei me deram o número cento e oitenta. Eu ia sair de lá oito horas da noite. Não respeitam crianças, idosos, doentes, nada! (u.R9.)

Avaliando os serviços de saúde pública os usuários se manifestaram da seguinte maneira:

... é ruim porque não tem recursos para fazerem os exames, não tem medico suficiente para atender todo mundo (u. V8).

O serviço de saúde pública é ruim porque não faz os exames que a gente precisa, e nos faz de boba de tanto andar prá lá e para cá e não resolve quase nada(u.G7).

O relato que fazemos abaixo, detalha uma situação que vivenciamos ao compartilhar uma prática de saúde com uma senhora e seu esposo. Ele se torna interessante porque nos ajuda a compreender a progressiva insensibilidade que toma corpo no trabalho em saúde, provavelmente como um mecanismo de defesa de seus trabalhadores e, até por esta razão, não poderíamos deixar de apresentá-lo. É uma história real de um senhor negro, novo (47anos), magro, fraco, desidratado, prostrado, cambaleante e com uma dispnéia de esforço acentuada. Ele foi atendido por nós, após pedido de sua esposa, que já conhecia nosso trabalho na UBS. Os fatos que aqui registramos como os percebemos, caracterizam uma situação trágica, na qual o que ensinamos se torna uma ironia pois nada, ou muito pouco, poderia minimizar o sofrimento vivido.

Começamos a atendê-lo conforme suas necessidades; estava com muitas náuseas e já tinha apresentado vômitos há poucos minutos.

As consultas médicas já haviam encerrado, não haveria mais profissional médico para atendê-lo e não tínhamos como levá-lo ao Pronto Socorro. Ele tinha sido atendido neste mesmo dia por um pneumologista do principal centro de saúde do município, que lhe apresentou as possibilidades diagnósticas de Ca pulmonar ou Tb. Não nos preocupamos portanto, com a realização de outra consulta neste nível de atenção. Gradativamente administramos um antiemético e procuramos hidratá-lo com "soro caseiro". Enquanto se hidratava e recuperava do esforço, tivemos sua esposa como informante. Verificamos os pedidos e resultados dos exames que tinha em mãos. A primeira amostra para BAAR tinha dado negativo, os resultados da segunda e terceira amostras ficariam prontos em dezoito dias, conforme Agendamento do Centro de Saúde. O raio X evidenciava uma área condensada e evasiva no terço superior do pulmão esquerdo. Apesar de não termos conhecimento específico, sabíamos que não era uma área delimitada, comum em uma lesão de Tb. Havia um pedido de broncoscopia com lavado brônquico, uma tomografia computadorizada de tórax e um encaminhamento para a referência terciária – ambulatório de pneumologia de um hospital do SUS.

O usuário já tinha "perambulado" pelo sistema de saúde. Segundo ele, uns seis meses para chegar a estas possíveis hipóteses diagnósticas: Câncer pulmonar ou tuberculose; o que o deixava muito ansioso. Estava mal, precisava não só ser orientado quanto ao encaminhamento para os exames, como

também de assistência imediata. Foi quando sugerimos encaminhá-lo ao ... do Hospital X, com a expectativa de internação imediata.

Na Agenda de Saúde, preenchemos a parte de identificação pessoal, resultados dos exames, exame físico incluindo apenas as alterações e sintomatologia apresentada. Considerávamos serem as anotações necessárias e prioritárias para elaborarmos o plano de ações que atendesse suas necessidades imediatas. Era portanto desnecessário o levantamento de qualquer outro dado.

Quando terminamos de planejar as ações, reforçado as orientações quanto às condutas a serem tomadas para controle da sintomatologia apresentada, e viabilizado o acesso à instituição de referência terciária etc., eles solicitaram o nosso acompanhamento, mesmo após sanadas todas as suas dúvidas.

... a senhora não pode ir conosco? [...] estamos com medo de não ser atendido e ele está mal. (us.La1)

E estava mal mesmo. Já tínhamos desempenhado o papel assistencial, mas e o de acompanhante? Aspirávamos uma autonomia do usuário e não uma dependência. Continuavam insistência a solicitar mais atenção e cuidados. Queriam a garantia de um atendimento que sozinhos acreditavam não conseguir. Pareciam ver a enfermeira como única possibilidade.

Orientamos mais uma vez quanto as rotinas para a marcação de consultas do hospital referenciado, a quem procurar, e o que deveriam fazer para conseguir serem atendidos no Pronto Atendimento. Afinal não era nem preciso dramatizar na porta do hospital, o usuário estava mal mesmo. Não havia dúvidas de que ele seria atendido.

Não deixamos de nos preocupar quanto ao seu estado de saúde e sua locomoção até o hospital. Era quase meio dia e a ambulância do distrito sul provavelmente não estaria disponível. Também não conseguimos entrar em contato com a sede do distrito por telefone. Saímos todos, juntos, para tomar o ônibus no terminal. Eles iriam para o Hospital referenciado e nós para casa, afinal não havia motivo para acompanhá-los, pois o usuário já se encontrava em melhor estado. E já tínhamos conversado sobre os direitos de se ter e se exigir atendimento de qualidade. Ele ia cambaleando, parava no meio do caminho para se apoiar nos muros das casas e descansar um pouco. Cambaleava mais uns metros e parava. Em vários momentos vimos a possibilidade dele cair. Chegamos a nos imaginar tendo que carregá-lo. Só que não sabíamos como e nem para onde. Sofríamos com aquela situação. Nunca tínhamos vivenciado uma experiência dessas.

Imaginamo-nos no lugar das milhares de pessoas, nas mesmas condições, que "perambulam" pelo sistema de saúde, com o objetivo de receber assistência. A maioria delas, quando tombam depois de muita "dor e luta" nas portas dos hospitais, recebem assistência apenas para desengano de consciência dos profissionais ou para livrar a instituição de processos por negligência.

Enquanto imaginávamos, víamos a dificuldade que aquele senhor encontrava para chegar ao ponto de ônibus, a cerca de uns 800 m da UBS. Resolvemos, então, acompanhá-los, não queríamos ser responsáveis por nenhum traumatismo crânio encefálico. Além disso, tomaríamos o mesmo ônibus, até certa altura do percurso.

Quando chegamos ao Hospital, a fila para abertura de fichas ainda estava enorme. Ele não agüentaria ficar lá esperando em pé. Se sua esposa se responsabilizasse pelo preenchimento dos dados e respectivas rotinas da recepção, talvez fosse atendida em três horas.

Entramos pela porta dos fundos, pedimos para o recepcionista uma ficha de atendimento para um usuário do SUS. [Ao mesmo tempo que ajudávamos alguém, nos sentíamos mal ao ver a enorme fila lá fora. Provavelmente nela estariam pessoas que haviam chegado a muito tempo, que poderiam até estar em piores condições.]

Os funcionários da recepção não estavam fazendo ficha, só estavam agendando consultas ambulatoriais, para os três próximos meses.

Pedimos uma justificativa aos funcionários do registro, mas eles nada sabiam informar. Se limitaram a dizer que não era para fazer ficha para aquela tarde, e se deram por satisfeitos.

Se não tivéssemos acompanhado-os, teriam no final da tarde esta mesma resposta, e com o único vale transporte que possuíam voltariam para casa cambaleando do mesmo jeito que vieram, sem nenhuma expectativa de tratar do seu possível câncer de pulmão.

Fomos atrás de uma possível e compreensiva explicação. Relatamos às duas auxiliares de enfermagem as condições do usuário que havíamos encaminhado da UBS na expectativa de sermos atendidos. Nunca tínhamos visto o ... lotado daquele jeito, os usuários estavam em cima de macas improvisadas no corredor principal.

A resposta que obtivemos era que não havia profissional disponível no hospital.

Providenciamos nova terapia de reidratação oral para o usuário que esperava. Enquanto isso procuramos a residente, e a encontramos no momento em que fazia uma tentativa ressuscitação cardio-respiratória-cerebral em um paciente internado no isolamento da clínica médica. Não era um momento propício para contactá-la.

E agora, vamos embora do mesmo jeito que viemos?

Se entrássemos pelas "rotinas de atendimento" como qualquer usuário, já teríamos ido embora há muito tempo e sem nada fazer. Considerávamos, no entanto, absurda a possibilidade de voltar nas mesmas condições que viemos.

Tentamos marcar a consulta no ambulatório de pneumologia. Mas para isso, teríamos que voltar no dia 27 de fevereiro, daqui a vinte dias, e se conseguíssemos marcar a consulta, talvez fôssemos atendidos em maio ou junho. Isso se conseguíssemos pegar uma das primeiras duzentas senhas distribuídas. Para tanto teríamos que dormir na porta do hospital.

Em outras palavras, só poderíamos começar um tratamento de um provável câncer pulmonar, que já começava a produzir seus efeitos, daqui a mais ou menos 110 dias.

Tentamos nos colocar nesse momento no lugar do usuário, como recomenda a teórica interacionista, enfermeira Dra. Joan Riehl-Sisca, buscando a oportunidade de melhor sentir e entender seus problemas, para ajudar a resolvê-los. Confessamos nossa indignação frente a situação. Pensamos na possibilidade dos administradores da área, políticos, profissionais de saúde, grandes empresários, se colocarem no lugar desse usuário. Será que eles fazem idéia do que passa uma pessoa nesta situação?

Procurando agilizar o processo de atendimento, tentamos marcar a broncoscopia no próprio hospital. O nosso empenho em ir à sala de pequena cirurgia e agendá-la foi inútil. Não estavam realizando broncoscopia porque o aparelho do Dr. X estava quebrado e o hospital não tinha providenciado o seu conserto. Não tínhamos para onde ir, pois aqui em Cuiabá, só este hospital faz broncoscopia pelo SUS, e assim mesmo porque usa o aparelho do Dr. X.

Bem, broncoscopia com lavado brônquico não iríamos fazer! Tentamos marcar a tomografia computadorizada pelo hospital e, segundo a assistente social, a central de exames do SUS não estava autorizando a realização de tomografias.

Fomos comunicar ao usuário que não havíamos conseguido: atendimento pelo ... A, marcar consulta pelo ambulatório, e nem agendar a broncoscopia e a tomografia computadorizada pelo SUS. Comunicamos também que nem iríamos conseguir. Só agora entendíamos porque solicitaram que nós os acompanhássemos.

Sentindo-nos impotentes, e sem saber o que fazer para ajudar este povo marginalizado; vimos nosso estudo, neste momento, como uma "brincadeira de construção da cidadania". Como construir algo neste caos? Vivenciamos o inferno do usuário do SUS, um inferno semelhante àquele descrito por Silva (1999, p.250), "como a condição de ser, do viver do cuidador, na qual ele se encontra impossibilitado de expressar suas potencialidades, de concretizar seus sonhos e aspirações, de impotência

frente as barreiras que o meio e o seu próprio ser lhe impõe, de oportunidades desiguais à voz e à ação”.

Inconformados com aquela situação, sem nos entregar, ainda tentamos algo através do tradicional “jeitinho brasileiro” e finalmente conseguimos encaixá-lo entre os dezesseis usuários que a Dra. X atenderia na próxima consulta, torcendo para que o usuário agüentasse esperar por mais quatro dias, tomando anti-emético, analgésico e se hidratando. Demos orientações adicionais e recomendamos que em caso de urgência procurassem o pronto socorro municipal.

Dez dias após essa maratona, encontrando com a secretária do ambulatório de pneumologia, confirmamos o atendimento ao usuário conforme o previsto. Fomos informados que ele havia sido internado dias após e se submetido a uma toracotomia. Tratava-se de um grande tumor invasivo, e ele não conseguira se restabelecer do complicado e grave quadro do pós operatório.

Se ele não tivesse perambulado tanto ...!

Esta é apenas mais uma história triste, envolvendo usuários do SUS e na qual também atuamos como protagonistas. Existem tantas outras, e a maioria delas contempla a inacessibilidade, a falta de resolutividade e o descrédito do sistema de saúde pública que acabam ceifando milhares de vida.

1.3 Percepção inicial sobre a prática da enfermagem

Podemos afirmar que muitos dos usuários não conseguiram identificar, na equipe de saúde, a profissional enfermeira. Frequentemente e com facilidade caracterizavam os profissionais médicos e os agentes administrativos responsáveis pela recepção e agendamentos de serviços.

Este é o pessoal de saúde: a secretária que faz a ficha e os médicos e só(u.V3).

Acreditamos que o desconhecimento da profissional enfermeira e de suas ações eram devido a existência, naquela Unidade Básica de Saúde, da consulta de enfermagem apenas à mulher e à criança. Os usuários adultos eram atendidos aleatoriamente, conforme rotina de procedimentos e consultas médicas. Além destas consultas e rotinas, havia apenas as ações de educação em saúde dirigidas ao “grupo de hipertensos”, organizado pelo médico clínico. Por esta razão, os usuários pareciam não dar importância ao conhecer a profissional enfermeira ou suas atividades.

Eu não sei quem é a enfermeira não! (u.C2)

...eu ainda não sei quem é a enfermeira do posto (u.ML2).

Apenas um deles dissera conhecer a enfermeira do posto, soubera dizer o seu nome, mas não conhecera as suas funções. A maioria não identificara a profissional enfermeira na equipe de enfermagem e alguns deles a concebiam como uma profissional totalmente subserviente à classe médica.

... as enfermeiras de dentro do centro cirúrgico, corriam para lá e para cá atrás dos materiais que os médicos pediam (u.ML4).

Quando pela primeira vez nos apresentamos como enfermeira às duas usuárias da Unidade e nos colocamos à disposição para consultas de enfermagem, as reações foram semelhantes, assim como os achados de Yoshioka (1996). Uma olhou para a outra, como se estivessem se perguntando - Enfermeira consulta? A indagação de uma delas confirmou a nossa impressão:

Consulta de enfermagem? (usA1) .

1.4 Apenas um usuário doente.

Grande parte dos usuários, principalmente os idosos, não só se viam como miseráveis e pobres-coitados, como sentiam-se infelizes e pacientemente esperavam a morte. Muitos não lutavam por uma assistência à saúde, pareciam que ela não tinha muita importância. Não tinham nenhuma esperança de ser feliz, a não ser em uma outra vida.

Você está querendo saber se sou feliz? Pergunta então se eu sou feliz. Eu não sou não! A única coisa que me deixa feliz hoje é que quando eu morrer vou ter uma vida bem melhor que esta (u.C2.)

... mas aí vou fazer o quê, vou morrer mesmo, já estou velho, eu já estou para não escapar [...] já sou avô (.sS1).

Sob esse pessimismo, a doença foi aceita por alguns como perturbação física do corpo que geralmente manifestava-se sob a forma de invalidez na velhice. Na sua concepção, quando inválido, o usuário doente esperava apenas morrer, não esperava ser protegido ou ter sua doença tratada.

A resignação pela falta de assistência nos serviços públicos de saúde, era uma manifestação constante e muito comum nos usuários. Dificilmente eram atendidos, e quando conseguiam, não atribuíam valores positivos à essa ação. Ao mesmo tempo achavam humilhante ter que ficar implorando para serem mal atendidos. Sentiam-se impotentes diante da situação, atribuindo os acontecimentos à permissão ou intervenção divina:

... ficam humilhando a gente, além de ficar na porta, na fila implorando para ser atendido mal (u.Lu4).

... eu não consegui atendimento, mas Deus sabe o que faz (u.L2).

"Será que é isso que deseja o nosso senhor? É' essa a sua vontade?"(us.CL10). Eis aqui o questionamento de uma usuária que gerou tema de discussão na dinâmica de grupo. A religiosidade foi percebida como característica marcante e enraizada no fatalismo: a morte e a vida, a saúde e a doença dependem diretamente de Deus e "o homem não pode modificar o que Deus quer" (u.CL3).

Em nome da vontade de Deus, era justificada a falta de melhores condições de vida e a não interferência nos fatores que traziam a miséria, a doença e a morte. Essa sinistra vontade trazia a resignação diante de uma situação de pobreza. Reza a impotência: "...se

Deus quiser; ... é a vontade de Deus; ...e Deus sabe o que faz!" Expressões que revelavam as crenças dos usuários.

A provação da miséria, aceita como promessa de liberdade e felicidade após a morte, divulgada pelas igrejas durante muitos séculos, contribuiu para a marginalização do pobre. Hoje, muitas igrejas pregam a fé libertadora com dimensão social, isso significa que não se age apenas mediante a prática religiosa, pois esta ação é articulada à práticas sociais de promoção do ser humano e de ajuda mútua, sustentada pelo amor:

... ainda bem que ela tem as irmãs da igreja que revezam e ajudam ela a cuidar da casa e levar ela para o centro de reabilitação. Até o pastor da igreja ajuda [...], o que é importante é a gente cercar de bastante atenção e carinho (u.ML16).

Mudando de atitude, progressivamente alguns usuários começaram a buscar conhecimentos sobre os serviços públicos de saúde que necessitavam. Procuravam informações sobre a rede básica de saúde, apesar de conhecerem-na um pouco melhor que as pessoas que nela trabalhavam. Queriam saber dos serviços oferecidos, os procedimentos realizados, os horários corretos de atendimento e as funções de cada trabalhador da unidade básica, etc.

... eu gostaria de saber as especialidades das pessoas. O que elas fazem e o que existe aqui no posto. Por exemplo aqui no posto agora está fazendo o preventivo contra o câncer. Muita gente não sabe que aqui faz, e isso é importante saber, porque se nós não saber, não vamos procurar esse tipo de atendimento. (us MP10)

Muitos dos usuários, mesmo não recebendo as informações e a assistência desejada, preferiram evitar conflitos. Não questionavam e não lutavam, por se sentirem impotentes e por não possuírem conhecimentos que lhes capacitem argumentar frente às situações. Outros atribuíram a sua impotência à falta de conhecimentos e de recursos econômicos, justificando assim sua "passividade".

Eu não reclamo de nada, não gosto de briga [...] eu não luto, e não gosto de ficar brigando, eu sou assim, a minha família é assim e prefiro esperar (u.G7).

... nós não podemos fazer nada. Não sabemos de nada ... (u.L5).

... eu também não posso fazer nada. Sou pobre, não tenho dinheiro (u.B8).

Alguns deles, quando precisavam ser atendidos pelo SUS, chegavam a se colocar como vítimas e imploravam pelo atendimento através de condutas estratégicas.

Eu prefiro chorar para ser atendido. Tem gente que chora e fala: Oh! Gente, eu preciso ...! (u.MA5).

... essas meninas marcam consulta para mim por causa que elas me vêem com o meu cabelinho branco e têm dó de mim, Eu falo assim: oh! filha vai ter atendimento de consulta amanhã ou depois de amanhã? Depois ela me explica que tem para depois de amanhã, aí eu peço por favor dá para você marcar para mim. Eu sou sozinha, para eu vir sozinha quatro horas da

madrugada é perigoso. E elas marcam. Aí eu agradeço a elas. Não posso reclamar sou muito agradecida (u.V4).

Alguns ficavam muito agradecidos por terem sido atendidos mesmo após a costumeira imploração. Outros não eram persistentes, porque sentiam-se impedidos de se manifestar. Falavam sempre que os trabalhadores de saúde dificilmente davam espaço para a manifestação do usuário.

... eu tentei argumentar. Falar que eu preciso. Mas ela já foi logo dizendo que lá não faz mesmo e pronto (u.G3).

Preocupada, também, com este comportamento subserviente dos usuários do sistema público de saúde, Faria (1996, p. 28) diz

A história das relações no processo de comunicação na saúde tem indicado que há temor para uma expressão de si mesmo. O usuário, geralmente, considera-se portador de ignorância e de incompetência, reforçado pelo modelo racional científico adotado pelos profissionais de saúde. [...] Por isso, muitos usuários dos serviços de saúde de nada perguntam, mesmo quando não entendem qualquer explicação, e temem expressar suas idéias e temores

Os centros de saúde, de um modo geral, planejam sua estrutura de funcionamento para o atendimento à demanda por serviços e em conseqüência, sua ação assistencial tem se limitado aos "corpos dos indivíduos, à suas dores, e emergências". Faria (1996, p. 133) ressalta que "não se têm encontrado formas para ir além dessas questões, inclusive para interagir com o indivíduo que o procura, como ser político".

Outras vezes, os usuários não se davam ao direito de exigir, porque achavam que o serviço de saúde público era gratuito e não se sentiam participantes do seu custeio, achando que teriam que ser tolerantes:

Eu não posso ficar exigindo, o serviço é de graça. Tenho que Ter paciência (u.L5).

Achavam que toda a responsabilidade sobre a qualidade de assistência era do governo. Era o Estado o responsável pela melhoria do bairro e da assistência à saúde. A maioria dos usuários não se sentia responsável por nada.

A responsabilidade de melhorar é do governo (u.L5).

Só do governo, nós não podemos fazer nada.(u.G7).

Para os usuários, as reformas sociais e a melhoria da qualidade de saúde de forma verdadeira e justa, só aconteceria quando houvesse um governo interessado de fato, e que politicamente as realizasse.

Reivindicar a participação nos movimentos sociais e nas lutas para a melhoria das condições de trabalho e de vida era visto com reservas. Sempre preferiam ficar acomodados, aceitavam "tudo" porque tinham medo de represálias.

Aceitamos uai! Vamos fazer o quê? Se você briga é demitido. (us.L5u)

Essa demissão foi sentida como uma forma de punição e opressão. Ela está presente no comportamento do sistema capitalista, organizado sob a forma de empresas privadas, e é utilizada para controlar os meios de produção. Este controle, submete - o ser humano - a força de trabalho.

Além do medo da represália, o usuário admitira não ter conhecimentos para tomar alguma atitude, dizia não saber o que fazer, não se via como agente de mudanças.

Não sei o que fazer para mudar (u.G5).

... eu não sei o que podemos fazer para melhorar esta situação (u.R3)

Minayo (1992b) ajuda a compreender esta situação, quando diz que o prolongado período da ditadura militar e a existência de um enorme número de trabalhadores, vivendo em situações de subemprego sufocaram e dificultaram o despertar da consciência sanitária, capaz de incorporar a compreensão das causas estruturais da saúde e doença. Dificuldade esta, encontrada também pelos profissionais técnicos na área de saúde.

Muitos dos usuários, que não se manifestavam criticamente, e também por possuir, segundo eles, pouco conhecimento, submetiam-se às mais diversas manipulações, apesar dos questionamentos como os abaixo apresentados:

Porque os grandes é que mandam mais? Nós não sabemos não [...] e depois nós não sabemos nada mesmo para mandar em alguma coisa! (u.ML12)

A gente também não sabe nem falar com eles (u.B8).

Os usuários acharam que o conhecimento era imprescindível para conseguirem ser agentes de mudança, e era o que lhes faltava. Para não se exporem, preferiram o silêncio - se calavam.

.. eu não tenho conhecimento para conseguir mudar as coisas (u.ML).

Eu não tenho a capacidade do conhecimento. Muitas vezes a gente não sabe o que dizer e não abre a boca. E quando abre só fala besteira, e o povo goza na gente. Ai a gente não fala mais. (u.L5).

“O que devemos aprender para saber conversar com os poderosos? O que devemos aprender para saber argumentar? O que devemos saber para não ficar doente?” É o que os usuários viviam perguntando.

E acrescentaram ainda, que se tivessem capacidade – entendida como conhecimento e poder – interfeririam nessa situação e mudariam as condições de muitos.

E depois, se eu tivesse capacidade ajudaria muita gente (u.Lu5).

São pessoas solidárias que anseiam por conhecimentos. A maioria delas não desenvolvera a capacidade de análise crítica. Pareciam desconhecer seu potencial como

agentes de mudanças e seus direitos como cidadãos. Estas características dificultavam o desenvolvimento do ser sujeito/cidadão e os imobilizava como apenas **usuários doentes**.

2. PRÁTICA DE SAÚDE COMPARTILHADA (PSC) RUMO À CIDADANIA DO USUÁRIO DO SUS

2.1 Um interesse que surge aos poucos – o início.

Em um ambiente de conformismo individual e descontentamento social, conforme o descrito anteriormente, é que desenvolvemos uma prática de saúde com objetivos emancipatórios.

No início, víamos que a maioria dos sujeitos envolvidos no estudo eram idosos, dependentes economicamente, analfabetos e que acomodadamente esperavam a morte. Naquele momento chegamos a nos perguntar se numa situação caótica como esta seria possível exercitar a cidadania. Por alguns momentos, pensamos inclusive em mudar a população do estudo e trabalhar com adultos mais jovens. Nossas angústias aumentaram ainda mais quando nos lembrávamos do parecer da enfermeira e gerenciadora da UBS, supostamente conhecedora dos usuários da unidade, desacreditando na possibilidade de implementarmos nossa proposta naquela comunidade. Observe a sua fala a seguir;

... não sei não! Será que isso vai dar certo? O pessoal daqui é muito simples e humilde. [...] e você tem que considerar que eles são analfabetos (enf G).

O desenvolvimento e a implementação de uma proposta de prática de saúde – que socializasse o saber e a informação sobre o processo saúde-doença, que privilegiasse o diálogo, ampliasse os espaços de participação do usuário e, propiciasse a mudança na percepção, análise e expressão frente ao sistema de saúde e à própria vida – naquele contexto, parecia uma batalha perdida antes mesmo de começar. No entanto, conhecíamos o contexto sócio-econômico da comunidade, seus componentes e determinantes estruturais, estávamos fundados em reflexões e experiências de vários autores (Valla, 1997, Valla & Stotze, 1991, Wendhausen, 1992 a e b, Wosny, 1994, Berger & Luckmann, 1985, Faria, 1995, Gonzaga et al, 1992 a, Leopardi, 1992, Martin 1996, Queiroz & Egry, 1988, Ramos 1998, também tínhamos muita determinação e, com tudo isto poderíamos “vislumbrar novos caminhos para a construção de uma nova prática mais crítica, criativa e comprometida com a realidade social” (Verdi, 1993, p. 44). Estávamos convictas de que não seria uma tarefa fácil e a expressão de alguns usuários, em nossas primeiras consultas de enfermagem, nos estimulou a prosseguir com mais otimismo.

Puxa! Vamos Ter que saber tudo isso aí? [...] tudo isso é muito importante! [...] nunca ninguém se preocupou com nada disso (u.ML1)

Percebemos o interesse dos usuários em conhecer o instrumento de informação - a Agenda de Saúde e seu conteúdo - a partir da observação de suas atitudes⁹. Eles se aproximavam da mesa para acompanhar os registros, procuravam ler, entender a escrita e o conteúdo, e manifestavam suas dúvidas. Para facilitar a sua participação, a socialização das informações e da Agenda e a aproximação enfermeira-usuário, reorganizamos instintivamente os móveis do consultório, colocando as cadeiras uma ao lado da outra, criando maior liberdade na relação.

Os primeiros questionamentos surgidos foram referentes aos dados de condições ambientais, ocupacionais, antecedentes familiares e história da doença. Os usuários perguntavam sobre a necessidade dos mesmos e se espantavam com a quantidade e a importância das informações levantadas.

Favorecemos o entendimento do instrumento de informação, não utilizando termos técnicos e questionando se estavam entendendo as informações, procurando respeitá-los como sujeitos de suas vidas e informações. Perguntávamos se certas respostas suas poderiam ou não ser registradas na Agenda de Saúde e de que forma.

Como desconheciam a consulta de enfermagem, o trabalho da enfermeira e, muitos deles, a própria profissional enfermeira, no decorrer da prática, tivemos a oportunidade, conforme a solicitação e necessidade de cada usuário, de explicar sobre estes instrumentos de trabalho, as funções dos trabalhadores de saúde, sobre a Prática de Saúde Compartilhada e as necessidades do controle da sua saúde.

Enquanto explicávamos sobre a consulta de enfermagem, baseando-nos em Vanzin & Nery (1996, p. 2) que a conceituaram como a "atenção ao indivíduo, família e comunidade de forma sistemática e contínua com o objetivo de promover a saúde", sem deixar de enfatizarem a peculiaridade do compartilhamento, constatávamos constrangidos que mesmo após quase vinte anos de sua implantação em nosso município, a maioria dos usuários adultos atendidos pelo sistema público de saúde, naquela comunidade, ainda não a conheciam.

Essa forma de assistir, que foi conquistada e regulamentada pela lei do exercício profissional há treze anos atrás, no município de Cuiabá vinha sendo implementada desde 1981, na unidade sanitária do bairro Bela Vista. Em 1982, esse instrumento também passou a ser utilizado no Centro de Saúde do Grande Terceiro, assumido, naquele ano, pela Universidade Federal de Mato Grosso, e no Hospital e Pronto Socorro Municipal, conforme mencionamos, como forma de sistematizar o cuidado de enfermagem prestado aos indivíduos nos três níveis de atenção. Em 1985, foi introduzido nos ambulatórios de ginecologia e obstetrícia do Hospital Universitário e, em 1986, em todas as unidades

⁹ Empregamos o termo atitudes por compreender ações, comportamentos e sentimentos.

sanitárias do município, atendendo a implementação dos programas de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança (Azevedo; Rezende; Gomes, 1997).

A situação da consulta de enfermagem, no município de Cuiabá, foi avaliada em seminário "Os dilemas e os desafios da consulta de enfermagem", realizado em 1996, promovido pelo Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso, em parceria com as instituições de ensino, Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, instituições hospitalares públicas e privadas, conveniadas ao SUS/Cuiabá e Associação Brasileira de Enfermagem (MT). Conforme Azevedo; Rezende; Gomes (1997), nele foram apontadas as dificuldades – de ordem institucional, pessoais e relacionadas à formação e à prática profissional, enfrentadas na operacionalização da consulta de enfermagem. E relatam que, a partir de 1987, a realização desta ficou e ainda fica na dependência da motivação e interesse dos profissionais lotados nas instituições públicas sem receber nenhum apoio técnico e institucional.

Recentemente, as enfermeiras da capital matogrossense passaram a ter respaldo legal para realizarem a consulta de enfermagem, pois a Fundação de Saúde de Cuiabá, através do Secretário de Saúde, baixou a Portaria Nº 57/98/FUSC que regulamenta a implantação da consulta de enfermagem, em todos os níveis de assistência à saúde.

2.2 Percebendo a consulta de enfermagem e a Prática Compartilhada

Durante a consulta de enfermagem e toda a prática realizada neste estudo, procuramos criar um ambiente de liberdade, de igualdade e de sintonia, Favorecendo o sentir, o escutar, o respeitar a cultura, o falar acessível, o sentar juntos a sensibilidade - trocando de lugares- para melhor entender as necessidades, as dificuldades vividas e as razões do outro; o refletir e o planejar em conjunto, enfermeira-usuário. Neste ambiente, de troca e cumplicidade, as necessidades de aprendizagem iniciais afloraram na tentativa de se resolver problemas reais e imediatos do cotidiano, como a fala de um usuário;

Eu não sei porque tenho pressão alta e porque ela aumenta. Eu gostaria de saber. E quero saber porque eu fico com falta de ar quando subo a ladeira (u.A1).

Observamos que as situações de saúde levantadas, inicialmente, referiam-se à etiologia e aos aspectos fisiopatológicos de doenças, para as quais os usuários buscavam tratamento na UBS. Estas, possivelmente, seriam suas necessidades prioritárias, naquele momento.

Identificada a situação de saúde-doença, partilhamos conhecimentos de maneira que o usuário fosse paulatinamente conhecendo seus fatores desencadeantes e predisponentes, bem como suas manifestações. Tudo sempre dentro da visão de que a saúde tem uma

dimensão decorrente da interação de aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais da natureza humana.

O ambiente de participação e de livre comunicação, criado no compartilhamento da assistência, favoreceu uma aproximação efetiva entre enfermeira e usuário, permitindo a identificação e valorização desta profissional e criando uma expectativa favorável em relação à consulta de enfermagem. Yoshioca (1996) afirma que as enfermeiras percebem que fazer a consulta de enfermagem é um meio de conseguir ser vista como “a profissional enfermeira”, ou seja, elas passam a existir como tal. Menciona, também, que elas consideram a consulta de enfermagem como a “grande ferramenta” para o seu fazer e saber. Esta atividade faz com se tornem conhecidas e, ao mesmo tempo, aumenta o seu poder.

Vivenciando o compartilhamento da prática de saúde e acreditando na competência e compromisso da profissional enfermeira, os usuários começaram a divulgar e indicar outras pessoas – parentes, amigos e vizinhos – para a consulta de enfermagem e para o estudo, isto também foi encontrado nos estudos de Yoshioca (1996).

... e um passa para outro sobre esse trabalho que você faz. Quando temos uma amiga ou uma vizinha doente que tem o mesmo problema, a gente quer logo trazer para o programa, porque, a gente melhora e sente bem (u, Na2).

Esta é minha vizinha ela também pode ser atendida pôr você desse jeito (u.ML2).

Com a expressão “desse jeito”, eles caracterizavam uma prática diferente. Para eles, a Prática de Saúde Compartilhada (PSC) era um atendimento novo e diferente, em que tinham a oportunidade de se expressar, dialogar, tomar decisões e atitudes que os faziam se sentir valorizados como ser humano. Classificaram-na como um bom atendimento, um atendimento especial e que tinha bons resultados, como as falas;

Eu acho dessa forma de atender diferente, você explica direitinho. Deixa a gente falar. E o que é melhor a gente fala, palpita, escolhe decide (u.G7).

... assim, existe a consideração pelas nossas vontades, e arranja um jeito melhor de resolver juntos as coisas (u.MJ4).

Os estudos de Bonadio (1996) e Yoshioca (1996) corroboram estes achados quando a clientela valoriza e diferencia a consulta de enfermagem como boa e diferente daquela realizada pelo profissional médico, como consta no capítulo “ser tratada como gente” da primeira autora e nas categorias “tranquilizando gestante durante a consulta de enfermagem”, usando o jogo da conquista”, “tentando ser cuidadosa na condução da consulta de enfermagem” e “interagindo constantemente e intensamente com a gestante, da última autora.

Em relação à PSC, o trabalho de Bergamano (1994) sobre a relação "criativo-terapêutica compartilhada" por enfermeira e cliente na consulta de enfermagem mostra que o tratamento gentil, os gestos a possibilidade de expressão, entre outros, fazem com que esta atividade seja diferente e valorizada.

A uma certa altura da PSC, os usuários passaram a utilizar comumente o verbo na primeira pessoa do plural. Surgiram expressões como: "... o que vamos fazer" e "vamos resolver...", caracterizando um compartilhamento real e intenso, conforme buscamos durante todo o estudo.

Procediam-se os encaminhamentos e observávamos um aumento na frequência de procura das consultas de enfermagem. Não foram só dos usuários que passamos a receber encaminhamentos, mas também dos agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, agentes administrativos e médicos da UBS, que após terem conhecimento da prática, através dos próprios usuários, também começaram a encaminhar.

A maioria dos encaminhamentos e das indicações para consultas de enfermagem vinham acompanhados de justificativas quanto às necessidades do atendimento pela enfermeira. Inicialmente, usavam como motivo a inexistência de tratamento ou de controle da saúde, a existência de complicações clínicas e de problemas sociais e, somente, depois atentaram para a qualidade do cuidado.

A agente de saúde pediu para procurá-la. Eu tenho diabetes faz sete anos e mandou falar para você que não faço tratamento (u.C1).

... tem um senhor aí., que precisa de você. Tem pressão alta, é rebelde, nunca faz tratamento nenhum e é teimoso. Já cansamos de falar com ele, . Será que você não dá um jeito nele?(aux2)

... tem uma senhora no meu grupo que está muito mal, está com dengue. Mas ela é diabética e hipertensa. Tem um tumor no útero que precisa operar e ainda adotou uma menina que tem AIDS. Precisa da sua ajuda. (ag s.I)

As atividades assistenciais não estavam restritas ao espaço da UBS, pois consultas domiciliares também foram solicitadas, quando o usuário se encontrava debilitado e impossibilitado de locomover-se.

... tem um senhor na minha área que não levanta da cama. Já teve em coma. Eu acho que ele é diabético, tem uma ferida na perna que não cicatriza. Eu não sei o que fazer com ele, você não pode ir vê-lo (ag.sM)

Propositamente não divulgamos o trabalho entre os trabalhadores e profissionais da saúde, pois pretendíamos conhecer o comportamento do usuário como sujeito, suas expressões e sua capacidade de persuasão dentro do cotidiano de uma Unidade Básica de Saúde. De repente, nos espantamos com as solicitações de consulta de enfermagem feitas pelos trabalhadores da própria unidade para seus familiares.

... a minha irmã vai chegar de Rondônia quarta feira. Ela tem malária e é diabética. Você atende ela para mim? (ag saúde 3)

Eu quero que você atenda o meu irmão. Ele toma insulina duas vezes ao dia. Está desanimado da vida (aux enf 2).

Entre tantas solicitações de cuidados (à mulher e à criança, inclusive) e também de auxílio em procedimentos técnicos, tivemos dificuldades para priorizar a nossa prática de saúde com os usuários adultos/sujeitos do estudo. Quando perguntávamos os motivos dos encaminhamentos, as respostas eram variadas, porque: não havia, anteriormente, atendimento ao usuário adulto na UBS, passaram a conhecer a profissional enfermeira e a valorizar suas ações e os seus instrumentos de trabalho; a profissional estimulava o autocuidado e, ainda, viam bons resultados, ou seja, havia resolatividade.

... pedi para atender o meu irmão porque você trabalha com diabetes e eu te conheço, porque você está aqui no posto. [...] eu conheço o trabalho que você está fazendo e se ele tiver pressão alta você dá o papel de controle para ele marcar a pressão (aux enf 2).

Eu encaminhei a dona X porque o povo gosta de você. Gosta de você porque você atende bem. É que você dá atenção, escuta o que eles tem para falar, explica, ajuda. Parece que convence o povo do que é bom para eles. Eles falam assim, como ela é legal, sabe mais que o médico (aux e1).

Uma usuária se referiu à existência de um plano novo sendo desenvolvido por uma profissional enfermeira.

... a gente já sabe que a enfermeira está ... e leva até a vizinha que ficou doente. Eu falo, vamos lá que tem uma enfermeira ótima, que sabe das coisas e que atende com um plano novo, porque ela sabe como cuidar da gente [...]. Já vai atrás da enfermeira, porque ela já coloca você no plano também (usMA).

As ações e o saber da enfermagem, até então desconhecidos por muitos adultos, começaram a ser valorizados e buscados. Solicitavam socorro, ajuda, orientações e compartilhamento durante todo o processo. Isto também apareceu nos estudos de Yoshioca (1996) e Bonadio (1996).

Todos os clínicos da UBS ficaram conhecendo nosso método de trabalho através dos próprios usuários. Acabaram referendando a consulta de enfermagem e, principalmente, o retorno à mesma, reforçando assim a continuidade da assistência. Neste sentido, constatamos que o usuário passa a ser alguém que acaba divulgando o fazer da enfermeira (Yoshioca, 1996).

O DR. I. disse que era para continuar fazendo o que esta escrito (u..MA).

no retorno eu levei para o Dr., xx, e ele pediu para mim procurar você novamente [...]. Ele falou assim, procura aquela enfermeira que cuida da senhora e que deu esse papel [a Agenda]. Ela te orienta melhor e descobre o que se pode fazer e te ajudar (u.G4).

Os profissionais médicos, em relação à educação em saúde e atuando na perspectiva do modelo epidemiológico, apresentaram a conduta tradicional de sua categoria, delegando à enfermagem essa parcela do trabalho.

À medida que os usuários foram conhecendo, se familiarizando e apreciando o compartilhamento da prática, começaram a dar preferência para as consultas de enfermagem.

[...] a agente xx mandou procurar você e não o médico. [...] eu sei que você é enfermeira (u.La1).

O mesmo tem ocorrido com outras enfermeiras que fazem consulta de enfermagem com a gestante, como podemos ver na situação descrita: *Funcionária entra na sala, interrompe a consulta de enfermagem: "C aquela gestante ... ela diz que está sangrando, quer falar com você"* (Yoshioca, 1996, p. 83)

Os usuários demonstraram afinidade e passaram a ansiar pela consulta de enfermagem.

... então só vou consultar com a enfermeira dia 6 de julho. Mas está muito longe. Quantos dias faltam? Hoje ainda é dia 21 (u.CL).

2.3 Conhecendo a ação da enfermeira

A partir do momento que conheceram a Enfermeira, sua prática e alguns de seus instrumentos de trabalho, e considerando os aspectos pessoais e suas ações assistenciais e administrativas, os usuários passaram a buscar e a referenciar essa profissional. As profissionais enfermeiras de outras unidades, principalmente aquelas lotadas em instituições de referencia secundária e terciária, começaram a ser identificadas pelos usuários.

Eu lembro o nome da enfermeira porque ela me atendeu um dia e escreveu na minha Agenda. Eu fui assistir a palestra dela (u.ML).

Os usuários passaram a reconhecer o saber e o poder da profissional enfermeira, por meio dos procedimentos técnicos, do gerenciamento e do conhecimento e também pela forma mais acessível e compreensiva de se relacionar com eles. Semelhantes ao achados de Bonadio (1996) e Yoshioca (1996).

... essa mulher tem um buraco na barriga há 8 meses. E só foi passar a mamão e o açúcar ela foi curada. Parece até aquela parábola do cuspe e da cegueira ...(u.ML).

A gente falou com o enfermeiro chefe da área lá do pronto socorro. Aí todo mundo de lá começou a tratar melhor a dona X (uML).

Eu venho consultar com a enfermeira porque acreditamos nela. Ela sabe, e preocupa com a gente. E dá valor nas coisas que a gente sabe também (u. Na).

Comparações entre a PSC e as práticas realizadas por outros profissionais não demoraram a surgir. Os usuários ressaltaram a necessidade de se considerar a sua

integralidade e a continuidade das ações de saúde; os determinantes sociais, políticos e econômicos; o planejamento criativo do cuidado, considerando os recursos e o potencial de cada usuário; e, a resolutividade das situações apresentadas.

... tem médico que só vê a minha pressão e não vê mais nada. E não querem saber nem o que a gente tem (u.La.).

... a enfermeira acha um monte de coisa que nós temos que preocupar. Eu vim só para olhar a pressão e ela já vê meu problema do cisto, a minha gordura. Ai a gente dá corda, vemos os meus problemas pessoais com o meu marido, o problema de doença da minha filha, da minha casa, as condições da fossa e as plantas que tenho que plantar. Por exemplo eu obro a cada 4 dias e fico com dor de cabeça. Eu não sabia porque eu não obrava. Ai tive que plantar mamão lá em casa para poder comer mamão todo o dia. Já pensou até onde chegamos. Agora, você já viu algum médico atender desse jeito? (u.R).

... mandei procurar você porque você é enfermeira e dá mais atenção que os médicos. Explica melhor e resolve logo as coisas, não fica enrolando. É disso que eles precisam. E depois se precisar do médico, você encaminha (ag. s 1)

Neste sentido, vemos que a enfermeira passa a ser o elemento de referência que além de ser solícita e gentil, procura, na medida do possível e quase impossível, resolver de alguma forma o problema e/ou situação vivenciada pelos usuários, quer ela mesmo soluciando-o, em conjunto com o usuário, quer encaminhando a outros profissionais e/ou serviços (Yoshioca, 1996).

Um dos usuários era também trabalhador da UBS e, portanto, um observador privilegiado das profissionais enfermeiras que trabalharam com a atenção à saúde do adulto naquela UBS e em alguns lugares na rede básica de saúde. Ele tinha dados para poder comparar as práticas tradicionais e administrativas destas profissionais com as atividades que desenvolvíamos durante a PSC.

... para você vê quantas enfermeiras passam aqui, mas atendem diferente. Você entende o nosso ponto de vista, escuta o que a gente tem para falar, explicar um monte de coisas que é importante para mim [...]. Os outros quando atendem não tem paciência não. Falam as coisas que a gente não entende. Muitas vezes as enfermeiras chefes preferem fazer os serviços da administração, cuidar dos medicamentos e desse monte de materiais do posto (u.Z).

Os usuários perceberam que a maneira como os trabalhadores da saúde se relacionam com os usuários, não cria vínculos e não propicia uma comunicação efetiva. Segundo Faria (1996; p. 14) "o problema parece ser a forma como se relacionam esses trabalhadores, geralmente absorvidos em tecnicismo, com uma linguagem incompreensível, com saberes não compartilhados,..."; acrescenta ainda que "os profissionais de saúde estão presos a uma rede organizativa e cada vez mais burocraticamente administrada e, em consequência, há menos espaços à comunicação interpessoal". (p.45)

Os usuários não acreditam na possibilidade de que outras enfermeiras venham a exercer uma prática de saúde compartilhada com o usuário. Justificam o fato considerando a quantidade insuficiente de enfermeiras e a priorização dada aos serviços administrativos. Não identificaram a necessidade de uma mudança radical nas práticas dessa categoria profissional, nem a indiferença desses profissionais em relação à ocupação de espaços disponíveis dentro do SUS.

Eu posso pedir para as outras enfermeiras atenderem desse jeito, mas ela não vai atender desse jeito. A enfermeira é pouco, ela só vai olhar, falar rápido e mandar a gente embora (u. G5).

Azevedo (1997), avaliando como os princípios e diretrizes do SUS têm sido percebidos, absorvidos e operacionalizados por enfermeiras do serviço municipal de saúde de Cuiabá e por lideranças sindicais, concluiu que embora eles estejam presentes nos discursos dessas profissionais, principalmente, os princípios da universalidade, integralidade e equidade, encontram-se enorme dificuldade para a sua implementação nas práticas cotidianas. Refere ainda que a construção e a consolidação de um novo modelo de prática de saúde é um processo complexo, exigindo dinamicidade, criatividade e compromisso dos gerentes e trabalhadores dos serviços de saúde, especialmente das enfermeiras, bem como o controle social por parte da sociedade civil organizada.

Confirma também que a prática das enfermeiras estaria representada por atividades complementares ao ato médico ou por atividades administrativas. Elas estariam realizando atividades que não lhe são pertinentes, afastando-se de seu objeto de trabalho e sentindo-se insatisfeitas e sobrecarregadas.

A sobrecarga e a insatisfação das enfermeiras em relação ao trabalho, é um dos achado do estudo de Yoshioca (1996, p. 41) que faz com que estas profissionais se manifestem “não agüentando a estrutura [...] ficando estressada, confusa, danada da vida e entristecida com a falta de organização que interfere na assistência”.

Assim como Azevedo (1997), consideramos que a operacionalização do SUS é responsabilidade de uma equipe multiprofissional, não se devendo esperar de uma única categoria, a contribuição para o fortalecimento do sistema.

Os usuários foram receptivos em relação à PSC, gostaram de conhecer determinados assuntos, criaram vínculos e o hábito de procurar, semanalmente, a consulta de enfermagem.

*Eu gosto de ouvir a enfermeira falar ,conversar sobre um monte de coisas. O **día que eu não venho na terça feira eu acho falta.** O que eu mais gostei de aprender foi usar a folha de erva cidreira como chá antes de dormir. A toalha molhada atrás do ventilador para a secura da minha garganta, funcionou mesmo! (u.G)*

O tempo todo os usuários viram a enfermeira como cuidadora, ajudadora, educadora, profissional que estimula o auto-cuidado; semelhantes aos achados de Bonadio (1996) e Yoshioca (1996)

Você me ensina, me ajuda a controlar e a entender o que fazer, como controlar, a entender o que se passa comigo, (uML4)

A manutenção e continuidade do serviço têm sido uma das preocupações de alguns profissionais, como aparece nos achados de Yoshioca (1996). Porque a falta do oferecimento permanente de determinado serviço, como o da PSC, faz despertar nos usuários sentimentos como o de abandono. Neste estudo, alguns deles se sentiram abandonados pela enfermeira, quando esta tirou férias. Em seu retorno, ao fazer uma visita domiciliar a uma usuária, vítima de um acidente vascular cerebral isquêmico, a amiga, vizinha e também usuária apareceu na residência visitada e disse:

Oi sumida! Só vem aqui é? [...] que bom que você voltou, depois que nos abandonou, né (u.MI).

Os usuários se empenharam na elaboração do plano de ações junto com a enfermeira e buscaram atingir as metas propostas. Procuraram dar satisfação de suas ações à nós enfermeira, com quem compartilhavam a prática e, quando não tinham consulta de enfermagem agendada para aquele dia, arrumaram um meio de contactar-nos e mandar recados e/ou resultados de suas ações através de outro usuário e amigo, ou passar pela UBS para falar pessoalmente.

... vão marcar a cirurgia para a semana que vem. Aí, eu venho falar para você o dia(uR).

... a minha vizinha, que eu trouxe aqui para você ver está ótima. O buraco da barriga fechou (uM).

Transparecendo os resultados das ações, veio junto o reconhecimento do saber e poder da profissional enfermeira. Ela passou a ser referência não só pelo usuário, mas para os trabalhadores de saúde do local, pois constantemente solicitavam sua ajuda e seu parecer durante o atendimento, aos demais usuários não sujeitos do estudo.

... você pode vir vê uma ferida em um menino aqui? Para ver com o que é melhor fazer(aux. Enf. 1).

... Me ensina a cuidar do velhinho lá de perto de casa, que está de cama. Já está começando a criar ferida nas costas e eu não sei o que faço com ele (Ag de saúde Ba).

2.4 Vendo a Agenda de Saúde como instrumento de informação/ ou como instrumento de construção da cidadania

O usuário percebeu a Agenda de Saúde como um "prontuário", uma fonte de registro contendo a história de sua vida e informações necessárias, que facilitavam o auto cuidado e o controle de seu processo saúde-doença. Observamos as falas;

Para mim é o papel da minha saúde, para ver o que está bom e o que não está bom em mim. Ai tem tanta coisa. Tem os problemas da doença, as dores das minhas costas, as minhas pressão marcadinhas, dor da minha garganta, e o que eu faço para ficar boa e não mais ficar doente (u.V).

... é um comunicado da minha saúde, que vai continuar para a frente. É o que eu vou fazer comigo, tem projeto aí que Deus vai me ajudar a realizar e abençoar, e sobrar bastante saúde para mim . Aí tem tudo sobre a minha saúde [...] (u.Au).

A Agenda não contava apenas uma história de vida, não era um simples veículo de comunicação, ela era entendida como um projeto de saúde, pois continha planos para o futuro e alimentava a expectativa para sua consecução.

Alguns a percebiam como um documento para registrar e facilitar o resgate de dados e orientações relacionadas à própria saúde, quanto à prevenção e ao auto-cuidado.

... e como eu tenho aquela apostila desde o ano passado, eu sempre procuro ler, mesmo com a minha leiturinha pouca, porque quando você explica ou o médico explica a gente nunca guarda tudo, sobre os exames, os remédios e o que fazer, Aí a gente chega em casa, se tiver alguma dúvida, a gente vai ler tudo aquilo ali e ficar sabendo direitinho o que a gente tem, o que temos que fazer para continuar boa ou melhorar, o que é mais importante, como cuidar da gente mesmo e como os outros podem cuidar da gente também (u.B).

Quando perguntávamos quais e de que forma as informações deveriam ser registradas na Agenda, os usuários respondiam:

... tem que haver todas as informações que a gente precisa sobre a saúde e a vida da gente, e a gente tem que entender elas (u.MA).

A Agenda facilitou a decodificação da terminologia técnica usada por alguns profissionais.

Agora se não existisse Agenda não tinha como lembrar as esquisitices que os médicos falam, por exemplo a Dra. escreveu o nome da cirurgia que eu vou fazer, lê aí, é exeresse de não sei o quê (u.ML).

A dificuldade para a compreensão das informações contidas na Agenda estava relacionada, na maioria das vezes, à escrita ilegível ou ao uso de terminologia técnica por parte dos profissionais de referência. Quando solicitado e sempre que possível, fizemos a decodificação e, excetuando-se esses casos, podemos dizer que, como regra geral, houve entendimento das informações registradas. Usuários analfabetos ou semi analfabetos superaram as dificuldades de leitura com o auxílio de familiares, aproveitando a oportunidade para socializar informações relativas à sua saúde.

Eu dou uma olhada nele lá em casa. Tem coisa que eu entendo, tem outras que não. Quando eu não entendo a letra eu dou para minha filha ou para o meu marido ler para mim. (us.A).

Observamos alguma resistência, por parte do usuário, para registrar de próprio punho informações relacionadas a seu plano assistencial ou à conduta traçada.

Eu, escrever...Eu não gosto de escrever, eu demoro muito (u.A2).

No entanto, sendo essa uma condição necessária para a manutenção do uso do instrumento, eles se dispuseram a descobrir estratégias para realizá-la. Quando o auxílio de seus familiares não era suficiente para superar as dificuldades encontradas, principalmente as relacionadas à estrutura da Agenda, solicitaram a ajuda da enfermeira e dos agentes comunitários.

... eu pedi para a agente de saúde lá da área me ajudar a preencher a parte que fala da minha casa. Mas ela não entendeu direito aquela história de criação de bicho. O que é mesmo? (us.Na).

Eu não entendi direito como preencher o espaço da religião. Eu não sabia onde colocar qual a minha religião. (u.L).

Os usuários assimilaram a forma de trabalhar com a Agenda de Saúde, entenderam sua estrutura e suas fases, identificaram os espaços corretos para o registro e envolveram além dos familiares, outros profissionais, pedindo-lhes que nela registrassem as informações relativas à sua saúde.

Quando o médico estava me atendendo eu pedi para ele escrever nesta folha daqui e pedi também para ele marcar a minha pressão aí no quadradinho (us.VA).

... eu mostrei a página dos resultados dos exames para a doutora. Aí ela olhou as outras páginas tudinho, e aí escreveu tudo certinho no lugar (us.V),

Os usuários viram a Agenda como fonte de informações e como um instrumento que facilitava e reforçava a aprendizagem.

Essa Agenda está me ajudando muito. Eu sempre procuro nela as respostas para as minhas dúvidas e quando não tem eu procuro saber com o Dr. X e com você. As minhas dúvidas são sempre diferentes e estou sempre aprendendo mais. Aí não precisam ficar martelando sempre na mesma tecla, a gente progride (u.R).

Segundo Fischer (1984, p. 19), "a informação é poder [...] e fortes são aqueles que possuem a informação". A Agenda com as informações escritas consideradas importantes, não só facilitou a aquisição de conhecimentos, mas também a ampliação destes, propiciando e direcionando o diálogo com os trabalhadores e profissionais de saúde, atendendo suas necessidades de aprendizado e permitindo melhor diálogo e maior autonomia no processo de decisão.

A Agenda de Saúde, como um instrumento de informações, torna-se um veículo de aproximação e comunicação escrita fundamental na prática de saúde, possibilitando a expressão da cidadania, não só aos usuários mas também aos trabalhadores do sistema de saúde.

Muitas vezes eu vou no médico e não recebo todas as orientações que eu quero. Mas as orientações completas está escrito aqui. Aí eu pergunto o que eu quiser, e não escuto só o que ele quer falar (u. NA).

Os usuários justificaram a importância da Agenda como instrumento de informação e a viram como um importante e necessário instrumento para a continuidade da assistência, devido a centralização de seus dados e evitando, ainda, a duplicidade de operação de coleta de dados.

O médico leu a Agenda e o plano e perguntou se eu ainda tinha dor no ouvido e secura na boca como estava escrito (u.G).

....dessa Agenda o que é importante também, é como no caso da dona X, ela deu derrame e ficou sem falar né? Então a apostila vai falar por ela. Tudo o que ela tomou, como estava a sua pressão e o que ela sentiu está escrito. Então mesmo ela perdendo a fala mas vai ter como ela falar através da apostila, [...] e como foi lá para o pronto socorro, o pessoal lá já vai ficar sabendo tudo, porque tudo está escrito (u.MP)

A Agenda foi vista pelos usuários como instrumento de informação entre os profissionais e necessária como garantia da continuidade na execução do plano de ações. Esta correlação da continuidade de assistência com a informações na Agenda foi constantemente feita por vários usuários.

... Porque eu levo para o médico e lá ele vê e vai saber tudo da minha saúde, o que passou, aí fica mais fácil para ele me acompanhar e cuidar (u.J)

O reconhecimento da importância da Agenda em situações de consulta médica e de procura por serviços de saúde era evidente. Uma usuária, inclusive, recusou-se a emprestá-la quando precisamos dela para coletar alguns dados registrados que eram de interesse do nosso estudo.

... que pena que não posso emprestar a Agenda para você. Quarta- feira eu preciso levar para o Dr. X que eu tenho consulta. Mas, na Quinta-feira eu posso te emprestar (u.M).

Os usuários utilizaram a Agenda como respaldo para reivindicar a assistência realizada pela equipe de enfermagem, principalmente quanto aos procedimentos básicos programados no plano de ações.

Agora é fácil. É só falar que quero que alguém olhe a minha pressão e marque aqui, aí eles tem que olhar mesmo. Não me inventam mais desculpas esfarrapadas, como: o aparelho está estragado ou a menina que olha não está aqui. Estas coisas que acontecem sempre(u.G).

Os profissionais de saúde, que os usuários buscaram nos serviços de saúde, questionaram sobre a Agenda de Saúde, seus objetivos e sobre o método de trabalho.

Da primeira vez eu mostrei a Agenda para o médico e ele perguntou o que era isso. Eu falei para ele o que era(u.R).

O médico do hospital perguntou assim: para quê que você quer que eu escreva nisso aí? Para que ele serve? Eu tive que explicar para o médico porque eu queria que ele escrevesse o resultado da biópsia e dos meus exames. Era para poder levar para os médicos e enfermeiras que cuidam de mim. E que o resultado era meu, eu tinha que também saber e ninguém

melhor para ter os exames do que eu mesma. Só aí ele colocou os resultados dos exames que eu pedi (u. ML21.)

A Agenda, muitas vezes, foi preenchida pelos profissionais de saúde,

Eu fui consultar com a Dra. X, ela foi muito atenciosa. Leu todinha a minha Agenda e anotou aí o nome da cirurgia que eu vou ter que fazer (u.M).

...ontem foram três pacientes lá no posto para olharem a pressão. Eu olhei e marquei na Agenda (aux. 2).

Apesar da pressão dos usuários, algumas vezes, os profissionais de saúde apenas leram a Agenda mas nada escreveram. A explicação do usuário quanto ao fato foi de que:

...acontece que as vezes os médicos não importam muito de ler. Se a gente não ficar dando duro para mandar ele escrever, não fica alguma coisa escrito para a gente. É porque a correria deles também são muitas, muitas vezes eles estão consultando a gente e já estão pensando em um paciente lá que tem que fazer uma cirurgia. E já sai de lá correndo e não tem tempo de escrever. [...] E depois, quando eu estava fazendo o controle ambulatorial, retirada de ponto eu levei a Agenda, todo mundo leu mas ninguém escreveu nada. Mesmo que a gente explica e explica eles falam que não tem tempo agora. Fala que vão escrever outra hora, falam que tem cirurgia para fazer e está atrasado, e acaba não escrevendo. Ai não levei mais a Agenda (u.ML6).

Alguns profissionais se utilizavam de outras desculpas que desvalorizavam tanto o emprego da Agenda como o não reconhecimento do direito à informação que o usuário tem.

... o médico falou que não precisava escrever na Agenda, porque tudo o que era importante já estava escrito. (us.G)

Os argumentos utilizados pelos usuários para que os profissionais escrevessem na Agenda foram:

Eu falo que eu estou cuidando da minha saúde. [...] Se eu não preocupar com isso que sou a principal interessada quem é que vai querer e poder ficar cuidando direito de mim. (u.MI 6).

Eu disse que era para eu acompanhar o cuidado com a minha saúde. E que as anotações eram sobre a minha saúde, então ninguém mais melhor e interessada do que eu para conhecer e ter tudo escrito e para facilitar a minha explicação do cuidado com o médico do posto quando eu for procurar (u.R).

Uma usuária decepcionada com o atendimento impessoal, negligente e desrespeitoso quanto à sua prioridade e não acreditando na conduta recomendada por um acadêmico de medicina, nem fez questão de suas anotações na Agenda.

E sabe o que mais [...] eu também não pedi que ele escrevesse alguma coisa na Agenda. Estava meio com raiva dele (u.R).

Outras manifestaram o desejo das anotações na Agenda e ficaram decepcionadas quando os profissionais se recusaram a fazê-las, porque sentiam-se lesadas quanto ao relato sobre a história de suas vidas

... eu gostaria que eles estivessem escrito. Porque agora ficou faltando um pedaço da minha história (u.ML 8).

Apesar das dificuldades encontradas, adotaram estratégias flexíveis para viabilizar o registro dos dados na Agenda, como deixavam os registros para um segundo encontro.

... realmente os médicos não gostam de escrever. Eles falam que tem muita gente para atender ou tem que fazer alguma cirurgia. Ai eu falo tudo bem, agora não dá, mas na segunda vez não passa. Vai ter que ser anotado aí, porque eu quero saber. Uai porque a gente tem que falar. Se não dá em um dia em outro dia tem que dar. (u.R19).

Eles próprios se comprometiam em cobrar o preenchimento da Agenda, não deixando de exigir os seus direitos.

... mas quando eu for lá de novo vou insistir e pedir para ele colocar o resultado da biópsia e escrever a cirurgia que ele fez (u.M).

Viram a possibilidade de posteriormente trabalhar com a enfermeira para atualizar e organizar os dados, solicitando-a como gerenciadora do processo.

... mesmo assim eu gosto de ter as minhas informações mesmo picadas. Porque se faltar um pedaço eu peço para você escrever e emendar as coisas que estão faltando. (usML8)

... não insisti para que ele escrevesse porque eu sei o que ele fez. E ia trabalhar com você de novo, aí nós mesmos podemos escrever tudo.[...] Achei que poderia ser registrado depois (u.R).

De posse das informações (Agenda), os usuários conseguiram relacionar as alterações na conduta médica.

Sempre eles davam a desculpa que eu estava muito gorda. Porque a desculpa de pressão alta eles não me deram mais, porque levei a minha Agenda e todas as minhas pressões marcadas (u.R).

Algumas vezes, e por iniciativa do usuário, discutimos sobre o SUS. Refletimos sobre a realidade da rede, os serviços oferecidos pelas unidades de referência a nível secundário e terciário e as formas de acesso. Conscientes de seus problemas, entendendo melhor as práticas de saúde e dotados de uma visão mais ampla sobre os serviços de saúde, a maioria dos usuário, acessou melhor seus serviços e profissionais. Parecia que abriam-se as portas de um sistema anteriormente inacessível - os serviços de saúde.

Com esse papel na mão, eu não fico andando para lá e para cá, procurando onde fazer exames e consulta. Eu vou no lugar certo, onde eu consigo fazer (u.G).

Foi fácil eu falar com o enfermeiro chefe. Eu tinha o nome dele escrito aqui (uM).

Detectamos que os usuários perceberam que havia maior empenho dos profissionais e trabalhadores de saúde quando viam seu nome ou outra forma de identificação pessoal ou profissional registrado na Agenda.

... ela viu que tinha o nome dela escrito, pediu para esperar um pouquinho e depois ela mesmo me levou até o ... (u.R).

O usuário vê na Agenda uma possibilidade de que, ao receber assistência, serão considerados os fatores bio-psico-sociais e espirituais que julgavam importantes para o controle de seu processo saúde-doença.

Porque eu levo para o médico e lá ele vê e vai saber tudo sobre a minha saúde do meu corpo, da minha mente e das coisas fora do meu corpo, tudo o que passou. E aí fica mais fácil para ele me acompanhar e cuidar (us.J)

Acrescente-se a isto a valorização do instrumento como forma de garantir a continuidade de sua assistência, o que se configurava quando os usuários faziam questão de anotar ou de que os profissionais de saúde olhassem e também anotassem na Agenda.

... eu olhei a minha pressão na policlínica quando fui colher sangue, aí quando cheguei em casa eu anotei (u.V).

...para escrever aí tudinho o que o senhor fez comigo porque eu vou levar de volta para a enfermeira que cuida de mim (u.M)!

Eles sentiam que a Agenda poderia ajudá-los em suas reivindicações e exigências do direito à informação.

... podemos falar assim, estou com a minha Agenda de Saúde e quero que você escreva aqui (us MJ).

Como alguns usuários socializaram as informações com os membros da família quando precisavam de ajuda para a leitura e escrita na Agenda, criou-se a oportunidade para que eles também se manifestassem sobre o instrumento. Considerando como privilegiados aquelas pessoas que estavam sendo atendidas, utilizando a Agenda.

Eu mostrei a Agenda para a minha filha, e ela falou: nossa, isso aqui é bom demais! Até perguntou por que eu sou privilegiada desse jeito. Não é todo mundo que é atendido no postinho que tem isso! (u.CL3).

Os usuários sentiram que a utilização da Agenda contribuiu para a melhoria da assistência à sua saúde, e demonstraram satisfação com sua personificação e valorização.

2.4 Havendo interação humana (PSC)

Os usuários perceberam que o compartilhar de uma prática de saúde poderia se constituir num elemento de melhoria das relações entre usuários, trabalhadores de saúde e familiares. Disseram que a prática favoreceu o encontro com o outro. Passaram a conhecer melhor as pessoas de sua comunidade e identificaram seus problemas em comum.

Gostei de conhecer dona B. Ela também tem pressão alta e mora lá perto de casa. Eu não a conhecia, assim a gente pode trocar idéias (u.CL9).

Desenvolveram um relacionamento afetuoso com seus colegas usuários, trabalhadores e profissionais de saúde, com quem compartilharam a prática assistencial.

Quando planejávamos as ações referentes ao processo saúde-doença de determinado usuário, algumas vezes éramos solicitadas a estender o cuidado à outros membros de sua família. Isso contribuiu para a melhoria de algumas relações familiares.

Eu vi meu filho tentando ensinar o pai [a fazer alongamento para aliviar as dores na coluna]. Abaixavam e levantavam [...]. Eu achei bom, ele quase não conversa com o pai.(us.A)

Lembra quando decidimos cuidar do pé do meu velho? Você falou para mim passar óleo. Ele ficou todo importante (uML)

O objetivo deste estudo não foi avaliar o comportamento e opiniões dos profissionais e trabalhadores de saúde. Mas, a maioria deles, perceberam que os usuários estavam gostando de compartilhar a prática assistencial, aprendendo e adquirindo maior autonomia. Os trabalhadores da UBS envolvidos neste estudo atenderam às solicitações dos usuários, incentivaram a dar continuidade ao plano de ações estipulado.

Os pacientes estão gostando muito [...] Eu sei porque eles me falam. A paciente dona L me disse que teve uma grande melhora e está sentindo outra.(aux. Enf 1)

As auxiliares de enfermagem da UBS atenderam às necessidades dos usuários, freqüentemente mensurando a pressão arterial para controle, ou executando outros procedimentos. Foram os profissionais que mais entraram em contato com os usuários e, estimulados pelos mesmos, acompanharam a evolução do processo saúde-doença.

... aquela sua cliente baixinha que usa óculos, como é mesmo o nome dela? [...] Será que ela conseguiu marcar a cirurgia? (aux enf.f2)

... Será que a dona X vai conseguir ser atendida? Coitada, está precisando tanto! (aux. De enf.f 1)

Lembramos que os agentes administrativos, os auxiliares de enfermagem, e outros trabalhadores de saúde, não foram previamente orientados sobre a PSC. Deixamos seu envolvimento por conta do usuário e observamos que, aos poucos, eles foram sendo envolvidos espontaneamente no processo. Não só participaram, como também colaboraram e se preocuparam com o Agendamento das consultas de enfermagem, informando a enfermeira sobre a demanda e as necessidades do usuário.

... se precisar de mim pode contar comigo (aux enf1).

... este consultório aqui é melhor. É mais iluminado. Ligue o ventilador que eu vou trocar o lençol da maca (aux enf 2).

Os trabalhadores da saúde observaram as mudanças de comportamento dos usuários e alguns se sentiram pressionados a atender seus pedidos.

As pessoas estão contente com a assistência. Eles parecem que sabem o que querem. Ai, nós temos que atender mesmo! (aux. Enf. 1)

Uma Prática de Saúde Compartilhada estará sempre comprometida com os interesses do usuário e poderá conduzi-lo, para a o exercício da participação, da reflexão constante, e da apropriação de habilidades, favorecendo o estabelecimento de uma relação horizontal e dialógica com os trabalhadores e profissionais da saúde.

2.6 Criando espaços para a prática coletiva

No decorrer desta prática de saúde, foram realizadas dinâmicas de grupo para propiciar discussões coletivas e o avivamento das consciências. Essas dinâmicas contribuíram de forma significativa para o conhecimento de suas concepções de vida, do seu processo saúde-doença, das formas de organização e enfrentamento, das suas tradições, crenças, expectativas, religiosidade, potencialidades e limitações.

Nelas não se falou apenas sobre temas relacionados à medicalização da saúde, mas também sobre os problemas sociais e políticos e a parcela de responsabilidade correspondente ao governo e a cada elemento da sociedade. O determinismo e a provação divina deixou de ser uma justificativa para as dificuldades da vida. Foram abordadas questões de interesse da comunidade, relacionadas aos serviços de saúde local, e os usuários perceberam que a luta por um serviço de saúde com qualidade se confunde com a luta mais ampla por uma vida mais digna.

Refletimos sobre as frustrações e desabafos dos usuários, procurando encontrar novos caminhos. Como ocorreu a satisfação de suas necessidades individuais, emergiu a solicitação de novos encontros, para a troca de experiências e o fortalecimento do vínculo entre os participantes.

As experiências vividas, a ampliação de suas percepções sobre o seu processo saúde-doença, os conhecimentos adquiridos sobre a organização e funcionamento da UBS e do SUS, e as discussões sobre as estratégias de enfrentamento trouxeram novo ânimo para que os usuários continuassem buscando o conhecimento e a ocupação de espaços de participação e mudanças.

Foram discutidas as desigualdades e injustiças sociais, e as formas de discriminações em geral. Quando falavam em direitos da cidadania, argumentaram que poderiam exigir os direitos mínimos que lhes são negados, apenas por serem seres humanos iguais a todo mundo, e que pagam impostos como qualquer cidadão.

A gente tem que fazer as pessoas nos tratarem bem, não olhar de cara feia, a gente paga imposto, merecemos o mesmo respeito que todo mundo, por exemplo a gente compra um quilo de carne estamos pagando imposto. Isso não fica de graça. Todo mundo paga imposto, ...e é por isso que nós temos que exigir, porque os médicos vão receber por aquilo que ele fez e nós que pagamos através dos impostos. Eles trabalham com o dinheiro que a gente já deu que é dos impostos. Então não estamos sendo errado em exigir, porque nós temos esse direito (u.MP4).

Uma usuária coloca que a população, através dos impostos e do desconto

compulsório da previdência social, financia o sistema público de saúde. Entretanto, lhe é negado o direito, enquanto cidadão, de participar e influir na gerência desse sistema, determinando atendimento mais satisfatório.

O tema "Saúde para todos: um direito do cidadão e dever do Estado", foi discutido por eles, concluindo que o sistema público deve atender às suas necessidades de saúde, pagando-se ou não a Previdência Social.

Discutiram sobre o destino dos impostos arrecadados e concluíram que deveriam ser utilizados prioritariamente em serviços de interesse para a comunidade - hospitais, centros de saúde, escolas, transportes públicos e saneamento básico - e não para atender a compromissos políticos do governo ou os interesses das camadas mais privilegiadas da população. Consideraram que as suas reivindicações são justas, porque as autoridades já dispõem do dinheiro dos impostos pagos pela população.

Também, consideraram necessário que o bairro tenha seu representante político, atuando de forma a mobilizar recursos para melhorias na comunidade, mas lamentaram o descompromisso dos políticos atuais que conseguiram seus votos, bem como por terem sido usados.

... antes das eleições, por que eles quer os votos, aí eles ouvem e promete um monte de coisas. Agora depois que eles ganhou, pronto, não ajudam nada e nem ouve mais. Ai pronto fica tudo igual! (u.B12)

Quando os usuários falaram da possibilidade de elegerem seus representantes políticos, reconheceram que não faziam boas escolhas. reclamaram da falta de caráter dos políticos e das liderança da comunidade, o que dificultava a escolha.

... que nós não estamos colocando os políticos certos (U.Lu).

É difícil saber, como colocar os políticos certos, porque antes da eleição eles falam uma coisa e depois da eleição eles são diferentes. Não fazem nada que prometem (u.L).

... é isso que acontece, o presidente do bairro lutava pelos interesses do povo. Mas quando veio o interesse do dinheiro, ele virou político do partido, ele deixou de ser do povo porque ele queria estar lá com os poderosos. Ai, ficamos na mão de novo (u.B).

Eles afirmaram que o poder delegado [a força] tem que ser dirigido pelos interesses do povo.

... o que tem que dirigir esta força não é o interesse de um ou de outro, de um partido ou do outro. Tem que ser o interesse do povo (u.R).

Reconheceram, ainda, a necessidade de organização e a união em torno de reivindicações comuns como um caminho para mudanças gerais.

...e o povo tem que unir, isto é, juntar as forças de cada um e procurar reivindicar melhorias no bairro, todo mundo junto, a comunidade e fazer que todos saibam o interesse do povo do bairro (u.MJ).

...sozinho eu não posso fazer nada para melhorar a assistência da saúde. Por isso nós temos que juntar, ... Vamos juntar todo mundo, é bastante que faz a força. Porque se junta tudo a gente consegue. Porque a união faz a força (u.V).

...só se unir as forças , nós podemos conseguir lutar para ter uma assistência de saúde que presta (u.MJ).

Enquanto os usuários se instrumentalizavam e percebiam a importância dos determinantes de saúde e de alguns determinantes da estrutura social, modificavam sua percepção da realidade e o indivíduo passivo e alienado cedia, pouco a pouco, lugar para um novo ser, o sujeito social e político.

Qualquer situação que exista dentro de uma comunidade, a gente só vai mudar quando algumas pessoas querem mudar e participar e lutar pelos seus direitos. Se elas não querem, eu quero. Eu vou fazer alguma coisa para mudar isso. Então eu vou lutar pelos meus direitos (u.M P).

Perceberam que sua mobilização e organização era quase uma exigência para a luta, que tinha como objetivo, inicial, impor às autoridades o cumprimento de direitos já garantidos pela legislação. Ela começava de uma forma simples e despretensiosa através da participação nas decisões de sua UBS. Previam que não seria fácil congregarem os usuários da UBS, mas havia um início, o primeiro passo já fora dado.

... uma reunião com 12 pessoas eu acho que vai adiantar muita coisa sim, porque começa assim. Porque através desse grupo outros podem vir e participar, unir e juntos conseguir mudar alguma coisa que seja melhor para todos nós. [...] nós temos que dar um jeito para reunir mais (u.B).

Houve o consenso entre os participantes, de que a crônica crise pela qual passa o sistema público de saúde não poderá ser sanada sem a participação dos usuários do sistema, sem o envolvimento dos trabalhadores e profissionais de saúde, dos cidadãos de um modo geral e dos gestores do SUS.

Nas dinâmicas de grupo, voltamos a falar sobre a fitoterapia. Eles próprios viram e denunciaram a forma como o interesse econômico se contrapõe a essa terapêutica.

Quer dizer se nós usar os remédios de ervas medicinais e nós nos dar bem [...] não vamos tomar remédio da farmácia. E os remédios deles ficam lá encostado, não tem valor para eles pegar o dinheiro né. Então eles tem que dar valor nos deles. Por isso que eles falam que nós temos que deixar esses e tomar só os deles (u.MJ).

Ou como ele se articula com as prescrições médicas e “farmacêuticas”, sem ao menos considerar as necessidades e condições econômicas do cliente.

É tem médico que coloca até a marca do remédio e fala em que farmácia é para comprar. [...]e na farmácia sempre nos dá o remédio mais caro .. É porque o balconista ganha por comissão, então é claro que ele sempre vai dar o da marca mais caro(u. ML).

Sabiam que os médicos, também, não prescrevem a fitoterapia por falta de conhecimento e identificam uma falta de interesse desses profissionais em conhecê-la.

A maioria dos médicos não prescrevem plantas medicinais porque eles não conhecem, [...] e a maior partes deles não estão preocupados em aprender e a nos aconselhar a tomar, para podermos aproveitar os nossos recursos naturais e economizar um pouco mais (u.R).

A questão da cidadania que permeou todos os momentos desta prática, deixou claro que a saúde tem que se constituir em bandeira de luta por todos. Esse direito de todos e dever do Estado, historicamente só se concretizará se houver conquista e para isto é necessário que os sujeitos sejam co-partícipes.

2.7 Percebendo a Prática Compartilhada de Saúde e a sua integralidade

Os usuários da UBS que participaram deste estudo começaram a perceber que a prática de enfermagem, através da consulta de enfermagem, não só resolvia problemas existentes, mas considerava a sua integralidade.

... quando eu vim consultar com a enfermeira, eu vim ver minha pressão alta. Ela começou a me acompanhar e descobrir outras coisas, outros problemas. Me encaminhou para o médico de tireóide, para a nutricionista e vai me encaminhar para o pessoal jurídico da universidade para resolver uns problemas pessoais. Só estamos esperando a universidade voltar da greve(u.NA3).

... o meu problema da mama, há mais de cinco anos que tinha aparecido aquele nódulo. Mas não preocupava com ele, ele não doía, não fazia nada. Mas aí eu vim consultar com a enfermeira para ver a minha pressão alta e ela me examinou, me alertou, me ensinou. Fez eu ir assistir palestra de exame da mama, me encaminhou para o ginecologista no hospital X porque aqui não tinha ainda lembra? Aí fui retirar o nódulo. Se não tivesse vindo na consulta de enfermagem até hoje eu estaria com o nódulo, porque o médico só cuidava da minha pressão(u.ML).

Os usuários começaram a incorporar a nova concepção de saúde, espelhada na Constituição da República e na Lei Orgânica da Saúde ¹⁰, tão discutidas a nível gerencial, mas que não haviam chegado até eles (Brasil, 1990). O princípio de integralidade, considerado pela extinta Secretaria de Organizações das Unidades do SUS como um dos mais importantes princípios do modelo assistencial, visa assegurar aos indivíduos o direito à atenção à saúde, dos níveis mais simples aos mais complexos, da atenção curativa à preventiva, bem como a compreensão do indivíduo em sua totalidade e dos indivíduos/coletividades em suas singularidades. Ele está associado com a interdisciplinaridade e é uma condição "sine qua non" para a efetivação desta. Durante o compartilhamento da prática, o usuário percebeu e compreendeu a atuação da equipe multiprofissional, associando-a à integralidade e à interdisciplinaridade das ações.

¹⁰ Lei 8080 de 19/09/1990 e Lei 8142 de 31/12/1990

A **resolutividade** de situações de saúde ou de problemas, viabilizada pela PSC, foi muito apreciada e mencionada pelos usuários. Inicialmente quando procuravam a UBS eles o faziam desejando resolver algo que lhes incomodava ou vinha afetando sua saúde/vida. Comparam a efetividade das ações vivenciadas pela e na PSC com a inoperância e ineficácia dos demais serviços de saúde e de seus profissionais.

Estamos conseguindo resolver problemas que antes não conseguia resolver (u.M3.)

Quanto aos conhecimentos sobre o seu processo saúde-doença, os usuários deixaram evidente que não dispunham dos mesmos antes da PSC e que não sabiam cuidar de seus problemas.

... é que antes nós não sabíamos cuidar dela[pressão] direito(u.ML8).

O acesso à informação não é uma concessão "é um direito humano e tem igual valor a categoria do direito à vida" (Fischer, 1984, p. 19). Os usuários demonstraram muita satisfação em aprender e receber informações sobre seu processo de saúde-doença.

O que estou mais gostando é do que estou aprendendo com você e com a reunião (u. ML12).

eu gosto de ouvir todos os tipos de informação. Eu quero saber tudo sobre a saúde da gente(u.A9).

Igualmente, acharam importante receber informações sobre os serviços de saúde. E solicitaram que as informações sobre seu processo saúde-doença fossem apresentadas de forma que pudessem entendê-las.

Eu preciso entender as informações daqui do posto. É importante eu saber para que eu possa saber usar os serviços daqui (u.MC).

E quando eu peço para o médico escrever aí [na Agenda] o que eu tenho e os nomes dos remédios que ele passou, ele tem que escrever do jeito que eu entendo, senão não adianta(u. B).

Em busca de informações e de atendimento de forma satisfatória, formularam estratégias para obtê-los, como podemos constatar na fala a seguir.

Por exemplo tem um monte de jeito para pedir com educação. Pede informação, eles não dão direito. A gente pede por favor. Ai eu vou, peço de novo; ela não dá. Ai eu falo: por acaso estão me achando com cara de palhaça?(uR14)

A existência de informações registradas, e a **socialização do saber**, fez com que os usuários participassem de sua prática de saúde com maior liberdade e autonomia. Solicitavam orientações para o seu planejamento de modo que não houvesse retrocesso em seu processo assistencial.

Foi falado, várias vezes, que havia necessidade de se ter informações, de se instrumentalizar melhor, para que pudessem lutar por seus direitos. Ficou claro que a informação era o instrumento necessário para que houvesse o exercício da cidadania.

... acho que eu poderia conhecer melhor as coisas para poder lutar por elas.(u. L).

Demonstraram indignação com a ausência de informações por parte dos profissionais de saúde, que vem perdurando por muito tempo e ao qual atribuíram certa responsabilidade pela sua "situação de doente".

Como essa explicação é importante para mim. Como nunca ninguém me atentou para isso ! (uLu2).

Os usuários conseguiram entender a etiologia de sua doença, relacionaram os fatores determinantes com o controle coletivo, enfatizando a necessidade e a importância da educação em saúde nesse processo. Todos os usuários afirmaram ter aprendido muito durante a PSC.

Esse trabalho que você está fazendo conosco me fez descobrir e entender muitas coisas sobre a gente. Como a gente vive, como comer e entender porque a gente fica doente, e o que não fazer para não ficar mais doente ainda. A gente acaba sabendo muita coisa. E a Agenda é muito importante para eu estar sabendo e controlando as coisas...(u. R12).

... é muito importante a gente saber da nossa doença. Por exemplo, eu sei que eu tenho pressão alta, o que é pressão alta, e o que fazer para cuidar dela. Mas tem muita gente que não sabe cuidar dele, e nem sabe que tem pressão alta. Muitas vezes eles só sabem quando tem derrame, como tem gente que não sabe que tem tuberculose e fica tossindo por ai. E aí, o que vamos fazer com isso? (u.MP9).

Então, relacionar as causas desencadeantes do processo saúde-doença, passou a ser um exercício usual entre estes usuários. Dessa forma passaram a manter, até certo ponto, o controle deste processo.

Então, deixa eu repetir para ver se entendi. Quando eu jogar futebol no final de semana eu posso comer um pouquinho mais, assim mantenho a mesma quantidade de energia que perdi. Isso mantendo a mesma dosagem de insulina. E se eu não gastar energia, não posso abusar do churrasco com cervejinha. Porque eu não vou poder ficar mexendo na dosagem de insulina que o medico prescreveu: 30 unidades de manhã e 15 a tarde. [...]como é mesmo que eu fico quando estiver com hipoglicemia? (u.Lu4)

2.8 No Compartilhar a mudança de concepção de ser sujeito

A percepção dos usuários em relação a seu processo saúde-doença e a si mesmos como sujeitos, evoluiu durante a PSC. Seus sentimentos iniciais eram de infelicidade, impotência, incapacidade e medo. Muitos deles agiam apenas como usuários "doentes", não se sentindo como sujeitos participativos do SUS. Predominava o mutismo e o medo de exigir e desagradar os trabalhadores da saúde. Não adotavam condutas preventivas e se preocupavam apenas com a cura de suas doenças específicas. Ignoravam, em geral, os fatores determinantes de sua saúde e estavam distantes dos problemas de sua comunidade. Não tinham uma relação afetiva com os trabalhadores de saúde da UBS e para eles o SUS oferecia serviços cujo acesso dependia de sorte ou da vontade divina.

Gradativamente, os usuários se manifestaram não somente como ser biológico e social mas também como ser político, buscando entendimento dos determinantes de saúde, das formas de viabilização do seu controle, e da organização do SUS; passaram a se sentirem responsáveis e comprometidos com os problemas de saúde e com os problemas sociais de sua comunidade. Aflorou neles o sentimento de indignação com sua impotência, exclusão e marginalização.

Quando os usuários tiveram consciência de sua situação, eles se expressaram de forma diferenciada. Em certa altura do desenvolvimento da PSC, eles próprios passaram a buscar as informações e o conhecimento para se constituírem em sujeito e agentes de mudanças. Já sabendo o que queriam, traçavam objetivos individuais a serem alcançados, tomavam decisões e identificavam objetivos coletivos. Manifestaram a necessidade de se organizar em grupo para trocar as experiências vividas; identificar o que lhes faltava; elaborar, em conjunto, alguma estratégia de enfrentamento das dificuldades ou para a reivindicação de seus direitos.

Desvelaram e apreenderam uma realidade ruim, cuja compreensão vinha acompanhada de muitas dores, mas que se constitua no único caminho para a sua superação.

O usuário passou a adotar condutas preventivas e a ter consciência da necessidade de continuidade do tratamento e do controle de seu processo saúde-doença e a ser **Responsável por si próprio**. Esta mudança ocorreu no e durante o ato de compartilhar uma prática de saúde.

... você não vê como eu estou ótima. Faço todo o controle direitinho da minha saúde. A minha dieta é sem sal, sem gordura, controlo a minha pressão toda semana, sei quando ela está boa e quando ela sobe. Procuo fazer as minhas caminhadas e procuro não mais me preocupar tanto com as coisas que não são muito importante. Sei dos remédios que tomo, como eles funcionam em mim. Depois não fico mais doente à toa(u. ML16).

... eu passei a dormir melhor, fiquei mais bem alegre e disposta para passar o dia.(u.G8).

Hoje em dia, faço dieta, não como salgado, como quase sem gordura, evito óleo e enlatados, caminho sempre e aproveito para medir a minha pressão para ver como ela está. Eu controlo mesmo(u. G).

Durante a PSC, muitos usuários se **sentiram valorizados**, amados e aceitos. Associaram a visita domiciliar à qualidade da assistência e a entenderam como necessária para o acompanhamento do processo saúde-doença. Exemplo disto foi o relato de uma usuária que sentia-se envaidecida, cuidada, importante e honrada .

... por que a gente sabe que a enfermeira preocupa com a gente. Muitas vezes a gente tá em casa doente, a gente se sente importante Só dela ir lá em casa visitar, saber que nós aprendemos se estamos mais felizes e fazendo as coisas certas já é muito importante (u.R18).

Fico honrada porque me sinto importante. Me sinto importante, porque estou sendo considerada por alguém.... Sinto bem, amada, querida. A gente não sente abandonada (u.M11)

As ações educativas em saúde foram encaminhadas visando a mudança de comportamento dos indivíduos na busca da participação possível. Graças à aquisição de novos conhecimentos, se **achavam com poder**, e, os efeitos do poder começam a se multiplicar, dando lugar a comportamentos como o descrito abaixo.

Se o médico não olhar o prontuário a gente faz eles olharem; faz não, pede; aí eles olham (u.M),

O método de resolução de problemas e/ou de situações de saúde, que usamos durante a PSC, sempre se revelou compatível com nossa realidade. Observamos que ele facilitou o domínio das ações que deveriam ser desenvolvidas, proporcionando autonomia aos usuários.

Eu quero medir a minha pressão hoje. É que estou controlando a minha pressão e ela está difícil de abaixar (u.A6),

Observamos, também, que quando o usuário tem acesso às informações e as utiliza, ele exerce melhor sua condição de cidadão e faz com que a assistência lhe seja prestada de maneira mais efetiva e com melhor qualidade. Frequentemente, ele cobrava as ações planejadas, enfim, **exigiam seus direitos** comparava os resultados e exigia segurança quanto aos procedimentos realizados. Uma usuária, por exemplo, duvidando do resultado fornecido, solicitou reavaliação de sua mensuração pressórica.

Não, a minha pressão não está vinte por doze. Eu estou sentindo bem. [...] Viu! Está 160x100. [...] é o aparelho que está estragado (u.MA).

O usuário se acostumando a ter informações sobre seu processo saúde-doença e a acompanhar a evolução do mesmo, começou a exigir explicação para tudo que não entendia, independentemente do profissional da área ou da instituição onde se encontrava. Durante toda a PSC, eles buscaram subsídios para argumentar e decidir com os profissionais de saúde. Tivemos um momento em que uma das usuárias, durante uma consulta ambulatorial na clínica cirúrgica de um hospital escola, ficou indignada com a chantagem feita por um acadêmico de medicina, quando ao invés de viabilizar sua histerectomia tentava desviar sua atenção para retirada de um tumor na região cervical, que o próprio hospital não tinha priorizado e havia encaminhado para um especialista em cirurgia de pescoço de outra instituição hospitalar.

... agora, vem me dizer que a prioridade é do meu pescoço [...] Pedi que chamasse a médica chefe e que estava lá perto para resolver a situação. O aluno não sabia resolver do jeito que eu queria Aí, decidimos que fazíamos primeiro a cirurgia do útero (u.R12).

Identificando e conhecendo as atividades do profissional de saúde e a evolução de seu processo saúde-doença, a tomada de decisões sobre o mesmo passou a ser uma atitude comum para alguns usuários.

Quando ele arrumava as papeladas para marcar a cirurgia, ele ... começou a perguntar a minha história, tudo de novo. Aí eu falei que a minha história inteirinha tinha no prontuário do hospital. Eu estava cansada de repetir sempre a mesma história. Que ele pegasse pôr lá [do prontuário], ou tirasse da minha Agenda (u.R 12).

A mesma usuária, quando se encontrava no pós-operatório de um hospital, durante a passagem de plantão não entendeu o que falavam. Ouvira uma terminologia técnica estranha e que não conhecia. Não teve dúvidas, pediu que chamassem a enfermeira e perguntou para ela o que significava e do que se tratava.

... lá mesmo no hospital na passagem de plantão a menina falou: essa aí teve sudorese. Eu pensei: o que era isso? Aí mandei chamar a enfermeira-chefe e perguntei o que era sudorese [...] é isso aí mesmo. Aí ela falou que era suor, que eu estava suando demais. Tem termos que a gente não sabe o que é e a gente não entende, mas temos que buscar saber (u.R12)

A maioria dos profissionais de saúde tem se comportado como agentes controladores da população, tornando os usuários "pacientes", docilizando-os, convencendo-os a respeitar normas e rotinas das instituições de saúde e fazendo-os entregar seus corpos para serem investigados, explorados e cuidados, quando doentes. Foucault (1988, p. 202) refere que "a medicina como técnica geral de saúde, mais do que como serviço das doenças e arte de curas, assume um lugar cada vez mais importante nas estruturas administrativas e nesta maquinaria de poder ...". Obviamente, quando oprimimos o poder e a vontade dos usuários sobre o próprio corpo não utilizamos de violência física mas, com freqüência, de formas sutis de docilização, escondendo informações e utilizando de terminologia técnica não decodificável pelo usuário, ou como um silencioso olhar de reprovação diante de um comportamento não desejado.

A relação que se estabelece entre o profissional e o usuário é sempre do tipo: o técnico, que sabe, faz e o usuário, que nada sabe, obedece. Este poder exercido pelo conhecimento e pela imposição da passividade ao outro, desprezando sua identidade, subjetividade e conhecimentos parece que pode diminuir. Abandonando o assistencialismo, que coloca e mantém o usuário na condição de assistido, e fazendo com que ele compartilhe da prática de saúde podemos, de alguma forma, "devolver" uma parcela do poder sobre os próprios corpos e a própria vida. Com o compartilhamento de uma prática, socializa-se a informação e o conhecimento, não havendo mais lugar para a ocultação do saber. Com isto, criamos condições para que o poder se manifeste de ambos os lados. Porque o poder, como algo concreto e único não existe, o que existe são relações de poder, relações de força, contínua e constantemente em movimento, com possibilidades de

transformação. Segundo Schmid (1995, p. 98), o poder para Foucault é apenas um “fenômeno social que manifesta em nós da maneira mais simples desde que qualquer um se esforce em influenciar o comportamento do outro”. Neste sentido, uma prática de saúde pautada numa conduta ética “deve impedir que as relações de poder se fixem” (Schmid, 1995, p. 95).

O poder não se encontra em localizações definidas e fixado eternamente nas mãos de determinado corpo social - indivíduos, classe ou instituição - mas distribuído em micro poderes visíveis ou invisíveis, móveis e desiguais, interligados uns aos outros por uma malha de relações formais ou informais, que se organizam segundo os interesses de cada momento histórico. Para Foucault (1988, p. 144) “as técnicas de funcionamento do poder cruzam transversalmente os corpos e as almas dos indivíduos dominantes e dominados, ninguém escapa da dinâmica e proliferante tecnologia do poder [...] embora o poder transite horizontalmente, se converte em atitudes, gestos, práticas e produz efeitos, ele não se encontra localizado e fixado eternamente, não está nunca nas mãos ou é propriedade de certos indivíduos, classes ou instituições (Foucault, 1988, p. 84, 144).

Neste sentido, nossos usuários **sairam da passividade**, mudaram de atitude, passando a participar, questionar e exigir seus direitos.

... nesse plano, eu sinto mais segura para falar as coisas. Eu falo! Antes eu vinha conversar com o médico, ficava acanhada tinha um pouco de gaguejo, agora não! Eu não sinto mais envergonhada, eu não gaguejo mais, eu sinto mais responsável por minha saúde e conheço melhor ela, e eu não tô nem aí mais para a minha vergonha. Quando eu não entendo eu pergunto mesmo e fico olhando para a cara dele . Olho para a cara do médico e pergunto . Antes não, só ficava de cabeça baixa olhando para o chão de vergonha (u.ML).

Os próprios usuários começaram a exemplificar suas mudanças de comportamento individuais frente a assistência de saúde.

Antes a gente se conformava com tudo. Antes até podia falar isso para nós, mas agora não eu quero ser examinada, e bem examinada. Eu quero fazer os exames e rápido. Eu quero que escreva aí , eu preciso. Agora a gente pede com jeito, se não fizer a gente apela (u.R 19).

Nas expressões dos usuários, percebemos o despertar do sujeito que conhece seus direitos e pretende exigí-los. Acreditamos que, se o saber e o poder forem socializados, os profissionais de saúde não atenderão mais apenas corpos doentes.

Eu não tenho mais medo de pedir para o médico me examinar. Eu acho se vou ao médico ele tem que me examinar. Onde já se viu olhar para a cara da gente e passar a receita. Se for para ser assim eu vou na farmácia, olho para a cara do farmacêutico e peço o remédio e ele me dá. Porque não é só olha para a minha cara e passar o remédio não (u.MP).

Assim sendo, concordamos com Faria (1996, p.129) ao referir que:

... a concepção de homem livre se vincula à idéia de que todos são proprietários de seus corpos, quer dizer, a liberdade aqui colocada está inteiramente relacionada ao arbítrio pessoal quanto ao uso desse organismo auto-apropriado. Requer uma explicação de que a liberdade não só refere à autodeterminação dos corpos particulares, mas está associada à capacidade de movimentar-se, de expor suas idéias, de decidir, de opinar, enfim; fatos aos quais só a participação pode conferir legitimidade.

Um exemplo de uma tradicional e rotineira consulta médica em que o profissional apenas pergunta ao usuário o que ele sente e a seguir "passa" a receita, está relatado abaixo. Não há identificação, não há exames ou diagnóstico. Não há a mínima chance da pessoa participar de seu tratamento, nem de compreender os mecanismos que a fizeram adoecer. Outros estudos revelaram esta forma de atender, que entre outros, despersonaliza, banaliza e desconsidera o outro - o usuário (Bonadio, 1996, Ferreira, 1994, Matos, 1994, Yoshioka, 1996).

Eu exijo mesmo, a gente tem que aprender a exigir os direitos da gente. ...o médico tem que examinar para saber o que agente tem, você faz isso porque ele não pode fazer? Não, mas ele só pergunta o que você tem Uai, onde já se viu. Se eu soubesse não ia lá (u. R19).

Aprenderam a **reivindicar melhor atendimento**, desde a recepção até a sala do consultório médico. Com o plano de ações em mãos, conhecendo as metas a serem atingidas e dominando a operacionalização da assistência e do método foi fácil para o usuário cobrar as ações planejadas de todos os trabalhadores e profissionais responsáveis, inclusive da enfermeira com quem compartilhou o planejamento e a prática.

Você falou que ia me explicar sobre a epilepsia do meu marido e anotamos aqui. Quando a senhora vai fazer isso? (us La 3).

.. eu quero que você encaminhe direito ... Encaminhar direito é encaminhar para alguém que eu acho e que marque o meu ultra-som (u. V4).

Os usuários, durante uma das dinâmicas de grupo, expressaram suas opiniões quanto à correlação de forças entre classes sociais e quanto ao poder hegemônico..

... mas nós não somos também cagona porque boca nós temos né!. Para poder nós brigar por aquele direito que nós temos, né! Eu acho assim, se as outras pessoas não vão eu vou (u. V 6).

Com esta manifestação, a usuária persuadiu os membros do grupo a refletirem sobre sua passividade e a perceberem a própria capacidade e potencial para ser agente de mudanças. Ela iniciou uma discussão sobre formas de mobilização, e apesar de continuarem evitando conflitos como anteriormente, refletiram sobre a possibilidade de se manifestarem e justificarem suas necessidades e argumentarem seus direitos.

... não é brigar! Não sou de briga não. Mas é preciso pedir, lutar, reivindicar (u.R19).

Durante a dinâmica de grupo, novamente veio à tona a necessidade de se escolher

um representante político disposto a encaminhar as necessidades dos moradores da comunidade e de se acompanhar as ações dos políticos, onde foi destacada a importância de informá-los sobre suas necessidades.

... é isso mesmo. Depois que nós der o nosso voto nós temos que cobrar aquilo que nós quer, aquilo que nós precisa. Porque muitos não sabem da nossa precisão das nossas necessidades e daquilo que nós precisa. Então nós temos que reivindicar, [...] nós temos que cobrar aquilo que nós precisamos, para poder eles nos atender, né. [...] nós temos que falar aquilo que nós precisa (u.V).

Desejaram que o presidente do bairro resolvesse os problemas da comunidade, que participasse das decisões da UBS no conselho gestor.

... eu quero saber se ele também [o presidente do bairro] participa das reuniões daqui. O senhor X, ele frequenta a reunião daqui? [...] eu preciso levar um problema do nosso bairro (u.V).

No transcorrer da PSC, os usuários **conheceram os profissionais** identificaram melhor as enfermeiras da rede.

... a enfermeira X me atendeu um dia e escreveu na minha Agenda. Lembra, que eu fui assistir a palestra dela? (u.ML)

Eles se identificaram como usuários de um programa ou como clientes da enfermeira.

Eu sou do programa ... Eu falo que sou cliente da enfermeira X (u.ML).

... eu falo que sou cliente da enfermeira X, que está ajudando à cuidar da minha pressão e de toda a minha saúde.(us CL)

Quando conhecem o trabalho da enfermeira não abrem mão desse atendimento, por isto ficam horas esperando para serem atendidas como no caso das gestantes com as quais Bonadio (1996) trabalhou; ou conforme constam nos achado de Yoshioca (1996). Onde as gestantes solicitam ser atendidas pela enfermeira apesar de ter, naquele momento, médico na unidade,

Os usuários demonstraram conhecer melhor os trabalhadores de saúde e suas ações. O mesmo ocorreu nos estudos de Bonadio (1996) e Yoshioca (1996). Elas apontaram que a prática de enfermagem diferenciada faz com que os usuários passem a conhecer a enfermeira e suas ações; tanto é que, a última autora, encontrou que esta atividade de enfermagem favorece um momento de trocas, de conhecimento mútuo porque o processo de interação e interrelação se faz horizontalmente.

... conheço mais as pessoas que me ajudam a cuidarem de o que elas fazem para que eu continue assim boa (u.ML).

Estes usuários, após vivenciarem a PSC, conseguiram provocar mudanças de atitude em outros profissionais de saúde.

... aí, ele pediu o meu número de registro e foi buscar meu prontuário. Meio zangado mais foi. Repetir a minha história toda de novo. Eu tenho que andar para frente e não para trás (uR).

Conhecendo seu processo saúde-doença, o usuário começou a solicitar mais rapidamente e com mais insistência os recursos de saúde, mesmo aqueles que não eram disponíveis, e manifestou desejo em participar das resoluções administrativas da UBS.

Uma usuária precisava fazer um eletrocardiograma, sabia que o aparelho da policlínica estava quebrado e se dispôs a ajudar a arrumar. Vemos que começam a abrotar os sentimentos de solidariedade para com os outros à coletividade.

... o que eu posso fazer para ajudar arrumarem logo esse eletro? Tem muita gente precisando dele (u.T).

Observamos, também, gradativa aproximação do usuário em relação às necessidades locais de saúde, em seus aspectos individuais e coletivos. Desejavam participar da resolução de problemas da UBS e familiarizar-se com ela.

... e depois a gente se sente dono na casa aqui no postinho. A gente acaba gostando mais do posto e das pessoas que trabalham aqui. É porque a gente vem aqui toda a semana. Se não for para consulta com o Dr. ou com você, é pra vir na reunião. Porque nós precisamos discutir juntos os nossos problemas para resolver melhor e mais rápido (u.MP).

Como conseqüência da PSC, vimos o surgimento de usuários participantes. Eles demonstraram consciência das dificuldades, não se iludiram e ao mesmo tempo conseguiram avaliar a prática e sua realidade.

Vimos, então, surgir a realização, a mudança, o prazer, o sonho, a criação, a capacidade de amar o próximo, de mudar e de correr riscos. A potencialidade de ser participante consciente foi desenvolvida. As formas como esse desenvolvimento se traduzia na saúde e no social eram percebidas e discutidas dentro de seu contexto. Como todo crescimento, ele ocorreu por meio de um processo dinâmico, cheio de idas e vindas.

Compreendemos que as mudanças ocorridas não devem ser entendidas como uma forma acabada, saturada, sem possibilidades de transformação. Nem como uma prática definida, neste momento, mas sim como uma forma estratégica e articulada que pode e deve ser aprimorada ou substituída. Elas devem viabilizar formas de reflexão sobre as nossas condições e dificuldades, permitindo a percepção do que é necessário e do que se quer construir.

2.9 Mudança de concepção do processo saúde-doença

A concepção de saúde de muitos usuários foi modificada. Acompanhamos a evolução deste processo de mudanças, tanto em nível individual como em nível coletivo. Inicialmente, os usuários definiram saúde como ausência de doença e esta como qualquer coisa que impeça um bom funcionamento do corpo e que o incapacitava para as suas atividades.

Ter saúde é não ter doença e não precisar ir ao médico (u.SA e u.ML1).

Era comum definir saúde como a simples ausência de doença. Geralmente, os

usuários consideravam como um estado de mal-estar físico ou emocional, que os impediam de trabalhar ou levar adiante as tarefas do dia a dia, evoluindo para um conceito condizente com a visão capitalista, que considera o ser humano como força produtora de trabalho.

Ter saúde é não ter nada, é trabalhar bem (u.V2).

Podemos afirmar que esta dinâmica diferenciada de prática de saúde, possibilitando a socialização de informações sobre o processo saúde-doença, contribuiu para elevar o nível de conhecimento do usuário sobre o mesmo e ampliar a concepção de saúde que se tinha. O usuário sentia-se motivado a identificar e a compreender os determinantes de saúde, transformando as questões do saneamento básico, como o abastecimento de água, destino dos lixos e resíduos de esgoto, em temas de discussão nas dinâmicas de grupo realizada na UBS.

A partir daí, os usuários apontaram, como sendo necessário à saúde, a ausência da poluição, o saneamento e a limpeza pública, contribuindo, assim, para a implementação de sua assistência à saúde.

... o esgoto da minha casa é fechado, mas os dos meus vizinhos é tudo aberto. O que adianta eu ficar dando lombrigueiro para as crianças? (u.L3).

Planejando as suas ações de saúde, o usuário alertara para o fato de que não adianta ficar tratando da verminose se não existe saneamento básico. Assim como não adiantam remédios contra alergia à poeira e à poluição, se as causas (ausência de asfalto nas vias de maior movimento, lançamento de resíduos industriais na atmosfera) não são eliminadas. Reforçando, assim, a nossa compreensão de que a questão da saúde e da doença no Brasil são, acima de tudo, questões sociais. Precisa estar muito claro em nossas políticas sociais que verminose, por exemplo, se resolve de forma mais eficiente com água encanada nas casa, rede de esgotos e coleta de lixo do que com a ingestão de medicação, e o usuário sabe disso.

Neste momento, pensamos na inutilidade da atuação de muitos clínicos e pediatras, que passam toda a sua vida profissional receitando paliativamente os "metronidazóis," "thiabendazóis" e outros antihelmínticos, distribuídos gratuitamente pela Central de Medicamentos; e muitas enfermeiras, que vivem orientando quanto as ações profiláticas de reinfestação, contribuindo em quase nada para modificar a realidade.

Comparando-se a declaração,

... ontem eu almocei na casa da minha filha. Teve churrasco e estava muito salgado [...] e hoje fui no velório de um vizinho. O filho dele foi atropelado [...] foi tão ruim; é por causa dessas duas coisas que a minha pressão está alta desse jeito [...]. Se eu soubesse de tudo isso que eu sei hoje há uns quinze anos atrás, hoje eu não estaria doente (u.ML6).

com a percepção inicial de saúde, observamos o caminhar de uma visão biológica para

uma mais abrangente, articulando saúde com condições psico-sociais e, ainda, relacionando doença com falta de conhecimento.

Alguns usuários evoluíram para um conceito sociológico, ao considerar a doença como o resultado entre o indivíduo e seu meio social e natural. Voltaram sua atenção, também, para a ecologia, manifestando a necessidade de se proteger o meio ambiente.

As pessoas não cuidam dos nossos rios, jogam lixo aonde passam, não cuidam da natureza. A natureza é tão bonita para a gente apreciar, tomar um banho, beber desta água, respirar ar puro. Nós precisamos dela boa para também poder estar bem (u..R 9).

Essa maneira de pensar e falar em saúde omite o fato de que ela não é o resultado apenas do esforço individual. Ela depende, principalmente, de políticas públicas e da forma de organização social. A saúde de todos nós depende, também, do ar que respiramos, da água que bebemos, do lixo que nos circunda e da quantidade e qualidade dos inseticidas, hormônios e antibióticos que “temperam” nossa comida, e para os quais deveria existir além da legislação, fiscalização e respeito à cidadania.

A definição conceitual de saúde abaixo, foi um dos últimos apresentados pelos usuários durante uma dinâmica de grupo, favorecendo sua discussão, valoração e aprovação imediatas pelos demais elementos do grupo.

Ter saúde é estar bem, é viver bem, ter uma boa alimentação, ter boa higiene cuidando do corpo, beber água filtrada, ter ventilação na casa, é ter condições de ter sempre o que comer com qualidade e variedade [...] Viver bem é estar bem com você mesmo, com os outros e com a natureza. É ter onde morar com dignidade, ser amada e respeitada pelos outros. É ter dinheiro para viver sem esquentar a cabeça (u.LA8).

Estabelecendo relações entre o viver bem e o estar bem, com as condições sócio-econômicas, afetivas e emocionais, o usuário conseguiu, no decorrer da prática, conceber um conceito de saúde próximo ao elaborado na VIII Conferência Nacional de Saúde, que a considerou como sendo o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde (ABRASCO, 1986, CONFERÊNCIA, 1987).

Durante a PSC, tivemos a oportunidade de fazer nossa reflexão teórica e elaborar nossos conceito de saúde, mesmo sabendo que com ele não contemplávamos a realidade. Minayo (1992b) demonstra, estatisticamente e denuncia a distância entre as aspirações à saúde e as condições de vida da maioria dos brasileiros.

Os usuários assimilaram aquilo que se fala, algumas vezes, nos centros de saúde, o que é necessário saber para se manter forte e sadio. Eles sabiam que ter uma alimentação equilibrada, viver numa casa limpa iluminada e ventilada, dispor de água potável, rede de esgoto e serviço de coleta e tratamento de lixo é importante, e sentiam a necessidade de lutar por transporte, serviços médicos, creches escolas, meios de comunicação, etc. No

entanto, perceberam também que estão impossibilitados de ter ou manter sua saúde, porque seus salários não permitem comprar comida em quantidade e qualidade suficiente e muito menos prover habitação saudável e lazer; alegando que seu trabalho não permite o descanso que lhes prepare para o dia seguinte. Daí a sua indignação com as análises superficiais e tendenciosas da questão que, movidas por uma lógica perversa, concluem “ingenuamente” ser o próprio usuário o responsável pela falta de saúde.

Este “pleno bem-estar” obviamente não poderia se restringir apenas à ausência daquilo que se convencionou denominar de perturbações da saúde, isto é, doenças ou enfermidades. Os usuários incluíram, também, a ausência de circunstâncias econômicas sociais e políticas desfavoráveis, como a insuficiência de recursos humanos e materiais e a falta de interesses políticos, que dificultavam a satisfação das necessidades já descritas pelos usuários. Mas o mais importante, é que os usuários concluíram que a solução das questões da saúde depende da esfera socio-econômica e não apenas de propostas de “racionalização” dos serviços de saúde. Solicitaram muito mais que a multiplicação dos serviços de saúde, sugeriram investimentos maciços em políticas sociais visando a melhoria da qualidade de vida da população, diminuindo a pobreza e aumentando as possibilidades de acesso à educação.

Desta forma, no compartilhar de uma prática de saúde, “a concepção do processo saúde-doença é retirada da abstração e passa a ser entendida como algo concreto, que resulta das condições de vida” (Silva, 1994, p.10). Usuários e trabalhadores de saúde passaram a considerar saúde como uma questão de todos, uma questão de direito coletivo, e não só de cada usuário. Realizamos, assim, um trabalho de resgate da cidadania, pois saúde não é apenas um “direito do cidadão e um dever do Estado”, ela permeia outras dimensões, como por exemplo – a própria dignidade do ser humano, bem como a sua capacidade de expressão crítica da consciência.

2.10 Avaliação da Prática

Os usuários demonstraram grande satisfação por terem participado de uma prática de saúde compartilhada, e a associaram à melhoria qualitativa do atendimento na UBS.

Eu acho que o atendimento melhorou muito depois que você começou com essas reuniões conosco e com esse trabalho conosco aqui (u.A 10).

Os resultados da PSC foram percebidos pelos usuários quando começaram a ter o controle do processo assistencial através do auto-cuidado.

*Eu fui lá 4 vezes. A minha pressão não estava tão alta como da vez que eu comecei a ser atendida pelo “plano” (u.ML.)
Este plano está resolvendo muito, muito mesmo (u.V).*

Apesar de rebatizarem a PSC com outros nomes – programa, plano, tratamento ou projeto – deixaram evidente que ela é uma forma de cuidado especial e diferente.

... e o nosso tratamento é especial, Não é igual dos outros.(usR)

Outras conseqüências da PSC observadas foram a melhoria da atenção dada pelos trabalhadores e profissionais de saúde, um atendimento de melhor qualidade quanto a atenção às suas necessidades e a familiaridade que passaram a ter com a UBS.

E depois que eu comecei a ser atendida com esse plano eu me senti diferente. Eu sou mais bem recebida no posto. Eu sou sempre atendida, as pessoas me atendem bem, olham a minha pressão, eu me sinto em casa. Antes eu não vinha muito aqui não, porque as pessoa não ligavam para mim. Não estavam nem ai (u.G).

A avaliação da PSC feita tanto pelos usuários como pelos trabalhadores de saúde evidenciou que estava atendendo às suas expectativas e necessidades e a valorizaram como um ótimo trabalho.

*... esse trabalho que você está fazendo é ótimo ... (aux. enf 1)
Esse seu trabalho é ótimo! Parece que convence o povo do que é bom para eles (aux. enf 2)*

... é o melhor plano que já tivemos (u.B).

2. O POSSÍVEL E O RECOMENDADO NA FALA DO USUÁRIO

Apresentamos a seguir as conseqüências da prática implementada, as mudanças ocorridas, as percepções finais do usuário em relação si mesmo, a UBS-SUS, às práticas de saúde e à comunidade, e as suas sugestões, o qual denominamos de **O possível** de ser modificado.

3.1 Sugerindo mudanças individuais

Os usuários viam as **necessidades de mudanças** e sugeriram aos demais que se acostumassem com elas, pois existe a expectativa de se continuar com as mesmas.

Mais aqui não é para mudar. Vamos mudar tudo. A gente vai ter que acostumar com as mudanças [...]. Porque se não fosse para mudar e continuar do jeito que estava não precisa nada disso, de atendimento de agenda, de reunião, de nada! (u.MP).

Viram a necessidade de ocorrer mudanças nas relações humanas, tornando-as mais solidárias.

Se cada um fizesse um pouquinho de bem, e ajudasse o próximo, este mundo não será assim. (u.R).

3.2 Sugerindo mudanças na UBS

Faria (1996, p. 14) refere que “as instituições de saúde, enquanto centros de ofertas de serviços de saúde, geralmente se afastam das reais necessidades da população” e a UBS na qual trabalhamos não foi exceção.

Tentando aproximá-la das próprias necessidades, embora já reconhecendo melhorias na UBS local, os usuários fizeram uma série de sugestões quanto aos recursos humanos e materiais. De imediato, sugeriram mudança na forma de administração da UBS, especificando a necessidade da existência da profissional enfermeira lhes dando a devida atenção e trabalhando de forma compartilhada, e a montagem de um laboratório para a realização de exames simples.

... precisamos melhorar mais. Mudar esta administração rígida que não preocupa conosco, ter enfermeira direto no posto, atendendo com esse plano [...] em quantidade suficiente, e que preocupa com nós. Precisamos de um laboratório que possamos fazer exames. Precisa de remédios e coisa aqui ainda (u.ML).

Os usuários da UBS são geralmente mulheres, que estavam preocupadas com a família e o companheiro, no sentido de também estenderem a eles os cuidados e os serviços, para tal sugeriram o funcionamento da unidade para além do horário comercial. Mas estes não foram os únicos a solicitarem essa mudança; um senhor, usuário da UBS local, fez coro com suas vozes e sugeriu a disponibilidade de um clínico no horário das 17:30 às 19:00.

Eu acho também que o postinho devia atender as pessoas no entrar da noite. Assim das seis às sete, porque a maioria das pessoas trabalham de dia [...]. Se pelo menos tivesse um médico só, já resolveria o problema para consulta de nós homens que trabalham fora (u. Lu).

Sugeriram melhorias nos meios de comunicação e transporte do sistema público de saúde, como: maior número de telefone públicos e ambulância à disposição.

Se tivesse uma ambulância, um telefone, ou um médico de plantão perto da gente eu não iria esperar só outro dia para levar ao médico, porque não tenho dinheiro para pagar taxi de madrugada (u.MJ).

Bem como a agilidade na execução e entrega de resultados dos exames laboratoriais de diagnóstico.

O que não podemos fazer é esperar vinte dias para buscar os resultados de exames. Temos que dar um jeito de liberarem mais rapidamente para nós. É isso que nós temos que fazer (u.L).

Os usuários referiram que as rotinas administrativas da UBS local não consideravam as necessidades da comunidade. Disseram que havia falta de organização administrativa e sugeriram mudanças nas rotinas para marcação de consultas e a existência de triagem.

É mesmo ruim, ter que vir aqui outro dia só para marcar o retorno. Fica muito difícil, porque a gente tem que fazer outra viagem e para gente que é velha assim e com dores na perna, não dá. Fica ruim. A gente mora no

mesmo bairro do posto mas temos que andar bastante. Eu mesmo tenho que andar mais de vinte quadras para vir aqui. Para uma velha de quase oitenta anos pesa (u.MA).

As mesmas sugestões de mudanças que fizeram para a UBS local, o fizeram, também, para todas as referências e instituições do Sistema Público de Saúde. Eles não entendiam porque nos hospitais públicos só marcavam consultas no último dia do mês, e se revoltavam contra a "necessidade" de ter que ir de madrugada marcar consulta na UBS local, sendo que, depois de pegar a senha, ainda tinham que esperar a chegada do médico, que geralmente chegava atrasado. Consideraram isto uma grande falta de respeito para com a população usuária do sistema. Sugeriram que os agendamentos de consulta e exames fossem feitos todos os dias e a qualquer hora dentro do horário comercial.

Vocês lembram como é difícil marcar consulta? A gente tem que ir apenas em um dia marcar consulta para aquela multidão. E só conseguimos para daqui a dois meses. Tem gente que dorme na porta do hospital e não consegue. Muitas vezes tá pior que os outros. Porque não pode marcar consulta em outros dias? [...] porque marcar só de madrugada, se podemos marcar consulta em outros horários do dia? (u.R)

Sugeriram, ainda, que a administração fosse mais eficiente e comprometida com as necessidades dos usuários; que não deixasse faltar medicamentos, que distribuisse melhor os horários para atendimento e procedimentos, de forma que não se criasse aglomerações e tumulto no posto, em suma houvesse a racionalização e otimização dos recursos humanos e materiais..

O que tem que fazer é mudar esta administração rígida, e colocar gente que preocupa com o povo. Administrar melhor para nos atender melhor também. Ter um posto de saúde eficiente, que exista médicos e enfermeiros em todos os horários, que faça todos os exames mais rápido (u.Lu).

... para acabar com esse tumulto deveria acabar com as filas para marcar as consultas. Devia marcar a qualquer hora do dia, de preferência quando sair do médico já marcar o retorno. É só marcar o dia que a gente tem que vir. Não precisa fazer a gente vir em um outro dia de madrugada só para marcar a consulta (u.ML).

Na última e, na próxima fala, vemos que a usuária foi bastante criativa ao exemplificar formas de organização das filas de espera na UBS local. Fez uma sugestão simples e de fácil execução. Por que nenhum trabalhador de saúde pensou ou agilizou isso, antes? Será que nunca se aperceberam da situação estressante pela qual passam os usuários?

Se acabassem essas filas acabariam um pouco do tumulto no posto e ninguém sairia estressado. Uma sugestão, se não fosse possível acabar com essa filas, acho que poderia marcar com um cartaz onde é para ficar a fila de quem, do qual médico. Por exemplo, quem vai ser atendido na pediatria fica nessa fila daqui; separa um banco com um cartaz dizendo fila para pediatria [...]. Assim que as pessoas forem chegando já vai assentando no banco certo e fica na fila certa. Não tem perigo de ninguém entrar na fila errada e nem entrar na frente ou atrás do outro porque não sabia onde que ficava a fila (u.ML).

Listaram algumas características consideradas como essenciais e necessárias para o bom atendimento do serviço público de saúde: a) ter respeito e consideração para com o usuário; b) receber com atenção e educação; c) discutir em reuniões os problemas da UBS e dos usuários; d) dialogar.

As pessoas tem que olhar na cara, conversar, dar atenção porque as vezes a gente chega e eles nem olham para a gente. É como se a gente não existisse (u.MP).

A atenção e educação deve começar desde a entrada. É a atenção que a funcionária tem que dar para a pessoa que está ali; perguntando ou marcando uma consulta. [...] Eles precisam de nós, porque se as pessoas não viessem aqui para consultar eles não viriam aqui para trabalhar. E se eles estão aqui para trabalhar é porque vem alguém para consultar, né. Então primeiro de tudo eles têm que dar atenção, olhar para a pessoa, vê! (usMJ)

Não, elas têm que explicar o que está acontecendo. Qual médico que atende, se tem pediatra ou não, no qual médico é para fazer a ficha. E explicar, elas têm obrigação. Elas só apontam lá na parede e pronto. Viram as costas e vai saindo. Não está certo isso (u.MJ).

... gostei de discutir os problemas daqui do posto. Já está ficando muito bom e nós espera que melhora mais. Mas nós estamos falando do poder do diálogo, da reunião para cada um discutir o que precisa. Quer dizer que toda vez que tiver uma reunião cada um discute o que necessita, o que mais precisa e vai reunindo as forças n.(u.MA).

Essas sujeitos referem-se em sua maioria, ao que ele precisa e deseja, ou seja ser respeitado como pessoa e cidadão,

3.3 Sugerindo mudanças na Agenda

Os usuários consideraram a quantidade e a qualidade dos dados colhidos, suficientes e importantes para contar sua história e caracterizar suas necessidades. Apreciaram o volume e sugeriram a redução do tamanho do papel da agenda, para melhorar sua apresentação e transporte.

*As informações têm que ter. E nós temos que entender ela ... (usG)
Eu não acho que falta nada! Não devemos tirar nada, pois aí tem tudo o que é de utilidade e importante na minha saúde, na minha história. Não tem que tirar nada daí, não! (u.V).*

Não seria melhor perguntar logo qual a minha religião? (u.L).

O tamanho da agenda não incomoda não, mas gostaria que ela fosse menor. Ficaria melhor para carregar, porque a gente fica: dobra, desdobra ...E acaba amassando e até rasgando. Se ela fosse menor um pouquinho ficaria mais fácil para carregar na bolsa, mesmo que fique mais volumosa, ficaria melhor. Por exemplo do tamanho de um caderno, [...] com capinha de plástico. (u.R).

Tem que ser escrita mesmo, não tem como a gente ter as informações de outro jeito. Já tem os desenhinhos pra ajudar! (u.R).

Acho até que precisava existir alguma explicação para eles (trabalhadores) sobre ela. Assim ia ficar mais fácil para nós. (u.ML).

Não pode ter uns desenhinhos, não?(u.B 8)

As sugestões de modificação da Agenda, feitas pelos usuários foram consideradas, levando-nos a: a) modificar a capa; b) acrescentar uma contra capa com informações básicas sobre sua operacionalização; c) adicionar desenhos simbolizando os tópicos inclusos na agenda; facilitando sua localização pelo usuário; d) melhorar a redação de alguns tópicos que estavam confusos para o usuário, como a criação de animais domésticos, a identificação da religião; e) retirar as terminologias técnicas; f) aumentar ou diminuir espaços para a escrita. Tivemos dificuldades de atender algumas das solicitações, pois a sobrecarga de serviços na gráfica da Universidade Federal de Mato Grosso e a limitação dos recursos financeiros inviabilizaram a confecção da capa de plástico e a modificação no tamanho da agenda. Acreditamos que outras sugestões de mudanças ocorrerão pois continuaremos a aplicar o modelo atual.

Todos os dados de avaliação foram coletados no transcorrer da PSC e colocados para apreciação dos usuários, quando reunidos. Somente em um desses momentos eles tiveram a oportunidade de avaliar o nome da agenda de saúde. Não se sentiram familiarizados com o nome, mas encontraram dificuldades na escolha de um outro.

Nós aqui nunca tivemos agenda como vocês professores de universidade. Eu nunca tive uma agenda, vocês já tiveram? (perguntou se dirigindo aos demais usuários) ... Não? Viu!. Por isso é difícil a gente falar agenda e acabamos falando cartilha, apostila, prontuário. Porque não temos costume de falar agenda ... Mas por outro lado, eu acho que não devemos mudar de nome não. Por exemplo, se for prontuário e a gente for no hospital e pedir para ele escrever no prontuário, eles não vão saber se é esse ou do hospital. [...] esse nome tá bom. O que eu falo é que não estamos familiarizados com ele devido ao costume que nós não tem. (u.MP).

Uma das primeiras usuárias envolvidas no estudo que possuía o protótipo do modelo atual de agenda – ele havia sido feito para a implementação inicial do estudo e posterior avaliação pelos usuários– se expressou não apenas aprovando as modificações posteriores mas, também, desejando dispor do “novo” modelo.

Este nome de “agenda” é bem melhor. O meu é aquele nome comprido: Instrumento de informação de não sei o quê, e não tem desenhos. Eu quero uma dessas que tem desenho. [...] eu passo tudo a limpo, uai! (u.ML).

Os usuários cobraram o conhecimento prévio da Agenda por parte dos trabalhadores de saúde. Achavam que eles já deveriam saber operacionalizá-la.

Os funcionários do postinho deveriam saber já escrever no prontuário, porque eu acho muito cansativo ter que ficar explicando desde o b a bá para todo mundo. (u.G).

Não tendo outras sugestões para a melhoria da prática compartilhada, eles apenas pediram a ampliação de sua aplicação, ou seja, que ela abrangesse a comunidade local.

Eu só acho que todas as pessoas do bairro poderiam participar deste plano. Fora isso eu não sei o que pode ser melhorado (u.G).

3.4 Sugerindo mudanças para a Comunidade

Os usuários também sugeriram algumas mudanças em sua comunidade. Por exemplo, planejaram mudanças nas linhas de ônibus do bairro e viabilizaram estratégias de reivindicação sem terem que “brigar”.

O ônibus poderia descer até lá em baixo. A gente pede, algumas pessoas já pediram, mas não adiantou. Outros preferiram continuar andando carregando velhos e crianças até o ponto daqui. Eu acho que ali tem muita gente que pode lutar. Não precisa brigar e nem quebrar ônibus. É só conversar, dialogar juntos com o representante do bairro, com a empresa de ônibus que a gente consegue. (usR)

Uma outra sugestão foi a da criação de uma “horta comunitária de ervas medicinais”, que deveria ficar sob a responsabilidade de agrônomos, farmacêuticos, etc; associada ao pedido de que sejam consideradas, pelos médicos, suas condições sócio-econômicas.

Se as autoridades e as pessoas que entendessem de saúde estivessem realmente interessados em ajudar os pobres, não ficavam pedindo e exigindo que a gente comprasse os remédios caros que a gente nem tem condições. Porque aqui no postinho nunca tem nada. E nem ficava brigando com a gente porque deu chá caseiro. Iriam ... incentivar e ensinar a gente a utilizar esses chá, porque é isso que podemos fazer [...]. Porque não podemos fazer uma horta? Horta não, uma plantação comunitária de ervas. E que tivesse uma pessoa responsável por elas e que entendesse delas, nós podemos construir juntos. Aí os médicos aprendem a prescrever e a gente vai lá buscar as plantas certas com orientações e tudo (u.MJ).

... nós podemos ter aqui uma horta comunitária de plantas medicinais, com alguém que entendesse deles e um farmacêutico. Porque assim os médicos podem passar as ervas para nós e saber também o que ele pode passar. Porque se ele não saber ele aprende com os entendidos de lá. Porque assim nós podemos ter o tratamento do começo ao fim e não vamos precisar ter o dinheiro para comprar (u.MP).

Para eles implementar hortas comunitárias em terrenos da prefeitura, que possam ser organizadas e mantidas por moradores da comunidade, recebendo sementes e assistência técnica da prefeitura, não é um sonho impossível. Existem programas de saúde, ligados principalmente às pastorais da saúde, que se preocupam com a cura de doenças valorizando o saber popular, incentivando o conhecimento e o uso de plantas medicinais. A fitoterapia tem despertado o interesse dos usuários, exatamente por ser uma opção mais barata. Eles aconselham que as receitas sejam feitas não só por pessoas entendidas, mas também por médicos da rede pública de saúde.

Sabemos pelo Súmula – Radis¹¹, que a Central de medicamentos - CEME planejou estabelecer uma espécie de guia com plantas medicinais estudadas em seis universidades,

¹¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Central de Medicamentos - CEME. **Súmula – Radis**, n. 63, abr., 1997.

informando quanto à eficácia terapêutica, dosagens recomendadas e efeitos adversos. Ele informa, também, que o cultivo e distribuição de ervas à população já é prática em centros de saúde de diversas cidades brasileiras. O ambulatório do Hospital Regional de Planaltina (cidade satélite de Brasília), por exemplo, atendeu no ano passado 17 mil usuários com ervas cultivadas na própria unidade, usando a fitoterapia como recurso adicional do tratamento. É disso que estamos precisando aqui!

4. TENDO EXPECTATIVAS

4.1 Em relação ao SUS e à UBS

As expectativas de que haverá mudanças no sistema público de saúde são enormes. Esperam que haja atendimento de qualidade, que valorize o ser humano/cidadão.

Espero que mude esta situação de mal atendimento (u.G).

Para isso contam com a possível ajuda de profissionais e trabalhadores de saúde, no sentido de orientá-los para que sejam agentes de mudanças.

... espero que aqueles que têm mais conhecimento nos ajudem a conhecer as coisas. E ensine a gente conseguir mudar as coisas (u.Lu)

... a gente conta com pessoas como você para nos ajudar a entender as coisas e a lutar por elas para ver se muda (u.R.)

Por isso precisamos mais dessas reuniões que tivemos hoje. Para poder aprender a lutar pelos nossos interesses e a melhorar a assistência de saúde e a nossa vida. Eu espero que tenha sempre. (u.Lu).

Neste sentido, nosso papel de educador como mobilizador e facilitador pode favorecer a construção do ser humano-cidadão-agente de mudanças.

4.2 Em relação à Prática de Saúde Compartilhada – PSC

Os usuários desenvolveram expectativas de melhor qualidade de assistência à saúde e continuidade da PSC, utilizando-se do instrumento de informação - a Agenda.

Hoje a minha vida é outra pois sei que vou ser bem atendida. Está resolvendo muito, muito mesmo! [...] Se eu não trabalhar mais com isso ... aí fica feio. Deus não vai deixar isso acontecer de jeito nenhum, principalmente porque tem muita gente precisando dele (u.G).

Eles sentem necessidade da continuidade da PSC e relacionaram o bom atendimento com a posse da Agenda.

Se você tirar estes papéis de nós, aí fica feio. Nós não vamos ser mais bem atendida(u.A).

Os usuários assimilaram o princípio da integralidade da assistência. Para eles o atendimento integral é um dos motivos para a necessidade da continuidade da PSC.

... tem que continuar com este trabalho. É um trabalho desses que estamos precisando aqui. Tem muita gente precisando desse tipo de atendimento integrado (u.CL).

Dentro da PSC, um dos fatos que trouxe satisfação ao usuário foi a aprendizagem, porque eles consideraram o conhecimento como algo necessário ao controle do seu processo saúde-doença e ao desenvolvimento da cidadania, por isso pretendem continuar aprendendo.

... estou aprendendo e gostaria de aprender mais! (u.C6).

Apesar das dificuldades decorrentes do analfabetismo, os usuários pretendem manter a Agenda.

Eu quero continuar com a agenda. Eu dou um jeito para entender o que está escrito, mas não tire a agenda de nós. Ela tem que continuar (u.A).

Os usuários manifestaram o desejo de que houvesse continuidade da PSC, com o uso da Agenda, pois acreditavam que ela ajudaria os usuários do SUS, no entendimento de seu processo saúde-doença, e os instrumentalizaria para a luta rumo à conquista de seus inalienáveis direitos.

4.3 Em relação ao seu processo saúde – doença

Considerando as afirmações anteriores, eles se manifestaram tendo a expectativa de reverter a situação de pobreza e de melhorar suas condições de vida e de saúde.

Temos que entender a nossa situação de pobreza, como vivemos, os nossos problemas, como melhorar tudo isso (u.Lu).

... e saúde eu vou ter mais ainda. (u.Au).

Ao mesmo tempo, perceberam que a PSC provocou mudanças em suas vidas e em expectativas.

Hoje a minha vida é outra (uV)

Atender às expectativas do usuário torna-se um desafio para nós enfermeiras, enquanto trabalhadores de saúde. Para isto, precisamos sair da passividade, omissão, descompromisso, subserviência, adoção de condutas paternalista e exercer uma prática de enfermagem que seja social e ética, permitindo mobilidade e possibilidade de transformação, tanto do meio interno da profissão, quanto nas relações que a profissional estabelece cotidianamente com os usuários.

Nós, enfermeiras, quando vivenciamos de forma crítica nossa realidade profissional dentro do SUS, não podemos deixar de nos comprometer com a superação dessa situação de exclusão, opressão e sofrimento. Este compromisso se exterioriza na adoção de uma permanente ação educativa libertadora dentro do próprio ato de cuidar do outro. Neste sentido Freire (1987, p. 15) afirma que:

O compromisso é uma dívida que assumimos ao nos tomar profissionais: dívidas como homens, pela solidariedade com os outros homens e como profissionais, pelo ser mais dos outros homens. Por isso o compromisso

do homem profissional implica num conhecimento da realidade porque não pode ser um ato passivo, mas práxis.

Como ele, acreditamos que não existe neutralidade frente ao mundo, ao histórico e aos valores vigentes. Invocar a proteção da neutralidade profissional diante dessa realidade, refletirá apenas o pavor de revelar nosso real compromisso. Um profissional comprometido com a transformação torna-se referência para o usuário na atenção a sua saúde. Yoshioca (1996), em seu estudo com enfermeiras que realizavam a consulta de enfermagem, cuja abordagem era a integralidade do ser mulher, descobriu que elas eram reconhecidas como elemento de referência na unidade, devido seu comprometimento profissional, que além de atender às necessidades da clientela a instrumentalizava e a estimulava a exigir seus direitos. Portanto, não se limitavam à questão micro do corpo, envolveram-se com questões macro, sócio-político-econômicas, que as obrigavam a lutar pela manutenção e oferta de assistência em suas UBS.

A enfermeira entende que para os outros ela é o elemento de referência ... procura resolver tudo [...] uma das conseqüências decorrentes do esforço dispendido ... na resolução de problemas ... todos ... a procuram para tomar providências [...] se depender de seu esforço pessoal a assistência não será interrompida. (Yoshioca, 1986, p. 83)

...eu gosto de procurar a enfermeira porque ela sabe cuidar das pessoas, resolve logo as coisas, não fica enrolando, ela é...(u..MCI).

O que os usuários desejam encontrar na enfermeira, vai muito além das questões da ética no trato social, como a educação, dar atenção, ter paciência e boas intenções. Eles têm uma visão ampla de que o conhecimento é o instrumento que os habilitará a serem sujeitos de sua própria história, e que dela devem participar ativamente para se constituírem em cidadãos.

VI. FAZENDO AS REFLEXÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando as questões iniciais.

Este estudo pretendia trazer algumas respostas às nossas interrogações iniciais quanto às possibilidades de transformação do processo de trabalho de enfermagem enquanto espaço ético e legítimo de construção da cidadania; a contribuição desta prática de saúde compartilhada para esta construção; e o vivenciar do usuário do SUS neste processo.

As expressões dos usuários nos permitem dizer que a PSC é possível e necessária. Revelou-se, no seu desenvolvimento, uma atividade viável e envolvente. O segredo está em que pressupomos uma postura que busca a aproximação das pessoas e melhora de suas relações, através de um sentimento real de igualdade do mesmo em um mundo cheio de adversidade.

Naquela UBS, através do nosso vivenciar, percebemos que a carência de cuidados dos adultos era premente, e as pequenas mudanças realizadas na PSC representaram alívio de muitas de suas dores, o que contribuiu para a aceitação desta prática e expectativas de melhorias no processo de cuidado em saúde.

O desenvolvimento desta prática se deu de forma e envolvimento diferenciado para cada usuário, pois cada um deles tem características próprias, valores, conhecimentos, habilidades e nível de consciência diferente. Sabemos que o processo educativo é lento, a instrumentalização do usuário e da própria enfermeira pode demorar, mas as pequenas e importantes mudanças nos estimularam a ser mais perseverantes e otimistas.

A PSC – O vivenciado

Entendemos que a prática de enfermagem é um exercício e, ao mesmo tempo, pode-se ter meios para a construção da cidadania, que tem no assistir e no educar uma possibilidade de transformação. Estas ações, executadas de forma compartilhada e sob a ótica da emancipação e do desenvolvimento, aliadas à instrumento de informação – a Agenda de Saúde, favoreceu a co-participação e a co-responsabilidade do usuário no seu processo saúde-doença.

a PSC não apenas desejou a ampliação das possibilidades de acesso aos direitos à saúde dos cidadãos, apontou também caminhos possíveis à educação em saúde e à autonomia dos usuários, bem como das profissionais enfermeiras e, principalmente, as mudanças de suas ações em saúde.

Buscamos novos caminhos que superassem a compreensão da “assistência” de saúde tradicional, indo para além da simples transferência de informações e prestação de

cuidados. Procuramos utilizar estratégias que possibilitassem ao usuário a descoberta e a conquista de espaços, como sujeitos do seu processo saúde-doença, e a tomada de decisões sobre as ações de saúde; mediante a socialização do saber e da sensibilidade no nosso convívio, procurando estimular no usuário a co-participação e a co-responsabilidade no seu processo saúde-doença. Neste processo, ele sozinho ou em sua comunidade, buscou o seu direito à saúde e à cidadania.

Consideramos que a conquista de melhorias no cuidado em saúde requer luta individual, coletiva e permanente. Coletiva porque precisa agir sobre causas que atingem a todos, e permanente porque não é um bem a ser adquirido definitivamente, mas sim o resultado de lutas diárias contra a adversidades de todas as naturezas. É individual por ser um processo que exige co-responsabilidade e co-participação em busca do atendimento das necessidades, que dizem respeito à saúde do ser, bem como ao cuidado de si.

A instrumentalização rumo às melhores condições de assistência à saúde é uma possibilidade da PSC, que envolve tanto a enfermeira quanto o usuário.

Considerávamos este trabalho prático, portanto despretensioso em sua teorização. Preocupávamos em , sua execução, responder às indagações e alcançar os objetivos.

Nunca pensamos que, ao desenvolver este estudo, ele fosse mexer tanto conosco. Escrever sobre nós, ou seja contar um pedaço de história pelos quais os usuários e as enfermeiras, inseridos em um determinado contexto, tornam-se sujeitos. Não esperávamos que ao buscar o significado desta vivência, em um processo educativo de participação e mudanças, tivéssemos que, junto com os usuários, refletir com tanta freqüência e demasiada intensidade sobre a nossa condição de sermos sujeito e de tornarmo-nos sujeito. Refletimos sobre o que somos, de que jeito somos, como interagimos com o nosso meio, como convivemos com as nossas crenças, medos e preconceitos, como percebemos o nosso potencial para mudanças e assim colocar em prática a nova capacidade de observação, análise e julgamento.

Quando começamos a identificar os determinantes de saúde, foi necessário conhecermos, nesta realidade, os mecanismos produtores da pobreza e os caminhos que seriam possíveis percorrer para a melhoria da condição humana, no processo de saúde-doença. O processo educativo com socialização do saber; a interação e o exercício da cidadania juntos, e os outros instrumentos da nossa prática - a consulta de enfermagem, a Agenda de saúde, e as vivências coletivas, ajudaram a aguçar a nossa percepção do outro e de nós mesmas, e favoreceram a capacidade de análise crítica, possibilitando ficarmos indignados frente às situações e procurarmos os caminhos possíveis.

Esta prática foi emergindo e a sua continuidade permitiu a consolidação dos objetivos propostos.

Foi necessário organizar as ações de saúde em algo concreto capaz de ser visualizado, controlado e avaliado pelo próprio usuário; isso justifica a existência e a socialização de um método de trabalho, mostrando as estratégias e as formas de sua operacionalização (impressas na própria Agenda). Podemos dizer que o uso do método aparece como forma de justificar o controle das ações e das práticas de saúde (Leopardi, 1995) pelo próprio usuário, conjuntamente com o profissional de saúde. Apesar desta prática ser centralizada no sujeito/usuário, foi necessário a presença de um profissional da área de saúde como gerenciador deste processo, sendo que a enfermeira foi a exigida e solicitada, por ser considerada como uma profissional qualificada que assumiu o seu papel junto ao usuário. Ela reunifica para o usuário as disciplinas fragmentadas, instituindo uma unidade às diversas ações que se desenvolvem para a manutenção e o controle de sua saúde (Leopardi, 1995).

O que aprendemos neste caminhar

Vislumbramos a necessidade de mudança de pensamentos, percepções e valores que formamos em nossa relação com a realidade, para que sejamos capazes de observar, refletir, interagir de forma dialógica e, num processo participativo, propor e agir. Contribuindo dessa forma, efetivamente para mudanças necessárias na direção de se ter saúde, entendida como o “máximo desenvolvimento das potencialidades do homem, de acordo com o grau de avanço obtido pela sociedade em um período histórico determinado” (Nunes, 1988).

Ainda, evidenciamos uma concepção de saúde e doença espelhada no modelo biomédico, permeando nossas ações e a compreensão do usuário, destoando do descrito no referencial proposto. Conseguimos, de forma mais globalizada, ampliar a concepção de saúde e doença, articulando saúde com condições de vida, concebendo-a como uma relação do ser humano com o seu meio, muito próxima da adotada na VIII Conferência Nacional de Saúde e da concepção de Herzlich¹²(1969). Inicialmente, em diversas ocasiões, nos voltamos ao atendimento de necessidades da “máquina corporal”, sentidas e priorizadas pelos usuários em suas concepções e anseios por condutas visando atendimento e também priorizadas por nós, devido às necessidades de cuidado curativo, neste sentido não negamos sua importância.

A forma como os dados foram apresentados, nas fases da metodologia e os nossos registros contidos no Instrumento de Informação - Agenda de Saúde, ainda indicam uma forma cartesiana de se pensar o ser humano. Porém, esse proceder se dá por sua forma

¹² Para quem a saúde constitui um modo de relação do homem com seu meio, onde intervêm fatores humanos, condições ecológicas e estruturas sociais.

metodológica e, principalmente, didática de apresentação, e por nosso condicionamento no método de condução do trabalho.

No processo de operacionalização da PSC podemos dizer que:

- apresentou espaços propícios para que os sujeitos, enfermeira e o usuário, realizassem o exercício na busca do desenvolvimento da consciência crítica e da cidadania;
- possibilitou maior aproximação com a realidade concreta vivenciada pelos sujeitos, permitindo melhor conhecimento sobre ela;
- foi um momento de mudanças, fizemos e refizemos os nossos conceitos, percepções e posturas, no momento ou após as próprias experiências vividas;
- garantiu o respeito à integralidade do usuário;
- permitiu a co-participação do usuário, pois favoreceu as suas expressões e a liberdade de suas escolhas. Co-participando na identificação e monitoramento das suas necessidades individuais, no planejamento e execução do seu cuidado em saúde, o usuário buscou conhecer os determinantes de saúde-doença, o que lhe possibilitou a segurança na determinação de suas ações e reivindicações.
- proporcionou aproximação do usuário aos problemas e necessidades locais de saúde; o usuário se colocou com intenção de participar compromissadamente do seu cuidado em saúde e do cotidiano dessa UBS que o assiste. Conheceram melhor a UBS local, o SUS, os serviços prestados e seus trabalhadores; em particular a profissional enfermeira - sua prática e seus instrumentos valorizando suas ações;
- ampliou os espaços para discussões entre os usuários e outros sujeitos da comunidade; de temas que os afligiam como os relacionados a "ser sujeitos", à comunidade, ao SUS, e UBS às práticas de saúde, às questões sociais, econômicas e políticas. Sentiram a necessidade de se organizarem em grupos e traçarem objetivos comuns de interesse coletivos;
- possibilitou o conhecimento de percepções, conceitos e expectativas dos usuários através das vivências coletivas, favorecendo a concretização de um processo assistencial pautado na participação dos usuários na elaboração democrática de práticas de saúde adequadas às suas necessidades;
- centralizou o registro de informações sobre o processo saúde-doença do usuário, bem como a posse e guarda por ele próprio, favorecendo a socialização das informações e do saber, a continuidade na execução do plano de ações para a saúde e a agilização no atendimento;
- descentralizou e flexibilizou a coleta de dados, que foram levantados pelo usuário e a enfermeira, conforme a necessidade, e por alguns outros profissionais de saúde que participaram no processo.

> ofereceu possibilidade de acesso e interligação das informações com outras unidades de saúde, além do acesso facilitado aos profissionais e serviços, devido à referência e contra referência;

> a Agenda foi percebida como fonte de informação; local de registro de dados, que são necessários ao controle do processo saúde-doença; e instrumento facilitador da aprendizagem.

Os princípios éticos contidos na PSC podem ser apresentados resumidamente quando:

> favoreceu ao usuário e enfermeira serem sujeitos desta prática de saúde, através do ser participante e ser responsável que exige melhor cuidado em saúde;

> favoreceu a democratização do Saber e a melhoria do sistema de informações referente ao cuidado em saúde;

> possibilitou ampliar a visão do ser humano, do seu processo saúde-doença e seus determinantes;

> possibilitou diminuir o distanciamento do usuário na relação com os trabalhadores de saúde, devido a forma de comunicação dialógica;

> possibilitou, quando se buscava a condição de ser cidadão, o desenvolvimento de uma postura profissional mais crítica, autônoma, responsável e menos subserviente e paternalista;

> explicitou que a relação sujeito-trabalhador da área de saúde e sujeito-usuário precisa ser modificada;

> desnudou a realidade trágica dos serviços de saúde

Prosseguindo neste caminho para o futuro

Para tanto é necessário:

> considerar a práxis que vai dirigir a relação entre serviços de saúde e a população à qual estão vinculadas; deve estar sempre caracterizada por preocupações pela humanização, ética e equidiversidade, e, também, pelas suas respostas às necessidades individuais e coletivas (Farias, 1996;61);

> haver uma prática educativa em saúde, entendida como um processo de intervenção social de cunho libertador e não domesticador, o que implica numa fundamentação e postura suficientemente capazes de conduzir o homem a apropriar-se cada vez mais de seu próprio destino (Prado, 1993);

> desenvolver um trabalho cooperativo do tipo interdisciplinar, com vistas à transdisciplinariedade, que rompa com a visão fragmentada da especialização, na qual o conhecimento sobrepõe a submissão ao poder hierárquico imposto (Pires, 1996);

> a participação efetiva e dinâmica dos usuários na gestão do SUS, visualizada como um processo contínuo de luta. É necessário que os usuários reflitam sobre o atendimento do SUS, vendo sua resolutividade e qualidade, tendo como objetivo garantir uma atenção humanística.

> haver um processo de reflexão crítica acerca dos problemas que afetam os sujeitos envolvidos e as situações de saúde. Nenhuma mudança em saúde poderá ser feita se não terminarmos com a alienação dos usuários da comunidade e dos profissionais de saúde (Prado, 1993);

> promover vivências individuais e coletivas, de forma compartilhada, que incorporam questões básicas de saúde e cidadania, identificadas na interrelação trabalhador de saúde e usuário;

> haver interesse da academia em participar junto com os usuários do Serviço Público de Saúde no desenvolvimento de práticas de saúde individuais e/ou coletivas comprometida com o desenvolvimento e a transformação da realidade.

O acompanhamento e a avaliação quali-quantitativa desta PSC .

A nós profissionais de saúde, enfermeiras, educadores e cidadãos, caberia:

> ter compromisso profissional com base em uma "consciência ético-político-ideológica, além de uma formação técnica de alto nível" (Faria, 1996, p. 61);

> acabar com os nossos preconceitos e temores e, não relevar a condição da idade, grau de instrução e humildade dos usuários, pois são capazes de produzir conhecimento, de organizar e sistematizar pensamentos sobre a sociedade e, dessa forma, fazer uma interpretação que contribui para a avaliação que nós fazemos da mesma sociedade. O usuário é um ser de relações que mesmo idoso, analfabeto e humilde, se instrumentalizado, é capaz de tomar decisões e modificar sua realidade.

> não limitar apenas ao conhecimento do que existe, mas considerar o usuário como sujeito e instrumento de mudanças sociais, estimulando-o para que ele defina e discuta as ações do seu processo saúde-doença, correlacionando-as com a sua realidade.

> estar melhor preparados para uma situação dialógica; acreditar na nossa capacidade de como profissionais enfermeiros de modificar a realidade; e, em exercício profissional, refletir também sobre uma nova concepção de Enfermagem como prática social construída dialeticamente com o ser humano, individualmente e em coletividade

> facilitar o acesso dos membros das comunidades, as informações que lhe permitam aprofundar a sua visão científica da realidade em que vivem, integrando a questão de saúde a todos os outros aspectos dessa realidade;

> estimular as formas de organização e participação;

> colaborar na elaboração da reivindicação e no encaminhamento, toda vez que os usuários escolherem alguma forma justa de luta;

> socializar as informações e os conhecimentos, permitindo que as pessoas tenham acesso às informações necessárias para a conquista de direitos de cidadania. Melhor informadas, as pessoas estarão mais instrumentalizadas para defender seus direitos e determinar ações.

Temos que ter melhor compreensão coletiva sobre qual cidadania e participação, estamos falando. Não queremos que a palavra cidadania seja usada como palavra chave para encobrir as desigualdades sociais do modelo político neoliberal. Como diz Faria (1996, p.48), cidadania, deve ser uma questão crucial para a ruptura dos processos de dominação e exploração. Por isso devemos lutar por um modelo de saúde dialógico, ético e justo.

Nossas crenças e expectativas

Acreditamos que esta prática interessará a todos os profissionais de saúde, docentes de enfermagem dos diversos níveis, e, toda e qualquer enfermeira interessada em considerar o outro na sua integralidade, onde possam desenvolver habilidades, estratégias e instrumentos para que sejam capazes de ter uma existência de qualidade através do descobrimento de suas próprias possibilidades.

Que haja um momento de apreciação e avaliação desta prática junto a outros profissionais e trabalhadores. Uma sugestão é que esta prática se estruture no grupo familiar e não no indivíduo isolado; outra é que a agenda familiar seja construída com os trabalhadores de saúde e usuários. Não acreditamos que teremos dificuldades na implantação da agenda familiar devido o fato do usuário já saber socializar, com os membros da sua família, a agenda individual

Que haja empenho dos profissionais, trabalhadores e gerenciadores do SUS para atenderem as sugestões dadas pelos usuários, a cerca de ações que modificam a rotina administrativa de atendimento.

É de se esperar que na complementação deste estudo, que se insere dentro de uma proposta de trabalho mais abrangente, surjam mudanças conceituais resultantes da contínua e dinâmica comparação entre a ação social e seu referencial teórico e, também, novas orientações para ações e estratégias educativas e assistenciais; objetivando a participação e a responsabilidade do usuário na transformação de sua realidade.

A tomada de consciência de ser a saúde um direito do cidadão e um dever do Estado, impregnada pelas experiências do compartilhamento, e do sentimento das necessidades de praticarmos ações de controle social é um processo que começou e que deverá continuar o seu curso.

Achamos, porém, que a implementação desta prática não será suficiente se não promovermos os meios necessários para a circulação dessas idéias. O que se deseja é que

a categoria, conhecendo esta dinâmica de trabalho, desencadeie um processo de discussão, análise, sugestões e questionamentos para que lá possa gerar novas formas de elaboração e implementação. Acreditamos que esta prática não acaba aqui, mas começa a nossa responsabilidade de ampliá-la em toda a rede municipal, envolvendo todos os profissionais e trabalhadores de saúde

A efetivação ou não desta PSC vai depender de sermos ou não capazes de realizar tais mudanças .

Concluindo, reafirmamos nossa crença na possibilidade de prestar uma assistência de enfermagem permeada, de forma permanente e consciente, por práticas participativas, dialógicas e de socialização da informação, que se constituam em exercícios de aprendizagem da resistência ao poder e da liberdade.

A concretização desse projeto, felizmente pensado e em fase de viabilização por muitos, requer uma nova maneira de fazer Enfermagem, e, nesse contexto, a Prática de Saúde Compartilhada e a Agenda pode ser vista como uma ferramenta auxiliar importante na construção da autonomia, da participação, e do controle individual e social das ações de saúde. Concebido teórica e metodologicamente, segundo princípios coerentes com um projeto transformador, o instrumento tem sido utilizado nas diferentes situações do processo saúde-doença vivenciadas pelos usuários, e, na sua aplicação, tem permitido a socialização não só das informações de saúde, mas também da metodologia de ação adotada. Sua eficiência e utilidade, dependem, obviamente, da formação e opção política do trabalhador da saúde e do usuário.

Ao identificarmos a profissional enfermeira como a gerenciadora desta metodologia de assistência, não o fazemos de forma corporativista, nem tampouco visamos uma ampliação de nossas atribuições profissionais. Apenas reconhecemos seu dever ético e sua capacidade potencial de administrar o cuidado e de acompanhar e catalisar, técnica e politicamente, as necessidades de alianças entre a população em torno de projetos comuns, decorrentes de um processo de conscientização individual e coletivo.

Percebemos que o usuário compreendeu o significado e a importância deste compartilhamento e o uso da agenda de saúde na construção de novos saberes e práticas em saúde, as informações nele registradas e também as fases do método de assistência. Apesar disso, observamos que os usuários analfabetos compreenderam e localizaram-se na Agenda, de modo facilitada pela inclusão de figuras simbolizando os temas abordados em cada parte do instrumento, e deles se utilizaram para solicitar que trabalhadores de saúde e familiares registrassem informações de seu interesse.

Sabemos que a agenda, embora seja uma ferramenta valiosa, por si só, não tem o poder de colocar o usuário em condições de lançar "novos olhares" sobre sua realidade e se ver não como testemunha passiva, mas como personagem principal e, ao mesmo tempo,

autor de sua história. Paralelo ao trabalho de construção de um instrumento, planejado para ser mais que um "prontuário ou agenda ambulante", havia a socialização da informação e um esforço conjunto reflexivo e dialógico em torno de "necessidades reais geradoras", que conduzia para além da aprendizagem do autocuidado, a aprendizagem da participação, da responsabilidade e da cidadania.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA - ABRASCO. **Pelo direito universal á saúde**. In: Conferência Nacional de Saúde, 8., Rio de Janeiro, ABRASCO/PEC/ENSP, 1986.
- ANDREOLA, B. A. **Dinâmica de grupo** – Jogo da vida e didática do futuro. 12. ed. Petrópolis, Vozes, 1996.
- AZEVEDO, J. **O enfermeiro e o SUS – Cuiabá** – Suas percepções, expectativas e formas de inserção. Cuiabá, 1997. 146 p. Dissertação (Mestrado) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso.
- AZEVEDO J. O.; REZENDE, Z. C.; GOMES, M. M. F. **A situação da consulta de enfermagem no município de Cuiabá-Mt**. Cuiabá, UFMT/COREN–Mt, 1997. /Mimeografado/.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 1979.
- BERGAMANO, M. A. **A transação enfermeira (o) - cliente na consulta e/ou atendimento de enfermagem**: percebendo uma relação criativo-terápica. Florianópolis, 1994. 127 p. Dissertação (Mestrado) Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. Petrópolis, Vozes, 1985.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução a teoria e aos métodos. Trad: Maria J. Alvarez, Sara B. dos Santos e Telmo M. Batista. Porto, Porto Editora, 1994.
- BOFF, L. & BOFF, C. **Da libertação**: o sentido teológico das libertações sócio-históricas. 2. ed. Rio de Janeiro, Vozes. 1980.
- BONADIO, I. C. **“Ser tratada como gente”**. A vivência de mulheres atendidas no serviço de pré-natal de uma instituição filantrópica. São Paulo, 1996. 200 p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- BRANDÃO, C. R. (Org.) **Pesquisa participante**. 4. ed. São Paulo, Brasiliense, 1984.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Central de Medicamentos - CEME. Súmula - Radis, n. 63, abr., 1997.
- _____. Ministério de Saúde. Assessoria de Comunicação Social. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. 2. ed. Brasília, 1990.
- _____. **Constituição da República Federativa do Brasil - 1988**. Brasília, Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.
- Declaração Universal dos Direitos Humanos. 1988. <http://www.dhnet.org.br/direitos/deconut1/htm>

- CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente.** São Paulo, Cultrix, 1982.
- CHIORO, A.; SCAFF, A. **A implantação do Sistema Único de Saúde.** Santos, Faculdade de Ciências Médicas de Santos. <http://www.com.saúde.com.br/sus.htm>. 1996.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1996: **Anais.** Brasília, Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, Brasil (COFEN) **Código de ética dos profissionais de enfermagem.** Rio de Janeiro, COFEN, 1993.
- COVRE, M. L. **O que é cidadania.** 3. ed. São Paulo, Brasiliense, 1995.
- DANIEL, L. F. **A enfermagem planejada.** São Paulo, EPU, 1977.
- DEMO, P. **Participação é conquista.** São Paulo, Cortez/Autores Associados, 1988.
- DEMO, P. **Pobreza política.** São Paulo, Editora Autores Associados, 1996.
- DEMO, P. **Política social, educação e cidadania.** São Paulo, Papyrus. 1996 2. ed.
- FARIA, E. M. **Comunicação na saúde. Fim da assimetria...?** Florianópolis, 1996. 144 p. Tese (Doutorado). Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- FARIA, E. M. Comunicação e informação - Instrumento para transformação da prática dos serviços de saúde. **Rev. Texto e Contexto**, v. 4, n. 1, p. 47-59, jan./jun., 1995.
- FERNANDES, R. A .Q. **Processo de enfermagem e suas implicações na resolução dos problemas físicos de pacientes hospitalizados.** São Paulo, 1980. 73 p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- FERREIRA, S. L. **A mulher e os serviços públicos de saúde.** A análise do processo de trabalho em unidades básicas de Salvador - Ba. Ribeirão Preto, 1994. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa.** Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1992.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 20. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.
- _____. **Educação como prática de liberdade.** 20. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1991.
- _____. **Educação e mudança.** 21. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1997.
- FISCHER, D. **O direito de comunicar: expressão, informação e liberdade.** São Paulo, Brasiliense, 1984.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 7. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1988.
- GARRAFA V. **A dimensão ética da saúde pública.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 1995.

- GARRAFA, V. Desafios éticos na política de recursos frente a política de saúde. **Cadernos RH Saúde - UNB**, v. 1, n. 3, p. 9-18, 1994.
- GONZAGA, F. R. S. O processo educativo em saúde como prática assistencial: relato de experiência. **Rev. Texto e Contexto**, v. 1, n. 1, p. 116-135, jan./jun., 1992.
- GONZAGA, A. Â. **Educação popular em saúde: do permitido monólogo da doença às ações coletivas dialógicas em saúde**. Florianópolis, 1994. 87p. Dissertação (Mestrado) Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- GRAMSCI, A. **Os intelectuais e a organização da cultura**. 7. ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1988.
- HEIDEMANN, I. T. S. B. **Participação popular na busca de uma melhor qualidade de vida: uma alternativa**. Florianópolis, 1994. 158 p. Dissertação (Mestrado) Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- HERZLICH, C. **Santé et maladie, Analyse d'une représentation sociale**. Paris, École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1969.
- HORTA, W. de A. **Processo de enfermagem**. São Paulo, EPU, 1979.
- KALS, S. V; COOB, S. The Health Belief Model and behavior, illness behavior and sick role behavior. **Arch Environmental health Chicago** v.12 p 531-454, abr 1966.
- L' ABBATE, S. O direito à saúde: da reivindicação à realização. Projeto de política de saúde de Campinas. In. SPINOLA, A. W. de P. **Pesquisa social em saúde**. São Paulo, Cortez, 1992.
- L'ABBATÉ, S. Educação em Saúde: uma nova abordagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.481-490, Oct/Dez, 1994.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos da metodologia científica**. 2. ed. São Paulo, Atlas, 1990.
- LEBRUN, G. **O que é poder**. 4. ed. São Paulo, Brasiliense, 1994.
- LEOPARDI, M. T. **Método de assistência de enfermagem: análise de utilização do instrumento no processo de trabalho**. Ribeirão Preto, 1991. 178 p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- _____. O método como objetivação científica na assistência de enfermagem. **Rev. Texto e Contexto**, v. 4, n. 1. p 9-18, jan./jun., 1995.
- LEOPARDI, M. T. et al. A prática de enfermagem para a construção da cidadania. **Rev. Texto & Contexto**, v. 1, n. 1, p. 33-52, jan./jun., 1992.
- LUNARDI, V. L. **Do poder pastoral ao cuidado de si: a governabilidade na enfermagem**. Florianópolis, 1997. 279 p. Tese (Doutorado em filosofia) Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- _____. Responsabilidade profissional da enfermeira. **Rev. Texto & Contexto**, v. 3, n. 2, p. 47-57, jul./dez., 1994.

- LUCKÉSI, M. A. V. et. al. Aplicação do processo de enfermagem no hospital Ana Nery. **Rev. Bras. Enf.**, v. 31, n. 2, p.141-156, abr./jun., 1978.
- MADEIRA, L. M. Pesquisa participante: metodologia pedagógica alternativa para enfermeiros. **Rev. Bras. de Enf.**, v. 40, n. 1, jan./mar., 1987.
- MARTIN, L. M. Saúde e bioética: a arte de acolher e conquistar o bem estar. **O Mundo da Saúde**, v. 20, n. 10, p. 12 1996.
- MATO GROSSO. Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá. **Municipalização**, jun., 1988.
- MATO GROSSO. Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde de Cuiabá. **Modelo assistencial de saúde do município de Cuiabá**. s/l, 1998.
- MATO GROSSO. Secretaria Estadual de Saúde. **Política de saúde em Mato Grosso: diretrizes, estratégias e projetos prioritários**. Cuiabá, 1995.
- MATOS, O. C. F. Das formas modernas do atraso. Folha de São Paulo, 27 de set, 1998.
- MATOS, M. S. **Assistência à saúde da mulher em uma unidade da rede básica de saúde do município de Fortaleza - CE**. Ribeirão Preto, 1994. 194p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- MENDES, E. V. (org.). **Distrito Sanitário**, o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2. ed. São Paulo, Hucitec, 1994.
- MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo, Hucitec, 1996.
- MERTON, R. K.; FISK, M.; KENDALL, P.L. **The focused interview**. Glencoe IL, Free Press, 1956.
- MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo - Rio de Janeiro, Hucitec - Abrasco, 1992. (a)
- _____ (org.). **A saúde em estado de choque**. 3. ed. Rio de Janeiro, Espaço e Tempo, 1992. (b)
- _____ (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, 1994.
- MORAES, M. A. M. **O legado histórico das mulheres provedoras de cuidados**. São Paulo, 1998. 193 p. Dissertação (Mestrado) Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo.
- MÜLLER NETO, J. S. Saúde ganha novos rumos em Mato Grosso. **Mato Grosso**, n. 17, p. 30-35, mar., 1997.
- NASCIMENTO, G. O Sr. Alves e o dia dos direitos humanos. **Rev. Isto é**, n.1524, p.40 dez. 1998.
- NOGUEIRA, O. **Pesquisa Social: introdução às suas técnicas**. 8. ed. São Paulo; Nacional, 1977.

- NUNES, E. D. **Pensamento social em saúde na América Latina**. Brasília, OPAS, 1988.
- OLIVEIRA, A. G. R.; SOUZA, E. C. F. **A Saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial** e-mail:
- ORNELLAS, C. P. Cidadania e direitos sociais. **Rev. Enf. UERJ**, v. 3, n. 2, p. 184-188, 1995.
- PAIM, L. **Problemas, prescrições e planos**. Brasília, ABEn, 1978. (Cadernos Científicos, n.1)
- PAIM, R. **Metodologia científica em enfermagem**. Rio de Janeiro, Espaço e Tempo, 1982.
- PATRÍCIO, Z. M. Promovendo a cidadania através do conceito cuidado. **Rev. Texto & Contexto**, v. 1, n. 1, p. 89-106, jan./jun., 1992.
- PAVAN, C. Poder, ciência, cultura e sociedade. In; CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 47, Goiânia, 1995. **Anais**. ABEN - Seção GO, 1995. p. 29-36.
- PIRES, D. **Processo de trabalho em saúde no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho: estudo em instituições escolhidas**. Campinas, 1996. Tese (Doutorado) Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas.
- PRADO, M. L. Comportamento preventivo em saúde: para além da teorização. **Rev. Bras. Enf.**, v. 46, n. 2, p. 156-166, abr./jun., 1993.
- QUEIROZ, V. M.; EGRY, E. Y. Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva, fundamentadas no materialismo histórico e dialético. **Rev. Bras. de Enf.**, v. 41, n. 1, p. 26-33, jan./mar., 1988.
- RAMOS, F. R. S.; MARTINS, C. R. Ética e cotidiano: uma motivação para o debate em saúde. **Rev. Texto e Contexto**, v. 4, n. 2, p. 60-72, jul./dez., 1995.
- RAMOS, F. R. S. O processo de trabalho de educação em saúde. 1998. /Mimeografado/.
- SAUPE, R. Formação do enfermeiro cidadão crítico_– entendimento dos docentes de enfermagem. **Rev. Texto & Contexto**, v. 1, n. p.7, jan./jun., 1992.
- SCHMID, W. Foucault, Michel: da ética como estética da existência. **Rev. Texto e contexto**, v. 4, n. 2, p. 93-102, jul./dez., 1995.
- SILVA, A. L. Céu e inferno: metáforas no processo do cuidado entre os cuidadores . In NEVES, A.; GONÇALVES, L. H. T. (Org). **A enfermagem e a arte de cuidar**. Florianópolis, UFSC, 1999. p. 247-265
- SILVA, M. A. **A enfermagem e o Sistema Único de Saúde: o vivido e o representado, um estudo de caso**. Rio de Janeiro, 1994. 140 p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade do Rio de Janeiro.
- SILVA, M. E. K. da . **Educação em saúde na assistência de enfermagem: um estudo de caso em unidade básica de saúde**. Florianópolis, 1992. Dissertação (Mestrado) Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

- SILVA, M. E.; GONZAGA, F. R. S.; VERDI, M. M. Marco conceitual para a prática assistencial de enfermagem enquanto processo educativo em saúde. **Rev. Bras. Enf.**, v. 45, n. 1, p. 54-59, jan./marc., 1992.
- SILVA, M. E.; GONZAGA, F. R. S.; PENNA, C. M. Enfermagem e cidadania: reflexões acerca das políticas sociais. **Rev. Texto e Contexto**, v. 1, n.1, p. 74-88, jan./jun., 1992.
- SOUZA, M. L. Desenvolvimento de comunidade e participação. São Paulo, Cortez, 1987. cap. 2, p. 21-117.
- VALLA, V. V. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. **Rev. Educação e Realidade**, v. 21, n. 2, p. 177-190, jul./dez., 1996.
- VALLA, V. V. Investigação científica, assessoria popular e capacitação técnica. In: VALLA, V. V., STOTZ E. N. **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. 2. ed. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1997.
- VALLA, V. V.; STOTZ E. N. **Educação, saúde e cidadania**. Petrópolis, Rio de Janeiro, Vozes, 1994.
- VALLA, V. V.; STOTZ E. N. **Participação popular e saúde**. 2. ed. Petrópolis, CDDH/CEPEL, 1991.
- VANZIN, A. S.; NERY, M. E. S. **Consulta de enfermagem: uma necessidade social?** Porto Alegre, RML, 1996.
- VERDI, M. **Com a palavra, as enfermeiras: concepções teóricas que fundamentam sua prática nos serviços da rede básica de saúde**. Florianópolis, 1983. Dissertação (Mestrado) Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- VIEIRA, V. O Sr. Alves e o dia dos direitos humanos. In NASCIMENTO, G. **Rev. Isto é**, n.1524, p.40 dez. 1998.
- WENDHAUSEN, A. **Educação em saúde: possibilidades de uma proposta**. Florianópolis, 1992. Dissertação (Mestrado) Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. (a)
- WENDHAUSEN, A. **Por um controle social popular dos serviços de saúde: reflexões preliminares**. Florianópolis, Curso de pós graduação em enfermagem – UFSC, 1992. /Mimeografado/ (b)
- WESTPHAL, M. F. **Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vargem Grande Paulista [tese]**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1992.
- WESTPHAL, M. F.; BOGUS, C. M.; FARIA, M. M. **Grupos focais: experiências percursoras do uso da técnica em programas educativos em saúde no Brasil**. São Paulo, Departamento de Prática em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1995. /Mimeografado/.
- WOSNY, A. M. **Nasce o sol no Sol Nascente: organização popular numa perspectiva problematizadora de educação e saúde**. Florianópolis, 1994. Dissertação (Mestrado) Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso.

YOSHIOCA, M. R. **Tendo que ser maior do que os obstáculos para existir como enfermeira.** São Paulo, 1996. 189 p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

ANEXOS

Sistema Único de Saúde Cuiabá-MT

Agenda de Saúde

Nº:

Distrito:

Data:

O usuário do SUS é um cidadão.

O cidadão tem direito à informação e a participação em seu processo saúde-doença.

O cidadão é responsável e decide.

O cidadão é único e livre de opressões.

O cidadão deve ser consciente, participar e propor mudanças para ajudar a transformar a sua realidade.

Estes direitos estão fundamentados em princípios morais e éticos e salvaguardados pela Constituição Federal e pelos códigos de ética dos profissionais de saúde.

Sistema único de Saúde Cuiabá-MT

Agenda de Saúde



ESTE(a) SOU EU.

Nº:

Nome:			
Data nasc.:	Sexo:	Cor:	Estado Civil:
Nacionalidade:		Naturalidade:	Procedência:
Profissão:		Ocupação:	Grau de Instrução
Local de Trabalho:			
Tempo de permanência na comunidade local (em anos):			
Endereço:			
Referência do endereço:			
Telefone:		Recado com Sr(a):	



MINHA FAMÍLIA

NOME	IDAD E	O que ele (a) é meu?	A profissão dele (a)	Até que série ele estudou?	Tem algum problema de saúde? Qual?
1-					
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					

• Minha posição na família: Chefe Colaborador Dependente

• O que faço: _____

• Estado de saúde e doença dos antepassados na minha família _____

• O que você faz para resolver os problemas de saúde e doença da sua família _____

Como vejo a minha forma de viver. Sou feliz? Tenho esperanças? Sou capaz e posso mudar muitas coisas? O que posso fazer para melhorar a minha vida?

MEUS HÁBITOS DE VIDA



- Faço as seguintes atividades físicas: Ginásticas Caminhada Esportes
quais? _____ Freqüência _____
- E tenho como recreação e lazer: Leitura Trabalhos manuais
 TV Rádio Outros _____



- Reprodução e sexualidade: Tenho companheiro(a)? Sim Não
- Relação Sexual: Presente Ausente
- Tenho algum problema relacionado a sexualidade? Sim Não Quais? _____

• Meus cuidados com a higiene corporal: _____

•  Meus cuidado com a cavidade oral. _____

•  Sono e repouso – n°. horas: _____, freqüência _____
faço uso de medicamento para dormir Sim Não Qual? _____

•  Alimentação e hidratação: tipo de alimento _____
_____ tenho apetite, Sim Não
porque? _____

COMO UTILIZO OS SERVIÇOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

- Exerço as seguinte atividades na comunidade: _____

- Conheço os seguintes recursos de saúde de minha cidade: _____

- Eu os procuro quando: _____

- Como fui atendido nestes locais _____

- Como gostaria de ser atendido: _____

- Conheço os meus direitos e deveres como cidadão e usuário desta Unidade Básica de Saúde dentro do Sistema Único de Saúde. Que são _____

- Aqui eu coloco os dados que eu acho interessante e não achei espaço para escrever _____

PLANO COMPARTILHADO DE AÇÕES PARA A SAÚDE

Data	Situação de saúde e doença que encontramos	Conclusões que chegamos	que resultados esperamos encontrar em quanto tempo	Ações de saúde que devemos fazer	Consegul- mos en- contrar os seguintes resultados	Usuário Profissio- nal, e local.

PLANO COMPARTILHADO DE AÇÕES PARA A SAÚDE

Data	Situação de saúde e doença que encontramos	Conclusões que chegamos	que resultados esperamos encontrar em quanto tempo	Ações de saúde que devemos fazer	Conseguimos encontrar os seguintes resultados	Usuário Profissional, e local.

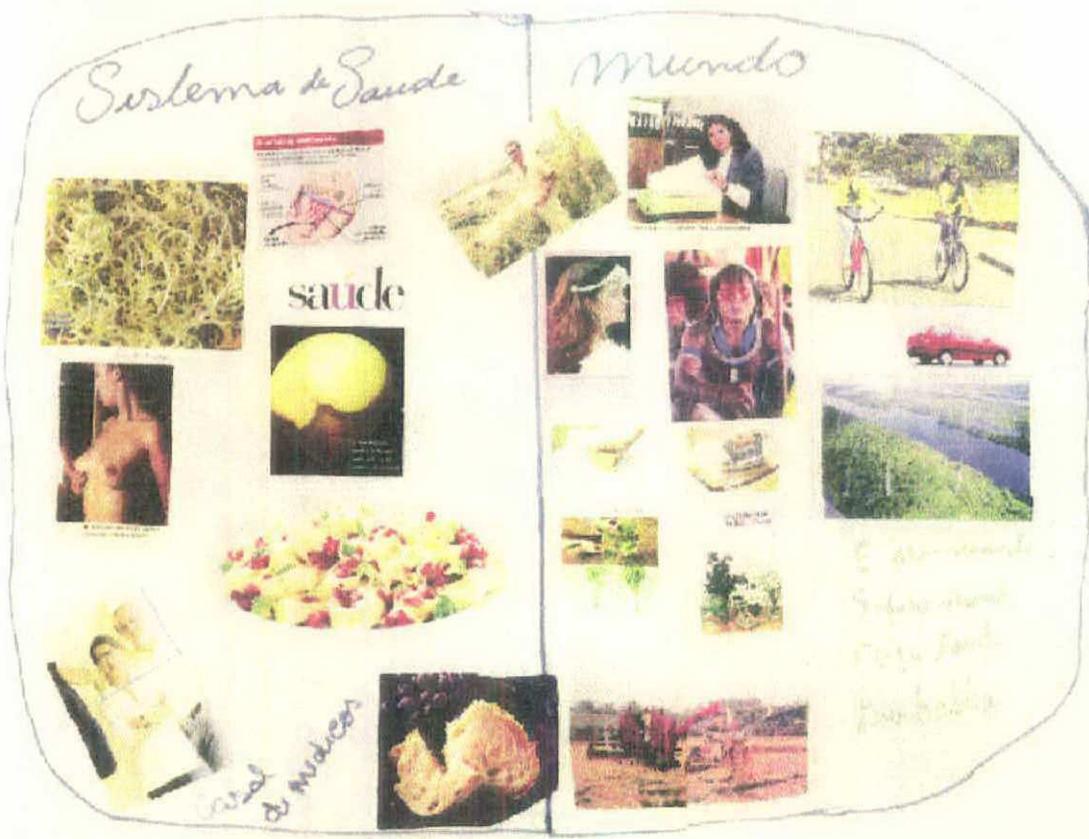
• RETORNO DO ENCAMINHAMENTO

Data	Profissional Especialista	Local	Parecer e Conduta

Painéis confeccionados e apresentados pelos grupos A e B durante as
 nômicas coletivas em estudo



Grupo A e
 Grupo B



ANEXO 03

Quadro demonstrativo das fitoterapias utilizadas pelos usuários em estudo.

Identificação	Para que utilizam	Como preparam
Quebra pedra - <i>Phyllanthus niruri</i> (toda a planta)	Diurética, relaxante muscular, analgésica dissolve cálculos renais e biliares. Doenças de bexiga e próstata.	Em infusão em água fria.
Alho - <i>Allium sativum</i> (bulbo)	Antisséptico e desinfetante, depurativo do sangue e vermífugo. Doenças respiratórias e de circulação como hipertensão e arteriosclerose.	Comem cru, fazem chá ou colocam em excesso nos alimentos.
Barba tímão -	Inflamação	
Babosa - <i>Aloe Barbadensis</i> (seiva)	Ferimentos externos pela ação anestésica e bactericida. Lavagem íntimas, arteriosclerose e gripe	Tomam com mel ou água. Fazem alcoolaturas ou misturam com óleo para uso tópico
Beringela	Colesterol	
Boldo - <i>Vernonia condensada</i> (folhas)	Para o fígado como antitóxico e como antidiarreicas e diuréticas.	chá frio, ou ingetão da folha natural
Losna - <i>Artemisia Absinthium</i> (flores e folhas)	Vermífugo e para males do sistema digestivo (mal hálito, diarreias cólicas, problemas do fígado, como regulador da menstruação.	Com Café amargo, água ou bebida alcoólica.
Cancerosa	cisto no ovário e ulcera gástrica	Seiva diluída em água
Carambola	Diabétes	Chá e suco
Carqueja	tosse e gripe	Chá
Colônia	Calmante	Chá
Erva cidreira - <i>Melissa officinalis</i> (flores e ramos)	Calmante, analésico, digestivo e como regulador da menstruação	Chá
Flôr de mamão -	Colesterol	Chá
Folha de lima -	Calmante	Chá
Hortelã - <i>Mentha piperita</i> (folhas)	Usam como calmante e digestivo, combate os vermes, em gargarejos contra dores de garganta e tosse	Folhas cruas ou em infusão.
Pata de vaca -	Diabétes	Chá
Poejo -	Diabétes	Chá
Camomila - <i>matricária chamomilla</i> (flores)	Calmante, para cólicas intestinal, tensão pré menstrual, relaxante muscular e contra insônia	Chá de flores seca, ou colocam as flores dentro do travesseiro
Ponta de alívio	Dor	Chá
Óleo de picaúba	Pneumonia	?
Salsa parreira	Limpar o sangue	?
Jamelão	Diabétes	?

Fonte: Usuários participantes deste estudo.

*utilizada bibliografia específica apenas para identificação do nome científico. Todos os outros dados foram fornecidos pelos usuários.