

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Sob os cuidados do SUS. A experiência do cuidado vivenciada por usuários hipertensos em uma unidade de atenção primária à saúde no município de Juiz de Fora, Minas Gerais”

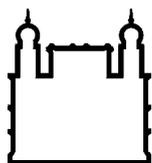
por

Otávio Fabrício Lemos Corrêa Maia

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marize Bastos da Cunha

Rio de Janeiro, março de 2012.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Sob os cuidados do SUS. A experiência do cuidado vivenciada por usuários hipertensos em uma unidade de atenção primária à saúde no município de Juiz de Fora, Minas Gerais”

apresentada por

Otávio Fabrício Lemos Corrêa Maia

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Octavio Andrés Ramón Bonet
Prof.^a Dr.^a Rosely Magalhães de Oliveira
Prof.^a Dr.^a Marize Bastos da Cunha – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 26 de março de 2012.

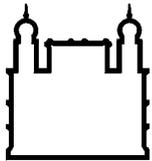
Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

M217 Maia, Otávio Fabrício Lemos Corrêa
Sob os cuidados do SUS. A experiência do cuidado
vivenciada por usuários hipertensos em uma unidade de atenção
primária à saúde no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. /
Otávio Fabrício Lemos Corrêa Maia. -- 2012.
112 f. : mapas

Orientador: Cunha, Marize Bastos da
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012

1. Assistência à Saúde. 2. Cultura. 3. Hipertensão-terapia.
4. Atenção Primária à Saúde. 5. Sistema Único de Saúde.
I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.1098151



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 26 de março de 2012.

Otávio Fabrício Lemos Corrêa Maia

CG/Fa

Serviço de Gestão Acadêmica - Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, Térreo - Manguinhos-RJ - 21041-210
Tel.: (0-XX-21) 2598-2730 ou 08000-230085

E-mail: secasp@ensp.fiocruz.br Homepage: <http://www.ensp.fiocruz.br>

Dedico este trabalho aos usuários do sistema público brasileiro de saúde.

AGRADECIMENTOS

A Deus, minha força!

Aos amigos de mestrado Arsonval (médico e filósofo), Cecília, Alessandra, Ivana, Lívia, Marina, Tatiane, Samanta e Nathália (amigas e psicólogas).

À orientadora Marize Bastos da Cunha, pelo comprometimento, empenho, e verdadeiro cuidado com a minha trajetória.

Ao professor Eduardo Navarro Stotz.

Às professoras Marly da Cruz e Rosely Magalhães, que tanto contribuíram para meu aprendizado.

À funcionária da ENSP Carla Rodrigues, sempre atenciosa e gentil.

À Maria Beatriz Lisboa, suas palavras foram fundamentais para meu caminhar.

A minha mãe, exemplo de ousadia.

Ao meu pai e a minha irmã, Flávia Lemos.

E aos meus filhos Talles e Heitor, aquilo que eu tenho de melhor na vida!

[...] isso de método, sendo, como é, uma coisa indispensável, todavia é melhor tê-lo sem gravata nem suspensórios, mas um pouco à fresca e à solta, como quem não se lhe dá da vizinha fronteira, nem do inspetor de quarteirão.

Machado de Assis

[...] mas aquela língua em que escreviam os literatos importantes, solenes, respeitados, nunca consegui entender, porque redigem eles as suas obras, ou antes, os seus livros, em outra muito diferente da usual, outra essa que consideram como sendo a verdadeira, a lídima. Quanto mais incompreensível é ela, mais admirado é o escritor que a escreve, por todos os que não lhe entenderam o escrito.

Lima Barreto

RESUMO

Esta dissertação objetiva discutir as interpretações feitas por usuários hipertensos quanto à experiência de ser cuidado, vivenciada em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), que tem como linha de cuidado a Estratégia Saúde da Família; no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. Para alcançar a dimensão da experiência lançamos mão de uma abordagem qualitativa de cunho sócio-antropológico; entrevistas abertas, observação participante e uso do diário de campo foram os instrumentos empregados na coleta de dados. A revisão bibliográfica se pautou em trabalhos das Ciências Sociais e da Saúde Pública. Na oportunidade visitamos autores como Marshall Shalins, Paulo Freire e De Certeau, que nos emprestam argumentos na construção do referencial teórico em que se discute: a Estratégia Saúde da Família, enquanto política de cuidado; o cotidiano de cuidado em uma UAPS; o cuidado ao hipertenso; a relação entre experiência e cultura; e o conhecimento das classes populares. O presente trabalho de dissertação estrutura-se sobre três principais eixos: *A etnografia do espaço de cuidado*, onde temos por proposta caracterizar a dinâmica de funcionamento da UAPS; *O contexto*, caracterização das localidades em que vivem o usuário hipertenso; *Experiência e conhecimento*, momento no qual desenvolvemos discussão quanto à relação entre a experiência de ser cuidado e a construção do conhecimento. A experiência do cuidado se constitui da relação dialética entre convenção e invenção, entre ordem cultural e experiência individual. A biografia do usuário hipertenso, bem como sua capacidade de invenção e criatividade são elementos que respondem pela experiência de ser cuidado. O cuidado ao hipertenso implica na construção de diálogo entre saberes, portanto, entre culturas. A mudança de hábitos, sugerida pelos profissionais de saúde, relativos à alimentação, práticas de atividades físicas, bem como ao tratamento médico, cria um processo de rediscussão das categorias culturais que emprestam sentido à compreensão dos hipertensos quanto ao processo saúde e doença. Como particularidade da sociedade brasileira, o SUS reproduz no espaço de cuidado, compreendido aqui como a UAPS, seu sistema de relação social, reproduzindo, portanto suas desigualdades, harmonias, conflitos e resistências. No espaço de cuidado, aspectos relativos à cultura brasileira figuram em seu cotidiano, como a emocionalidade, a caridade e a lei personalizada.

Palavras-chave: cuidado; cultura; experiência; hipertensão; unidade de atenção primária à saúde.

ABSTRACT

This essay discusses the interpretations made by hypertensive patients about their experience of being cared, lived in a Primary Health Care Unit (UAPS in Portuguese), whose line of care is the Family Health Strategy, in the city of Juiz de Fora, Minas Gerais. To achieve the proportion of the experiment we used socio-anthropological qualitative approach; open interviews, participant observation and daily records were the instruments used in data collection. The literature review was based on the Social Sciences and Public Health Works. On the occasion we visited authors such as Marshall Shalins, Paulo Freire and De Certeau, who gave us arguments to build the theoretical framework, which discusses: the Family Health Strategy as a policy of care, the daily care in a UAPS, care to hypertensive patients, the relationship between experience and culture, and knowledge of the popular classes. This dissertation is structured on three main areas: The ethnography of the area of care, where we propose to feature the operation system of UAPS; The context, characterization of the locations where hypertensive patients live ,experience and knowledge, when we develop a discussion about the relationship between the experience of being cared for and construction of knowledge. The experience of care constitutes the dialectical relationship between convention and invention, between cultural and individual experience. The biography of the hypertensive patient, as well as its capacity for invention and creativity are key elements that account for the experience of being cared. The care of hypertensive involves building dialogue among knowledge, therefore, between cultures. The change of habits, as suggested by health professional related to feeding practices, physical activities, as well the medical treatment creates a process of renewed discussion of the cultural categories that give meaning to the understanding of hypertensive concerning the health and disease process. As a peculiarity of Brazilian society, the Unified Health System (SUS) reproduces in the space of care, understood here as the UAPS, its system of social relations, playing, so its inequalities, harmony, conflict and resistance. In the area of care, aspects of Brazilian culture appear in their daily lives, such as emotionality, charity and custom law.

Keywords: care, culture, experience, hypertension; Primary Health Care Unit.

SUMÁRIO

Lista de Quadros.....	i
Lista de Siglas e Abreviaturas.....	ii
1. Apresentação.....	1
2. Introdução.....	3
3. Justificativa.....	9
4. Objetivos.....	11
4.1. Objetivo geral.....	11
4.2. Objetivos específicos.....	11
5. Referencial Teórico.....	12
5.1. A Estratégia Saúde da Família – Política de Cuidado.....	12
5.2. O cotidiano de cuidado.....	14
5.3. O cuidado ao hipertenso.....	17
5.4. Experiência e Cultura.....	21
5.5. O conhecimento das classes populares.....	24
6. Metodologia.....	26
6.1. Caracterização do município.....	26
6.2. Abordagem sócio-antropológica.....	28
6.3. Unidade de análise.....	28
6.4. Sujeitos de estudo e procedimentos.....	30
6.5. Análise de dados e processo interpretativo.....	32
6.6. Uma certa cumplicidade.....	32
Resultados.....	35
Capítulo 1. O Contexto.....	35
1.1. O Contexto.....	35
1.2. Distinta localidade.....	35
1.3. Inventários da localidade.....	40

Capítulo 2. Caracterização da UAPS.....	45
2.1. SUS: política de papel.....	45
2.2. A Etnografia do Espaço.....	48
2.2.1. Porta de entrada.....	48
2.2.2. A UAPS Inverno.....	49
2.2.3. Imaginar-se no outro.....	52
2.2.4. A organização das filas e os números.....	56
2.2.5. O porteiro.....	59
2.2.6. Espaço de emoções.....	60
2.2.7. Uma mágoa coletiva.....	62
2.2.8. Da pedagogicidade do espaço.....	64
Capítulo 3. Experiência e Conhecimento.....	67
3.1. O Bem e o Mal: processo saúde e doença sob pontos de vista.....	67
3.2. Descobrir-se hipertenso.....	72
3.3. Entre mundos, ou entre saberes.....	76
3.4. Biografias.....	86
Usuários em Situação – Considerações Finais.....	92
A minha experiência.....	94
Bibliografias.....	96
Anexos.....	101
Anexo A – Apresentação.....	102
Anexo B – Requerimento.....	103
Anexo C – Termo de Autorização.....	105
Anexo D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Usuários).....	106
Anexo E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Profissionais de Saúde).....	108
Anexo F – Roteiro de Entrevista (Usuários).....	110
Anexo G – Roteiro de Entrevista (Profissionais de Saúde).....	111
Anexo H - Roteiro da Observação Participante.....	112

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Localidades e programas das Unidades de Atenção Primária à Saúde.....	27
QUADRO 2 - Características sócio-econômicas das localidades atendidas pela UAPS.....	36
QUADRO 3 - Condições de saneamento básico nas localidades.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CMC	Central de Marcação de Consultas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DENSP	Departamento de Endemias Samuel Pessoa
ESF	Estratégia Saúde da Família
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SCHDO	Serviço de Controle da Hipertensão, Diabetes e Obesidade
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

1. APRESENTAÇÃO

A presente dissertação de mestrado tem como ponto de partida uma dupla experiência: a atuação como Agente Comunitário de Saúde, e a realização do curso de graduação em Ciências Sociais.

Em 2003 inicio o trabalho de Agente Comunitário de Saúde (ACS) na comunidade Parque das Torres, no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. Ser Agente Comunitário de Saúde permitiu-me conhecer, de perto, as necessidades de uma comunidade desprovida das condições básicas de existência.

As longas conversas que tive com os moradores da comunidade, em um sofá improvisado em caixotes de madeira, no pequeno cômodo de uma casa ou na fila da farmácia da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), apresentavam-me detalhes do sofrimento que os acometia, revelavam-me os sintomas da exclusão social. O ACS conhece bem as minúcias desse corpo social que escapam à ausculta do estetoscópio e não são alcançadas pelas lentes da epistemologia médica. Com os “pés em dois mundos”, negocia valores, significa afirmações; vive a tensão de ocupar o espaço entre saberes, de ser o atalho sugerido aos dois lados, comunidade e profissionais de saúde.

O cotidiano de trabalho na UAPS incitou-me à busca por compreensão de eventos redigidos em um contexto de miserabilidade social, onde encontrei a presença de crianças desnutridas, o alto índice de adolescentes grávidas, as receitas de diazepam e fluoxetina. Em minha rotina de trabalho deparava-me com os problemas de saúde que acometem com maior frequência e severidade àqueles grupos que se encontram em situação de vulnerabilidade social.

O encontro com as Ciências Sociais deu-se com um pouco mais de dois anos de ACS e as leituras feitas no início da graduação não tratavam propriamente de questões referentes à Saúde Pública, mas sem dúvida atiçavam meu olhar para a problematização de um cenário onde a pobreza fere os corpos, adoce a dignidade humana. Sendo assim, ao ingressar em um curso que tem como proposta formar cientistas sociais, o cotidiano de ACS apresentou-se como campo para a realização de percursos antropológicos.

Em meu trabalho de conclusão de curso da graduação, busquei apreender a percepção dos profissionais de medicina, atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF), ante a organização de vida da comunidade atendida. A vivência junto destes profissionais permitia conhecer os desabafos, medos e reações, que a prática da medicina em uma comunidade carente pode acometer. Quando os sintomas apresentados ao médico são de outra ordem, quando as queixas se referem à falta de

água, à escassez de comida, à falta até mesmo do que vestir, quais referenciais serão usados pelo doutor na construção do diagnóstico? Diante das *feridas sociais*, qual a conduta médica? Qual o uso que um médico fará de sua epistemologia em tal contexto? E o que pode vir a significar para ele atender a pobreza? (MAIA, 2009).

Essas indagações, e tantas outras, vinham da realidade que eu vivenciava enquanto ACS. Eram recorrentes na cumplicidade que um Agente Comunitário de Saúde constrói com sua comunidade.

A perspectiva de Justiça Social perpassava minhas primeiras tentativas de esboçar temas. Justiça Social, em meu caso, implicava responder aos anseios da comunidade. A situação de desmazelo, da parte do Estado, em relação ao cuidado com a vida daqueles moradores se faz provocante, insinua-se como tema ante as inquietações de um cientista social.

Mais a frente, em 2009, ao me inscrever no processo seletivo para o curso de mestrado em saúde pública, optei por uma subárea que traz em seu nome o tema das minhas reflexões: Processo Saúde e Doença, Território e Justiça Social.

Como proposta de estudo, apresentei à Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) a intenção de compreender as leituras que usuários fazem sobre o cotidiano de cuidado que vivenciam em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde. Acredito que ao encontrar possíveis respostas para as questões inerentes ao tema, possa estar formulando explicações quanto às consequências do desprezo cotidianamente praticado pelo Estado diante das necessidades da comunidade, muitas delas, confidenciadas a um Agente Comunitário de Saúde - esse momento torna-se oportuno para a compreensão da capacidade inventiva desses sujeitos sociais ante aos “apertos da vida”.

2. INTRODUÇÃO

Este trabalho objetiva compreender as interpretações feitas por usuários hipertensos sobre o cotidiano de cuidado vivenciado em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), em que se tenha a Estratégia Saúde da Família (ESF) enquanto modelo de atenção à saúde; no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. Enfatizando a relação entre a experiência do cuidado e a construção do conhecimento sobre o processo saúde e doença.

O estudo teve como unidade de análise uma UAPS, localizada em um contexto de desigualdade social, permitindo assim, que alcançássemos enquanto sujeitos de pesquisa, usuários pertencentes a classes populares do município de Juiz de Fora, Minas Gerais.

O que o cotidiano de cuidado tem dito aos usuários? Como se dá a relação entre o conhecimento usado pelos usuários para organizarem suas ações em saúde e a experiência que vivenciam do cuidado? Quais processos perpassam a construção do conhecimento? O *testemunho de saúde* que encontram ao serem atendidos em uma UAPS disciplina-os? Forma ou deforma-os? Estas inquietações se colocaram enquanto questões de estudo, e na tentativa de desvendá-las, nossa compreensão sobre o fenômeno estudado pautou-se em uma abordagem sócio-antropológica.

Ainda como Agente Comunitário de Saúde, a cotidianidade da Unidade de Atenção Primária à Saúde onde trabalhava, revelava-me problemas quanto ao cuidado oferecido à população. Em busca de assistência por seu sofrimento, o usuário encontra na UAPS falta de medicamentos, morosidade no atendimento, bem como um número de consultas insuficientes para atender à demanda da população. Esta realidade, com a qual o usuário se depara, significa o que chamamos neste trabalho de *testemunho de saúde*¹. O *testemunho de saúde* tem repercussão sobre a estrutura do pensar, que é condicionada pela contradição vivida na situação concreta, existencial, em que nos formamos. (FREIRE, 2005, p. 35). A prática testemunhal em uma UAPS se expressa desde a espontaneidade de um gesto de acolhimento, praticado pelo profissional de saúde, até a materialidade do espaço, que tem uma pedagogicidade indiscutível.

¹ O termo *testemunho de saúde* baseia-se na discussão de Paulo Freire (2005) sobre a relação entre opressor e oprimido. Segundo o autor os oprimidos têm no opressor o seu testemunho de homem. Sendo levados, em alguns momentos, por conta da realidade que vivenciam, a reproduzem ações que percebem naqueles que os vitimizam. Entretanto, a argumentação de Freire tem como conclusão que a realidade social é produto das ações dos homens, sendo assim, a superação de uma realidade opressora torna-se tarefa dos homens, tarefa histórica.

A situação de cuidado, ou descuido, infere sobre os esquemas interpretativos dos quais o usuário dispõe para pensar sua realidade. A prática de uma política de saúde, onde se pratica o cuidado, bem como o descuido, e que pode vir a ser, portanto, destoante daquilo que se anuncia em suas diretrizes, configura o *testemunho de saúde* apresentado ao usuário assistido em uma UAPS. Desta forma, a eficácia de uma política de saúde passa pela tentativa de organização de uma sincronia mínima entre o discurso dessa política e a forma em que se dá sua operacionalização. Conforme nos lembra Moreira (2007), precisamos considerar a dimensão operacional nas políticas de saúde na sua dimensão cotidiana, onde as práticas de cuidado e atenção à saúde são perpassadas por questões subjetivas.

O *testemunho de saúde* que o usuário encontra na UAPS, referencia suas respostas e interpretações sobre o processo saúde-doença. Quando nos questionamos sobre o recuo de usuários hipertensos diante de propostas, como as de participação em grupos educativos, ou então, as constantes faltas às consultas, bem como a não adesão ao tratamento, devemos questionar sobre o que tem sido dito a eles pelas práticas testemunhais que vivenciam na experiência do cuidado. Dieta, caminhada, lazer, como os hipertensos têm respondido aos aconselhamentos dos profissionais de saúde? Que sentido essas dicas fazem para eles? Ou então, qual a legitimidade de discursos institucionalizados para aqueles que dependem do cuidado disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS)?

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica caracterizada por níveis de pressão arterial elevados e sustentados. O critério clínico para definir HAS em indivíduos acima de 18 anos corresponde a níveis tensionais iguais ou maiores que 140mmHg x 90mmHg. (RIPARDO; SOARES; TAVARES, 2010). A prevalência estimada de hipertensão no Brasil atualmente é de 35% da população acima de 40 anos. Isso representa em números absolutos um total de 17 milhões de portadores da doença, segundo estimativa de 2004 do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE). Cerca de 75% dessas pessoas recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS) para receber atendimento na Atenção Primária. (BRASIL, 2011). Entretanto, ainda é pequeno o número de hipertensos que têm sido identificados e tratados adequadamente. Dentre aqueles que são diagnosticados, muitos desconhecem ser hipertensos e a maioria não busca pelo tratamento. Cerca de metade dos que se tratam não apresentam a hipertensão arterial sob controle. (FIRMO; LIMA-COSTA; UCHÔA, 2004, p. 1030).

Precisamos conhecer quais respostas tem sido dada pelos usuários ao *testemunho de saúde* que encontram em espaços de cuidado como uma Unidade de Atenção

Primária à Saúde, que representa o primeiro contato entre o SUS e a população. Torna-se necessário compreender qual a repercussão dessa assistência, sobre a formação de usuários hipertensos quanto ao processo saúde e doença.

Segundo Mourthé (2005) ao vivenciarem o cotidiano de cuidado em espaços públicos, os usuários se utilizam, do que ele chama de “pedagogia da experiência”:

[...] um conjunto pessoal e coletivo de estratégias defensivas, promovedoras de saúde, aprendidas pelos usuários no contato direto com esses serviços de saúde, geralmente redigidos por uma lógica própria, desvinculados de tal forma da população, que acabam atendendo apenas parcialmente às suas reais necessidades de saúde. (p. 194).

Enquanto objetivamos compreender a experiência do cuidado vivenciada por usuários hipertensos em uma UAPS, buscamos atender a necessidade de se estudar outros aspectos que constituem uma política de saúde. Acreditamos que o pensar de usuários hipertensos sobre sua vivência em um serviço de saúde, nos ofereça indícios contundentes para o aprimoramento da política de Atenção Primária à Saúde.

Comumente a ineficiência de uma política de saúde é pensada pela falta de recursos materiais e humanos. Entretanto, este não é o único, nem ao menos determinante fator que incide sobre a eficiência de um modelo de atenção à saúde.

A realização desse estudo tem como pressuposto que a experiência do cuidado, vivenciada por usuários hipertensos, irá orientá-los quanto aos posicionamentos a serem tomados ante as circunstâncias de adoecimento e condição de saúde.

Para compreender seu problema de saúde o *usuário em situação*² com o cotidiano de cuidado recorre a lembranças, apegos, interesses e sentimentos contraídos no encontro com os profissionais de saúde. Mas também, para se entender, ele visita seu mundo, sua cultura, dialoga com seu contexto de vida.

[...] toda construção de significado é fruto de uma extensão de sentido derivada do estabelecimento de uma relação entre dois contextos. Símbolos ancorados num contexto ganham sempre novas significações, à medida que se produzem similitudes e contrastes na sua extensão para novos contextos. [...] a característica de todo processo criativo, implicado em qualquer cultura é sua dimensão relacional. (WAGNER, 1972, 2001 apud BONET; TAVARES, 2007, p. 272).

² Ao usarmos o termo *usuário em situação* nos baseamos na discussão feita por Paulo Freire (2005) sobre o *homem em situação* onde o autor defende que ante uma determinada situacionalidade o homem é capaz de refleti-la e agir sobre ela.

Este processo, em que o *usuário em situação* organiza seu agir, não é feito de formulações abstratas, dominadas, em um primeiro momento, intelectualmente para depois por em prática; antes, deve ser entendido como parte integrante da própria situação e, assim sendo, não se destaca enquanto plano refletido. (ALVES; RABELO; SOUZA, 1999, p. 12).

Temos por argumento neste estudo, que o atendimento em saúde, constituído por procedimentos técnicos, mas também gestos informais, seria mais eficiente no processo de formação de usuários hipertensos do que um mero discurso, com pretensão pedagógica, como grupos educativos, em que se ensina a fazer uso moderado do sal, ou então, realização de campanhas de saúde com objetivos disciplinares, mas que, todavia, são feitos em descompasso com os exemplos que constituem as práticas de cuidado. Quem pensa certo está cansado de saber que as palavras a que falta a corporeidade do exemplo pouco ou quase nada valem. (FREIRE, 1996). Neste caso, pouco, ou quase nada, adianta apregoar ao usuário determinadas informações em saúde, se em sua experiência de ser cuidado pelo SUS, o mesmo possa vir a se deparar com a demora pelo atendimento, ou quem sabe, o descaso.

A estrutural textual do presente trabalho constitui-se da seguinte forma: revisão bibliográfica, metodologia e resultados, que correspondem aos capítulos *um*, *dois* e *três*.

Na revisão bibliográfica realizamos discussão sobre trabalhos relacionados com a temática da Estratégia Saúde da Família, destacando a forma como o cuidado é prescrito por esta política de saúde – um cuidado concebido pela perspectiva da integralidade. Posteriormente nos remetemos ao cotidiano de cuidado, onde elencamos referências que nos falam sobre a dialogicidade de que é feita o encontro entre profissionais de saúde e usuários; o cotidiano de cuidado é assim, tido como o encontro entre mundos, e entre saberes. Em seguida foi feita discussão quanto o cuidado aos hipertensos, constatando-se os desafios que se colocam a esses usuários ante a busca pela assistência no sistema público de saúde. Na oportunidade evidenciamos que a literatura brasileira carece de estudos antropológicos que discorram sobre essa temática. O passo seguinte foi desenvolver discussão conceitual sobre experiência e cultura, enfatizando a complementaridade que existe entre essas dimensões. E então, concluímos a revisão bibliográfica apresentando argumentos, que em sua pauta, promovem o reconhecimento do saber produzido pelas classes populares.

Na sequência do texto tratamos da metodologia de trabalho, que se configura enquanto abordagem sócio-antropológica. Discutimos os desafios inerentes ao trabalho

de campo, momento em que falamos sobre a necessidade de que ocorra entre pesquisador e sujeitos de pesquisa “uma certa cumplicidade”, de maneira que se tenha, da parte de ambos, o reconhecimento do tema de estudo.

Na discussão metodológica, consta a descrição dos sujeitos de estudo, bem como os procedimentos usados para a investigação e análise dos dados; apresentamos a caracterização do município de Juiz de Fora, local em que foi feito o presente trabalho.

Os capítulos, *um*, *dois* e *três*, organizam-se enquanto respostas e problematização às questões de estudo, pautando-se nos dados concernentes ao trabalho de campo e na discussão conceitual desenvolvida durante a revisão bibliográfica.

Intitulado “**O Contexto**”, o capítulo *um* tem por proposta caracterizar o contexto econômico, social e cultural em que vive o usuário hipertenso atendido pela UAPS pesquisada. A localidade, de onde fala o sujeito de estudo, é entendida aqui, enquanto referência na construção do conhecimento sobre o processo saúde e doença. A Unidade de Atenção Primária à Saúde tem sob seus cuidados no total cinco localidades, que conforme constatamos, trata-se de distintas localidades, considerando-se suas dimensões econômica, social e cultural. Essas diferenças têm repercutido sobre o cuidado à hipertensão - pertencer a uma determinada localidade pode significar, ter que ficar, constantemente e por longos períodos, sem a assistência do profissional de medicina.

Capítulo *dois*, **Caracterização da UAPS**; neste capítulo vamos de encontro às seguintes questões de estudo: O que o cotidiano de cuidado tem dito aos usuários? O *testemunho de saúde* que encontram ao serem atendidos em uma UAPS disciplina-os? Forma ou deforma-os? Orientamos assim, a estruturação textual do capítulo *dois*, a partir dessas indagações, o que não nos impediu, de em outros momentos, abordarmos as mesmas questões, de maneira a complementar nossa argumentação. Iniciamos o capítulo com uma breve discussão quanto ao Sistema Único de Saúde, onde discutimos as divergências entre o SUS anunciado enquanto lei, estruturado em diretrizes, e o SUS que, ao ser praticado é perpassado pelas interpretações dos diferentes sujeitos que o constitui. Objetivamos neste capítulo caracterizar a Unidade de Atenção Primária à saúde, a partir da realização da etnografia do espaço, de maneira que, possamos alcançar com essa diretriz metodológica os processos relacionais que constituem a UAPS. Desta forma, em nossa tentativa de compreensão da dinâmica de funcionamento da UAPS, lançamos mão da categoria *espaço de cuidado* – o *espaço de cuidado* é um lugar praticado.

Como se dá a relação entre o conhecimento usado pelos usuários para organizarem suas ações em saúde e a experiência que vivenciam do cuidado? Quais processos perpassam a construção do conhecimento? Enquanto respostas a essas questões organizamos o capítulo final desta dissertação, **Experiência e Conhecimento**, onde agregamos as perspectivas conclusivas quanto aos terceiro e quarto objetivos específicos do estudo, em que se propõe, identificar e analisar as interpretações feitas pelos usuários hipertensos sobre a experiência do cuidado vivenciada na Unidade de Atenção Primária à Saúde; e, analisar a dimensão educativa presente na experiência do cuidado, procurando identificar a possível relação que possa existir entre o conhecimento do usuário hipertenso sobre o processo saúde e doença, e a experiência do cuidado na Unidade de Atenção Primária à Saúde. A construção do conhecimento sobre o processo saúde e doença é feita da experiência do cuidado, a qual, o usuário hipertenso vivencia sob os cuidados do SUS, esse processo de constituição do saber é orientado pela dialeticidade entre cultura e invenção.

A seguir, apresentamos as justificativas pertinentes à relevância do tema, para em seguida elencarmos os objetivos do estudo, e então, iniciarmos a argumentativa sobre a experiência de ser cuidado.

3. JUSTIFICATIVA

Um estudo voltado para compreensão das interpretações que usuários constroem sobre o cotidiano de cuidado vivenciado em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, e que tenha, portanto, uma abordagem centrada na experiência, permite-nos reconhecer dimensões importantes do cuidado que escapam aos estudos desenvolvidos a partir da ótica biomédica. Estes estudos, desenvolvidos segundo a ótica biomédica, ao darem ênfase nos aspectos orgânicos do processo saúde e doença, omitem a dimensão de sentido da qual se reveste tal processo: o corpo, enquanto objeto da ciência médica substitui o corpo vivido, fonte e condição para nossa relação com o mundo. (ALVES; RABELO; SOUZA, 1999, p. 13).

Para realizar a investigação da experiência do cuidado optamos por estudar usuários inscritos na linha de cuidado para hipertensos da Unidade de Atenção Primária à Saúde pesquisada. Dentre as justificativas desta escolha sobressaem razões metodológicas referentes ao processo de produção de dados. Acreditamos desta forma, que, ante a um universo de sujeitos, constituído por puérperas, hipertensos, gestantes, diabéticos, dentre outros, a seleção de um deles, propiciou o aperfeiçoamento do nosso aparato investigativo, levando assim, a um maior controle e eficácia sobre a coleta e interpretação dos dados.

O tratamento da hipertensão arterial sistêmica, prescrito pelos profissionais de saúde, tem por característica apregoar mudanças quanto aos hábitos de vida considerados prejudiciais à saúde. Ocasionalmente em situação de confronto, referentes à hipertensão, entre as concepções de profissionais de saúde e usuários. Mudar a alimentação, e até mesmo a maneira de preparo dos alimentos, pode vir a colocar em jogo valores que emprestam sentido ao viver do usuário.

Sendo assim, a escolha de usuários hipertensos, enquanto sujeitos de estudo, tem por relevância a oportunidade de alcançarmos a compreensão do processo relacional entre experiência e conhecimento; o que põe em questão a relação entre os planos coletivo e individual, tema caro a ciências sociais. Acreditamos, portanto, que a seleção de usuários hipertensos que se encontrem sob os cuidados do SUS, nos forneça um cenário investigativo propício à reflexão temática quanto à relação entre dimensão individual e ordem cultural, que é onde se dá o processo de interpretação e construção do conhecimento, objetivo maior deste trabalho.

Este trabalho objetiva ainda, compreender qual tem sido a repercussão da Estratégia Saúde da Família, enquanto política de cuidado, sobre a dimensão cultural,

existencial e do conhecimento, a partir das quais usuários hipertensos organizam seu agir em saúde. Segundo Vasconcelos (2008), pouco se tem estudado a respeito de como os usuários estão as entendendo, elaborando-as e se apropriando das mensagens e saberes transmitidos nas ações oficiais de saúde.

Neste sentido, acreditamos poder contribuir para produção teórica relacionada à avaliação dos serviços públicos de saúde. Pretendemos, com este recurso teórico, favorecer o desenvolvimento de políticas de saúde, no nível da Atenção Primária, firmadas com o compromisso da justiça social, e que busquem a reconstrução e atualização do modelo de atendimento em serviços de saúde.

Ao pesquisar o usuário de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, queremos afirmar a importância que o mesmo tem para consolidação das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS); um posicionamento que inclui a ótica do usuário, concebendo-o como portador de direitos e responsável pela produção de saúde. (JUNIOR; PINHEIRO, 2009).

Muitos estudos de caráter avaliativo dos serviços de saúde posicionam-se a partir das respostas dos usuários ao atendimento recebido sem alcançarem em sua metodologia as motivações destas respostas. Deste modo, entendemos que ao lançarmos mão da perspectiva sócio-antropológica para compreender a experiência do cuidado, podemos abordar a dimensão do sentido, capaz de explicar as ações e decisões que usuários hipertensos venham a ter ante o cotidiano de cuidado vivenciado em uma UAPS.

Sobre a importância em se desenvolver um estudo quanto à hipertensão arterial sistêmica, que tenha por pauta a discussão de processos interpretativos e de construção do conhecimento, devemos considerar o diferencial do presente trabalho, que consiste em ter por abordagem a perspectiva sócio-antropológica, sendo que, estudos desta natureza relativos à hipertensão, ainda são raros no Brasil. (FIRMO; LIMA-COSTA; UCHÔA, 2004, p. 1030).

Buscamos com esta proposta de trabalho localizar os usuários em sua relação com o serviço de Atenção Primária à Saúde como sujeitos capazes de interpretar sua realidade e questionarem a mesma a partir das percepções e sentidos disponibilizados pela sua cultura. A investigação do pensar do povo³ é um momento oportuno para dar voz aos excluídos. É quando podemos pensar os direitos da comunidade, dentre eles, o direito à saúde.

³ Paulo Freire em sua obra *Pedagogia do oprimido* discorre sobre a importância da investigação sobre o pensar do povo não poder ser feita sem o povo, mas com ele, como sujeito do seu pensar.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo geral

Compreender as interpretações feitas por usuários hipertensos sobre o cotidiano de cuidado vivenciado em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, em que se tenha a Estratégia Saúde da Família enquanto modelo de atenção à saúde; no município de Juiz de Fora, Minas Gerais.

4.2. Objetivos específicos

1. Caracterizar o contexto econômico, social e cultural, onde vive o usuário hipertenso atendido pela Unidade de Atenção Primária à Saúde.
2. Descrever a Unidade de Atenção Primária à Saúde, identificando sua estrutura e dinâmica de funcionamento.
3. Identificar e analisar as interpretações feitas pelos usuários hipertensos sobre a experiência do cuidado vivenciada na Unidade de Atenção Primária à Saúde.
4. Analisar a dimensão educativa presente na experiência do cuidado, procurando identificar a possível relação que possa existir entre o conhecimento do usuário hipertenso sobre o processo saúde e doença, e a experiência do cuidado vivenciada na Unidade de Atenção Primária à Saúde.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

O pesquisador de campo depende inteiramente da inspiração que lhe oferecem os estudos teóricos.

(Malinowski, 1984)

5.1. A Estratégia Saúde da Família – Política de Cuidado

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994, em um contexto rico de influências institucionais determinantes de sua incorporação como política prioritária do Estado Brasileiro. A criação do PSF deve ser compreendida como uma decisão política de reorganizar a rede de assistência à saúde mediante uma política que apontasse para a universalização do acesso da população brasileira à atenção básica e consolidasse o recente processo de descentralização, inaugurado com o advento do Sistema Único de Saúde. (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Em março de 2006 foi aprovada a Portaria 648, que estabeleceu a mudança da expressão antes utilizada de *programa saúde da família* para *estratégia saúde da família*, no entendimento de que todos os programas se tornam políticas, uma vez que a programação denota um *status* provisório já há muito questionado, ao passo que política denotaria algo estável e sustentável do ponto de vista da organização institucional. (CAMPOS; GUTIÉRREZ; GUERRERO; CUNHA, 2010).

A ESF deve ser entendida como um modelo de Atenção Básica à Saúde (ABS) operacionalizado por meio de estratégias, ações preventivas, promocionais, de recuperação, de reabilitação e de cuidados paliativos das equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focando-se na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido. (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Enquanto política de cuidados primários de saúde, a ESF representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o Sistema Único de Saúde (SUS), pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Conforme consta no documento da Política Nacional da Atenção Básica (MS, 648/2006), a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem os seguintes princípios gerais: ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam; atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população; desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e ser um espaço de construção de cidadania.

Podemos perceber que em suas diretrizes a ESF anuncia a decisão do Estado em ampliar o acesso da população ao cuidado institucionalizado, considerando a autonomia e singularidade dos sujeitos atendidos. Ao conceber o cuidado sob a perspectiva da integralidade supera a fragmentada e insuficiente abordagem predominantemente biomédica que tradicionalmente ocupou a pauta das políticas de saúde no Brasil. Conforme nos descreve Levcovitz (1997 apud GUIZARDI; PINHEIRO, 2008):

[...] a formulação do conceito de ação integral no arcabouço da reforma do sistema de saúde brasileiro buscou responder à necessidade de superação das históricas dicotomias entre preventivo/curativo e individual/coletivo, que marcaram as políticas de saúde no Brasil. (p. 25)

Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família, a partir da sua implantação em 1994, quando ainda era concebida enquanto PSF, representa um novo posicionamento do Estado brasileiro diante das necessidades de saúde de sua população. Esse novo agir em saúde incorpora, conseqüentemente, “novas tecnologias assistenciais” que resultam em transformações no cotidiano de cuidado vivenciado pelos usuários hipertensos em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde. (GUIZARDI; PINHEIRO, 2008, p. 28). Detalhes como o trabalho de Agentes Comunitários da Saúde e as visitas domiciliares realizadas pelos profissionais da medicina e enfermagem possibilitam que a ESF atue com sensibilidade diagnóstica ante as necessidades de saúde da comunidade atendida - torna o Estado mais próximo de seus cidadãos.

Luz (2008), em trabalho que tem como proposta apresentar algumas hipóteses que contribuam para a compreensão da vulnerabilidade das populações e a busca

constante pelo cuidado institucionalizado em contextos de fragilidade social, afirma que o papel de políticas de saúde na vida social tem tido, nos últimos anos, um crescimento inegável de importância face às outras políticas sociais. Consideramos que a Estratégia Saúde da Família potencializa o investimento público em saúde. Enquanto política pública representa inovação institucional por possibilitar a aproximação do Estado, encarnado nas ações dos profissionais de saúde, com o cotidiano da vida popular, e defender atos de saúde que priorizem a dimensão do cuidado. (VASCONCELOS, 2008).

5.2. O cotidiano de cuidado

O cotidiano de cuidado é o encontro entre os profissionais de saúde e os usuários. É o momento em que as práticas de cuidado, bem como o descuido, inscrevem-se sobre os corpos, alfabetizam as sensações, disciplinam o sofrimento. Esse cotidiano se faz da materialidade do espaço da Unidade de Atenção Primária à Saúde, bem como da forma em que ocorre sua ocupação. É feito da satisfação expressa pelo usuário ao encontrar na farmácia da UAPS o remédio prescrito pelo médico. É a fila de espera, a conversa com o doutor, o “barraco armado” pela comunidade com a atendente, situações em que, como nos fala Freire (1996), “variados gestos se cruzam cheios de significação.” (p. 49).

O cotidiano de cuidado deve ser entendido enquanto uma “situação social na qual estão incluídos tanto o agente provedor e o receptor de cuidados, quanto os sistemas simbólicos a partir dos quais cada um avalia e analisa a interação social que os envolve.” (BONET, 2008, p. 285).

Vasconcelos (2008), ao descrever o cotidiano de cuidado em um Centro de Saúde, discute as dificuldades que existem na relação entre o serviço de saúde e a população atendida. O autor enfatiza os conflitos que ocorrem entre esses sujeitos, assumindo, em sua argumentação, um tom contextualizador ao falar do usuário “pobre” que “luta” para conseguir atendimento no Centro de Saúde.

Segundo Vasconcelos esses desencontros teriam como principais determinantes a distância social existente entre profissionais de saúde e usuários, bem como as implicações decorrentes das condições desfavoráveis de vida da população sobre sua identidade.

Merhy (2004), no texto *O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde*, lança mão da noção de “interseções” para discutir a relação entre profissionais de saúde e usuários:

[...] o uso desse termo tem como objetivo designar o espaço de relação que se produz no encontro de “sujeitos”, isto é, nas suas interseções, que é um produto que existe para os “dois” em ato, não tendo existência sem esse momento em processo, e no qual os “inter” se colocam como instituintes em busca de um processo de instituição muito próprio, desse sujeito coletivo novo que se formou. [...] estamos querendo dizer também, que, quando um trabalhador de saúde encontra-se com um usuário no interior de um processo de trabalho, estabelece-se entre eles um espaço interseção que sempre existirá nos seus encontros. (MERHY, 2004, p. 125).

A partir da noção de “interseções”, podemos caracterizar o cotidiano de cuidado enquanto espaço de relação, que é perpassado por processos de negociação e dominância, onde interesses, sentimentos e escolhas tecem um contexto de interações.

Em consonância com a argumentação de Vasconcelos e Merhy, apresentadas acima, nos remetemos à discussão feita por Guizardi e Pinheiro (2008):

[...] apenas nos encontros concretos os sujeitos implicados ressignificam e/ou consolidam suas práticas, ensaiam alteridades ou atualizam instituições. Em resumo, é no dia-a-dia desses atores que a política existe com materialidade, como produção e realidade social. Não pretendemos, contudo, discutir esse espaço de encontro unicamente através de suas configurações normativas. Interessa-nos entender a construção da dimensão simbólica que o viabiliza, em torno da qual a relação se torna signo, se desdobra em significados e se forja como vínculo, como referencial recíproco na produção da teia do existir coletivo. (p. 41).

O encontro entre profissionais de saúde e usuários deve ser orientado pela dialogicidade e reconhecimento mútuo: “cuidar requer a aceitação de um outro-sujeito, a aceitação dessa dimensão de encontro desejante”. O ato de cuidar implica “estar em relação, dimensão imprescindível a partir da qual se erige o referente simbólico que inscreve as ações de saúde no campo da produção de um sucesso prático”. (AYRES, 2001; MERHY, 2004).

De Certeau (2009), em diálogo com o trabalho de Michel Foucault, desenvolvido em *Vigiar e punir* sobre as tecnologias do poder, nos oferece elementos

para concepção de um usuário capaz de questionar a disciplinaridade que se apresenta no *testemunho de saúde* do cotidiano de cuidado, um usuário que manipule a realidade:

Essas “maneiras de fazer” constituem as mil práticas pelas quais usuários se reapropriam do espaço organizado pelas técnicas da produção sociocultural. Elas colocam questões análogas e contrárias às abordadas no livro de Foucault: análogas, porque se trata de distinguir as operações quase microbianas que proliferam no seio das estruturas tecnocráticas e alteram o seu funcionamento por uma multiplicidade de “táticas” articuladas sobre os detalhes do cotidiano; contrárias, por não se tratar mais de precisar como a violência da ordem se transforma em tecnologia disciplinar, mas de exumar as forma sub-repitições que são assumidas pela criatividade dispersa, tática e bricoladora dos grupos ou dos indivíduos presos agora nas redes da “vigilância”. Esses modos de proceder e essas astúcias de consumidores compõem, no limite, a rede de uma antidisciplina. (CERTEAU, 2009, p.41).

Em perspectiva semelhante à desenvolvida por De Certeau, Freire (2005), desenvolve a noção de *homem em situação*, que, nos possibilita conceber a relação dos usuários com sua realidade em saúde, enquanto relação dialética:

Sendo os homens seres em “situação”, se encontram enraizados em condições tempo-espaciais que os marcam e a que eles igualmente marcam. Sua tendência é refletir sobre sua situacionalidade, na medida em que, desafiados por ela, agem sobre ela. Esta reflexão implica, por isto mesmo, algo mais que estar em situacionalidade, que é a sua posição fundamental. Os homens são porque estão em situação. (FREIRE, 2005, p. 118).

Essa noção de *homem em situação*, trabalhada por Paulo Freire, pode ser usada junto do conceito de tática desenvolvido por De Certeau (2009) para pensarmos as ações e interpretações feitas pelos usuários sobre o cotidiano de cuidado:

[...] a tática só tem por lugar o do outro. [...] depende do tempo, vigiando para “captar no vôo” possibilidades de ganho. O que ela ganha não o guarda. Tem constantemente que jogar com os acontecimentos para os transformar em “ocasiões”. Sem cessar, o fraco deve tirar partido de forças que lhe são estranhas. Ele o consegue em momentos oportunos onde combina elementos heterogêneos, mas a sua síntese intelectual tem por forma não um discurso, mas a própria decisão, ato e maneira de aproveitar a “ocasião”. [...] essas

táticas manifestam igualmente a que ponto a inteligência é indissociável dos combates e prazeres cotidianos que articula. (p.46).

Freire ao falar do *homem em situação* descreve-o como sujeito capaz de pensar e atuar criticamente sobre sua forma de estar no mundo. Uma idéia que, como mencionamos, pode ser complementada por De Certeau, embora não anuncie um diálogo com o pensamento de Freire, ao discorrer sobre a impassividade que os marginalizados teriam ante aos contextos de opressão, ao fazerem uso de táticas para a manipulação da realidade: “operações multiformes e fragmentárias, relativas a ocasiões e a detalhes, insinuadas e escondidas nos aparelhos dos quais elas são os modos de usar” (DE CERTEAU, 2009, p.41).

A concepção em que se resgata a subjetividade perpassa o pensamento desses dois autores, que ao serem usados para compreensão da experiência do cuidado, orientará nosso esforço compreensivo a perceber o usuário enquanto sujeito capaz de interpretar e responder à realidade em saúde que se apresenta ao mesmo no cotidiano de cuidado em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde.

5.3. O cuidado ao hipertenso

Encontramos na literatura estudo desenvolvido por Castro e colaboradores (2009), cujo objetivo foi analisar a produção do cuidado ao hipertenso em duas UAPS's do município de Juiz de Fora, Minas Gerais.

O cuidado ao hipertenso no espaço de uma UAPS tem como política prescritiva o Programa Nacional de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (Hiperdia):

O programa compreende um conjunto de ações de promoção de saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento dos agravos da hipertensão. O objetivo é reduzir o número de internações, os gastos com tratamentos de complicações, aposentadorias precoces e mortalidade cardiovascular, com a conseqüente melhoria da qualidade de vida dos portadores. (BRASIL, 2008 apud Castro et al., 2009).

No município de Juiz de Fora, Minas Gerais, conforme descrito por Alves e colaboradores (2011),

[...] a implantação do Hiperdia ocorreu em março de 2003, estando vinculado ao Serviço de Controle da Hipertensão Arterial, do Diabetes Mellitus e da Obesidade (SCHDO), da Secretaria Municipal de Saúde. Para receber os medicamentos nas UAPS's, os usuários devem estar cadastrados no Sistema de Informação da Hipertensão e Diabetes (SISHiperdia). No ano de 2006, existiam aproximadamente 33.000 pacientes cadastrados pelo Hiperdia no município de Juiz de Fora. Os critérios de provisão e de dispensação dos medicamentos baseavam-se em uma planilha feita pela UAPS e entregue à coordenadoria do SCHDO, contendo a quantidade necessária de medicamentos para o atendimento dos usuários. Entretanto, a provisão dos medicamentos é dificultada por vários fatores, dentre eles a demora no prazo de entrega pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), ocasionando dificuldades na obtenção de medicamentos. (p. 2626).

A população que se encontra sob os cuidados do SUS tem enfrentado desafios relativos ao acesso, seja ao tratamento prescrito, bem como à disponibilização de vagas para o atendimento clínico. Tal constatação foi tema de discussão feita por Castro e colaboradores (2009), que ao fazerem uso do *Fluxograma Descritor*, enquanto instrumento de coleta de dados, conseguiram, a partir de uma representação gráfica, apresentar os caminhos percorridos pelos usuários hipertensos em sua busca pelo cuidado.

Nas duas UAPS's analisadas percebeu-se que não existe a realização de um projeto terapêutico centrado no usuário. Ambas apresentam a organização de suas atividades centrada no trabalho médico e pouco ainda se utilizam de processos coletivos de educação em saúde. Os autores relatam ainda, a repercussão negativa que as normas institucionais podem ter na construção da autonomia do usuário sobre seu processo de cuidado. Há uma inadequação entre o modelo organizativo das UAPS's e os posicionamentos tidos pelos usuários no enfrentamento dos seus problemas de saúde.

Esse desencontro entre a organização do atendimento na UAPS e a demanda da comunidade quanto à busca pelo cuidado, em que vigoram horários de atendimentos, condições para marcação de consultas, dentre outras normas. Foi abordado em discussão feita por Faria (2011), que assim como Castro e colaboradores (2009), constatou a centralidade da figura do médico no atendimento aos usuários. O que, segundo a autora, seria provocado pelo funcionamento não adequado dos grupos educativos, onde o cuidado deve fundamentar-se pelo trabalho em equipe, permitindo assim que às práticas de cuidado sejam atrelados outros valores, além daqueles condicionados pela perspectiva medicamentosa;

[...] destacam-se nas falas dos profissionais outras percepções acerca das demandas que os usuários trazem aos serviços. Descrevem uma forte pressão da população pelo atendimento do médico, principalmente para a prescrição de medicações de uso contínuo e de encaminhamentos. Segundo eles, quem mais procura são os portadores de condições crônicas, fato que pode ter sido intensificado devido a falta de grupos educativos, onde além das atividades de prevenção, há também atividades de promoção da saúde. (FARIA, 2011).

Outro trabalho que permite aproximação com nossa inserção temática é o estudo desenvolvido por Faquinello et al. (2010), onde se procurou identificar como os indivíduos hipertensos percebem as ações da Unidade de Atenção Primária à Saúde na sua rede de apoio social em relação ao enfrentamento da condição crônica da doença.

A hipertensão arterial tem como características principais o fato de ser crônica e muitas vezes assintomática, gerando um sério risco para o indivíduo quando este não adere adequadamente ao tratamento. Todavia, apesar dos hipertensos em estudo afirmarem procurar o serviço de saúde somente a partir da existência de um problema de doença e de, ao mesmo tempo, não se perceberem doentes, eles também buscam a UAPS com a finalidade de realizar o controle da HAS, através do fornecimento de medicamentos anti-hipertensivos, da realização de exames, consultas médicas e também na busca de uma assistência para outras patologias. (Faquinello et al., 2010).

A relação entre usuário e instituição de cuidado, conforme argumenta Faquinello et al. (2010) é fundamental para um atendimento mais efetivo, caracterizado por uma melhor adesão ao tratamento e valorização dos sujeitos como um todo. O hipertenso é quem se auto-avalia nas suas necessidades de atendimento e de procura pela UAPS. Sendo assim, consideram os autores, a compreensão do processo saúde-doença pode aproximar ou afastar o hipertenso do serviço de saúde.

A adesão à prescrição médica, conforme nos fala Kleinman (1980 apud ALVES; NUNES, 2006), relaciona-se estreitamente à construção da experiência da doença pelo paciente:

[...] Saber-se hipertenso pode ter como consequência o uso contínuo da medicação prescrita. Neste caso, a adesão configura uma livre escolha de acatar as recomendações recebidas dos médicos. Nesta perspectiva, a adesão pode ser compreendida como uma expressão do exercício de autonomia do paciente no cuidado com a própria saúde. (ALVES; NUNES, 2006).

A intencionalidade de uma política de saúde é questionada por um cotidiano, em que vários sujeitos manuseiam a realidade a partir de suas visões do que seja saúde. É quando a lei perfeita do papel se transforma em um *testemunho de saúde*, ensaiado pelas práticas dos diferentes profissionais que em interação com os usuários constituem o cotidiano de cuidado no espaço de uma UAPS.

Comumente espera-se que os cuidados em saúde alcancem eficiência a partir de uma mudança comportamental dos usuários. Mas deixa-se com esta perspectiva, de se pensar na necessidade de mudança dos comportamentos burocráticos que orientam a assistência nos serviços de saúde. (HELMAN, 2006).

Para que ocorra o aperfeiçoamento da política de cuidado ao hipertenso é preciso que se considerem as necessidades em saúde dos usuários, as maneiras como entendem a hipertensão, suas perspectivas quanto ao processo saúde e doença. Enfim, o usuário deve ser concebido enquanto sujeito, atentando-se para a relevância de sua maneira de estar no mundo, seu ponto de vista, a cultura a qual pertence.

Alves (1998), nos chama a atenção quanto a repercussão, que o cuidado dispensado aos hipertensos, tem tido sobre o entendimento desses usuários quanto a hipertensão; quase sempre, sob o tom de ameaças, relativas às consequências que podem acometer aos que negligenciarem o cuidado prescrito, a hipertensão soa como uma imputação feita pelos profissionais de saúde aos usuários. Para a autora, o atendimento oferecido ao hipertenso, tem se revelado falho ao desconsiderar as representações deste usuário relativas à hipertensão:

[...] os sintomas caracterizados pela biomedicina como inespecíficos, porquanto “subjetivos” apresentaram-se de forma bastante rica no discurso dos “hipertensos”, Referem-se a estados, sentimentos e sensações nem um pouco “inespecíficos” na medida em que trazem quase sempre um vínculo com o cotidiano. Habitualmente esses sintomas não são valorizados pelos profissionais, o que pode estar representando uma perda significativa de pistas que desvendem algo mais sobre a etiologia da hipertensão. (ALVES, 1998, p. 68).

Trabalhos relativos ao cuidado do hipertenso, alguns destes apresentados aqui, têm priorizado em suas discussões, aspectos como o acesso ao atendimento, as representações dos usuários sobre a hipertensão, e também, a relação entre profissionais de saúde e usuários. Pretendemos no presente trabalho avançar nesse debate, priorizamos assim, a discussão que tematiza a relação entre a experiência de ser cuidado

e a construção do conhecimento. O saber que o usuário tem quanto à hipertensão, mais do que, mera reprodução de fragmentos dos aconselhamentos em saúde, aos quais são submetidos durante a experiência do cuidado, é conseqüente aos rearranjos das categorias culturais que emprestam sentido a sua vivência. Portanto, discutir a experiência de ser cuidado, vivenciada pelo usuário hipertenso, oportuniza nossa compreensão quanto ao processo de significação, que se constitui da dialética entre ordem cultural e experiência individual, do confronto entre saberes, da negociação entre mundos - nisto reside a produção do conhecimento.

5.4. Experiência e Cultura

O usuário, ao vivenciar, em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde a experiência do cuidado vive uma constante e imperceptível negociação com as categorias culturais a partir das quais significa e organiza sua experiência. Devemos ressaltar, portanto, que este processo não ocorre enquanto um ato reflexivo, onde o usuário sob um esforço de abstração colocaria o mundo vivido em ordem:

[...] o mundo se apresenta para nós, em primeiro lugar, como esfera de ação ou prática, antes de se apresentar como objeto do conhecimento. [...] Nesta perspectiva, a situação da ação é um campo de instrumentos que usamos – e não um espaço neutro de objetos que devemos primeiro conhecer para posteriormente instrumentalizar a nosso serviço. Da mesma forma, os fins da ação não são formulações abstratas que dominamos intelectualmente para depois pôr em prática; antes, se nos aparecem como parte integrante da própria situação e, assim sendo, não se destacam enquanto planos refletidos. (ALVES; RABELO; SOUZA, 1999, p. 12).

O que a experiência do cuidado “nos revela é o processo contínuo segundo o qual se toma uma posição existencial face ao mundo; dizer que essa posição é orientada pela cultura é chamar a atenção para o fato de que a cultura é essencialmente vivida.” (ALVES; RABELO; SOUZA, 1999, p. 17). Evidentemente, como nos fala Thompson (1981):

[...] a consciência, seja como cultura não autoconsciente, ou como mito, [...] atua de volta sobre o ser, por sua vez: assim como o ser é pensado, também o pensamento é vivido – as pessoas podem, dentro de limites, viver

expectativas sociais que lhes são impostas pelas categorias conceituais dominantes. (p. 17).

Segundo Shalins (1990), “o uso de conceitos convencionais em contextos empíricos sujeita os significados culturais a reavaliações práticas.” Desta forma, os esquemas interpretativos são atualizados quando usuários, ao vivenciarem o cotidiano de cuidado, têm que “agir sobre um mundo com razões próprias, um mundo que é por si mesmo potencialmente refratário”. (p.181).

Na busca por compreensão das interpretações que usuários constroem sobre a experiência do cuidado, devemos nos remeter à cultura que empresta sentido ao mundo desses sujeitos. Uma cultura que é vivida, experimentada e atualizada. “A cultura é uma aposta feita com a natureza, durante a qual voluntária ou involuntariamente os nomes antigos, que estão na boca de todos, adquirem novas conotações, muito distantes de seus sentidos originais”. (SHALINS, 1990, p. 10).

Alves, Rabelo e Souza (1999), apresentam discussão sobre o conceito de experiência, “que de modo mais geral, expressa uma preocupação em problematizar e compreender como os indivíduos vivem seu mundo” (p.11). Em uma perspectiva fenomenológica, os autores trazem a seguinte definição:

Um conceito empiricamente fiel de experiência tem que, primeiro reconhecer esse caráter multifacetado da pessoa - o fato de que a experiência do self, ou do self em relação ao outro, é continuamente ajustada e modulada pela circunstância. Segundo, conforme argumentou Dilthey, o conceito de experiência deve incluir não apenas o que é habitual, típico e costumeiro, mas o que é idiossincrático, excepcional e singular. Terceiro, nossa noção de experiência deve reconhecer não apenas nosso senso de coisas substantivas e delimitadas, mas nosso senso do transitivo e não delimitado, se queremos evitar reduzir a experiência às ordens conceituais que impomos sobre ela. Finalmente, é imperativo reconhecer (...) o modo como os objetos da experiência tendem a fundir com as formas pelas quais esses objetos são vivenciados; i.e. os processos vividos de experimentar. (JACKSON, 1996 apud ALVES; RABELO; SOUZA, 1999, p. 18).

Thompson (1981) argumenta ser a experiência, uma “categoria indispensável”, que compreende tanto a resposta mental, quanto emocional, dada por um indivíduo ou grupo social ao mundo real. Para Thompson:

[...] as pessoas não experimentam sua própria experiência apenas como idéias, no âmbito do pensamento e de seus procedimentos. Elas também experimentam sua experiência como sentimento e lidam com esses sentimentos na cultura. (p. 189).

Existe uma pedagogicidade na vivência do cotidiano de cuidado em que valores e sentimentos são apreendidos, “não ‘pensados’, mas vividos”. (THOMPSON, 1981, p. 194). Experiência e cultura dialogam, contradizem, se refazem. É quando uma alfabetização muda, talvez silenciosa, tipo de uma pedagogia não expressa, cria hábitos, inscreve-se sobre os corpos, orienta ações. A experiência do cuidado sugere ao usuário manipular, usar de táticas, ante ao discurso e as convenções apresentadas pelo *testemunho de saúde* que o mesmo encontra no dia-a-dia de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde.

Essa relação entre cultura e experiência, concebida enquanto um processo de complementaridade foi tema da discussão feita por Roy Wagner, em seu livro intitulado “A Invenção da Cultura”. Em sua argumentação Wagner tem por preocupação sublinhar a importância da dimensão individual na substancialização da cultura. O sujeito social ao vivenciar suas experiências cotidianas acaba por produzir invenções, que se manifestam a partir de suas escolhas e interpretações ante a realidade:

As associações simbólicas que as pessoas compartilham com sua “moralidade”, “cultura”, “gramática” ou “costumes”, suas “tradições”, são dependentes de contínua reinvenção quanto as idiossincrasias, detalhes e cacoetes que elas percebem em si mesmas ou no mundo que as cerca. A invenção perpetua não apenas as coisas que “aprendemos”, como a língua ou as boas maneiras, mas também as regularidades de nossa percepção, como cor e som, e mesmo o tempo e o espaço. Uma vez que o coletivo e convencional só faz sentido em relação ao individual e idiossincrático, e vice-versa, contextos coletivos só podem ser retidos e reconhecidos como tais ao ser continuamente filtrados através das malhas do individual e do particular, e as características individuais e particulares do mundo só podem ser retidas e reconhecidas como tais ao ser filtradas através das malhas do convencional. [...] A invenção muda as coisas, e a convenção decompõem essas mudanças num mundo reconhecível. (WAGNER, 2010, p. 94-98).

A interpretação que o usuário hipertenso constrói quanto à experiência do cuidado não se pauta apenas pela convencionalidade que perpassa sua cultura, feita de normas e regras. Antes, o processo de construção do conhecimento constitui-se da

dialética entre invenção e convenção, permitindo que o hipertenso encontre meios, o que lhe sugere fazer uso de táticas, para encontrar respostas às suas necessidades em saúde.

5.5. O conhecimento das classes populares

Valla (1996) nos chama atenção sobre a dificuldade de compreender o que as chamadas classes populares estão nos dizendo. Segundo o autor essa dificuldade teria maior relação com nossa postura do que com questões técnicas:

[...] Falo de posturas, referindo-me à nossa dificuldade em aceitar que as pessoas humildes, pobres, moradoras de periferia são capazes de produzir conhecimento, são capazes 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. (p. 2).

Thompson (1981), em um tom semelhante, nos lembra sobre a importância em se reconhecer outras formas de produção do conhecimento, que não se restrinjam à classe científica:

[...] conhecimentos se formaram, e ainda se formam, fora dos procedimentos acadêmicos. E tampouco eles têm sido, no teste da prática, desprezíveis. Ajudaram homens e mulheres a trabalhar os campos, a construir casas, a manter complicadas organizações sociais, e mesmo, ocasionalmente, a questionar eficazmente as conclusões do pensamento acadêmico. (p. 17).

Para pensarmos a relação entre o saber científico e popular, podemos lançar mão do cotidiano de cuidado em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, onde o encontro entre profissionais de saúde e usuários pode ser entendido como o encontro entre saberes, entre maneiras distintas, e até mesmo contrastantes, de apreensão sobre o mundo:

[...] Para garantir seu *status* e prestígio, que são formas de poder, os profissionais tendem a dificultar a compreensão dos seus conhecimentos pelas classes populares, e neste sentido o que as classes populares captam são fragmentos do discurso científico. Quando, no entanto, esses fragmentos são costurados com os conhecimentos que surgem das suas vivências diárias, o

resultado é nada espontâneo, mas um discurso elaborado que, embora “não-científico”, indica uma compreensão da realidade frequentemente mais de acordo com os problemas a serem resolvidos. (VALLA, 1994, p. 25).

Schutz e Luckmann (1973 apud ALVES; RABELO; SOUZA, 1999, p. 16), afirmam que o conhecimento que adquirimos e utilizamos no dia-a-dia está atrelado a interesses práticos. De acordo com os autores para atuar e operar sobre o meu mundo da vida é preciso compreendê-lo no grau necessário:

[...] Este estoque de conhecimento, que utilizamos para nos orientar na situação e resolver os problemas que se nos defrontam, é heterogêneo: comporta desde um conhecimento radicado no corpo (que inclui habilidades corporais adquiridas no passado), não acessível discursivamente, até uma série de receitas genéricas para lidar com um conjunto variado de situações. [...] Assim, é aberto a retificações ou corroborações de experiências por vir, ou seja, apresenta caráter fluido e processual. (ALVES; RABELO; SOUZA, 1999, p. 16).

A precariedade apresentada, quase sempre, pelo sistema público de assistência à saúde implica em desencontros, incertezas e desafios, experimentados pelo usuário na busca pelo cuidado. O cotidiano de cuidado “laciona” ao usuário, que o vivencia, conhecimento necessário, para que o mesmo manipule a concretude do *testemunho de saúde* que se apresenta a ele em uma UAPS.

A interpretação sobre a experiência do cuidado tem como referencial as “conclusões inacabadas” consequentes ao diálogo entre o estoque de conhecimento e a circunstancialidade do mundo vivido. E é este processo, quem empresta sentido ao agir da classe popular.

6. METODOLOGIA

6.1. Caracterização do município

O Município de Juiz de Fora está localizado na Zona da Mata Mineira, sudeste do Estado de Minas Gerais, no Brasil. Segundo o IBGE (2010), Juiz de Fora tem uma população de 517.872, sendo esta composta por: 244.932 homens e 272.940 mulheres. Esse número populacional caracteriza a cidade dentre aquelas classificadas como cidades de porte médio.

A população urbanizada do Município alcança o percentual de 98, 86%, colocando-o acima da média estadual e nacional. O mesmo se repete quando observamos seu IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), que é de 0, 828. O índice de Gini (0,58), que retrata a desigualdade de renda, refere-se ao aspecto mais desfavorável do desenvolvimento humano da cidade, o que nos permite prever fortes contrastantes internos. Em Juiz de Fora a expectativa de vida ao nascer é de 72, 3 anos, comparável ao Estado do Rio Grande do Sul (72, 13 anos) e superior à de Minas Gerais (70, 55 anos) e do Brasil (67, 7 anos) como um todo. A taxa de alfabetização atinge o nível de 95, 29%. (ATLAS SOCIAL, 2006).

Os Serviços de Saúde⁴ da cidade organizam-se a partir de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada. Em uma ordem crescente de complexidade, as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) formam o serviço de “1ª linha”; em seguida, dando retaguarda às UAPS temos as Unidades de Emergência e os Institutos de Especialidades. Os Hospitais conveniados formam a “3ª linha” do Sistema de Saúde.

Juiz de Fora tem o seu serviço de Atenção Primária à Saúde (APS) constituído por 58 Unidades de Atenção Primária à Saúde. O quadro abaixo apresenta detalhamento quanto a localidades e programas implantados nas UAPS.

⁴ Dados disponíveis em: www.pjf.mg.gov.br/saude; acesso: 10 de dezembro de 2010.

QUADRO 1 – Localidades e programas das Unidades de Atenção Primária à Saúde

Localidades	Programas		
	PSF	Tradicional	PACS
Área Urbana	32	10	2
Área Rural	5*	9	-

*A Secretária de Saúde do município disponibiliza uma unidade de atendimento móvel para outras cinco localidades além das referidas no quadro.

Fonte: Site da Prefeitura de Juiz de Fora (www.pjf.mg.gov.br/saude).

O Município foi um dos primeiros no Brasil, em 1997, a implantar o Programa Saúde da Família (PSF), e atualmente conta com 57⁵ equipes de Saúde da Família. A experiência de inaugurar a implantação do PSF “influenciou de forma definitiva na ampliação do programa”, bem como em sua consolidação, constatada de maneira exitosa em algumas UAPS da cidade. (GUIZARDI; ROSENI, 2008). Abaixo podemos visualizar mapa de Juiz de Fora.

Mapa da divisão territorial do município de Juiz de Fora, Minas Gerais.



Fonte: Atlas Social Juiz de Fora (2006).

⁵ Dado disponível em: www.saude.mg.gov.br; acesso: 10 de dezembro de 2010.

6.2. Abordagem sócio-antropológica

O presente trabalho caracteriza-se como estudo qualitativo de cunho sócio-antropológico. Os estudos sócio-antropológicos são de tal modo inseparáveis que se complementam. (Freyre 1968 apud Teixeira, 1994, p. 78). Esta complementaridade, da qual nos fala Freyre, permitiu durante a construção do processo investigativo, alcançar dimensões do cotidiano de cuidado que aparecem imbricadas.

A sócio-antropologia tem assim um caráter transdisciplinar, situando-se no ponto de intersecção entre a Sociologia e a Antropologia, não tendo, portanto, contornos definidos, tendo surgido exatamente nas áreas de sobreposição ou aproximação entre essas duas ciências. Tal paradigma, ao dar atenção à dimensão simbólica relativa à experiência do cuidado, permitiu reaparecer o sujeito face às estruturas, e o vivido face ao instituído. (TEIXEIRA, 1994, p. 78-79).

6.3. Unidade de análise

Este estudo, tendo por objetivo compreender a experiência de ser cuidado, vivenciada por usuários hipertensos em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, enquanto critério de escolha da UAPS considerou que esta deveria ter como política de cuidado a Estratégia Saúde da Família (ESF). Justificamos a decisão por este critério, pela oportunidade que uma política de cuidado, em que se priorizem ações educativas em saúde, nos ofereça para a discussão concernente ao processo de construção do conhecimento, oportunizando, desta forma, o desenvolvimento de análise sobre a relação entre saberes, em que, profissionais de saúde e usuários hipertensos, colocam em jogo suas respectivas categorias culturais, ao vivenciarem a experiência do cuidado.

Outro critério que consideramos, relativo à escolha da UAPS enquanto unidade de análise, foi a condição de a mesma, encontrar-se localizada em um contexto de desigualdade social, onde as necessidades em saúde da população, bem como suas perspectivas quanto ao acometimento da hipertensão, as condições de tratamento; são, em determinada medida, condicionada pelas condições de existência. O que nos proporciona a possibilidade de conhecer a inventividade dessa população ante aos sentenciamentos de ordem estrutural; dito de outra forma, foi possível compreender as respostas que a população tem dado a uma determinada realidade em saúde. Atrelado a

esses dois critérios relevamos a concordância da Secretaria de Saúde do município sobre o local escolhido.

Com o intuito de preservar a identidade dos participantes da pesquisa, conforme mencionado no *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, anexo ao trabalho, a UAPS não será identificada, recebendo desta forma nome fictício. Optamos por nomeá-la de UAPS Inverno.

Neste estudo a Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) será concebida enquanto *espaço de cuidado*, visto aqui como “o espaço de negociações, das possibilidades e criatividade, onde as visões e percepções dos sujeitos que o vivenciam são postas em jogo”. (BONET; TAVARES, 2007). O *espaço de cuidado* é um lugar praticado. Ele se constitui do “efeito produzido pelas operações que o orientam, o circunstanciam, o temporalizam e o levam a funcionar em unidade polivalente de programas conflituais ou de proximidades contratuais”. (DE CERTEAU, 2009).

Sendo assim, o uso da categoria *espaço de cuidado* tem por objetivo alcançar os processos relacionais que constituem a UAPS, entender o que a sua arquitetura, bem como sua organização funcional tem comunicado aos seus usuários. Optamos, então, por realizar uma *descrição densa* do *espaço de cuidado*. A “etnografia é uma *descrição densa*”, nos fala Geertz (1989, p. 7), realizá-la nos deixa em condição de entender o significado das “piscadelas⁶” dos nossos sujeitos de estudo. Permitindo-nos conhecer detalhes que nos detalham, como por exemplo, as impressões que a má-vontade da atendente causa em um usuário que busca por cuidado na UAPS, e até o porquê dessa má-vontade; levando-nos a entender o sentido da raiva, da indiferença, da espera, do alívio, sentimentos que usuários e profissionais de saúde experienciam na UAPS. Dessa forma, a nossa tarefa de descrever a UAPS, identificando sua estrutura e dinâmica de funcionamento, um dos objetivos específicos deste estudo. Será apresentada, sob os trâmites de uma etnografia do espaço, capaz de considerar as várias dimensões que constituem o espaço, dentre elas, as estruturas da significação, as quais, aqueles que praticam o *espaço de cuidado* recorrem para organizarem seu agir.

⁶ Clifford Geertz (1989), ao discorrer sobre a *descrição densa*, oportunidade em que o autor procura definir qual seja o empreendimento da etnografia, lança mão de discussão feita por Gilbert Ryle relativo a piscadelas e seus possíveis significados: [...] Vamos considerar dois garotos rapidamente piscando o olho direito. Num deles, esse é um tique involuntário; no outro, é uma piscadela conspiratória a um amigo. Como movimentos, os dois são idênticos; observando os dois sozinhos, ninguém poderia dizer qual delas seria um tique nervoso ou uma piscadela ou, na verdade, se ambas eram piscadelas ou tiques nervosos. [...] contrair as pálpebras de propósito, quando existe um código público no qual agir assim significa um sinal conspiratório, é piscar. É tudo que há a respeito: uma partícula de comportamento, um sinal de cultura e - voilá – um gesto. (p.5).

6.4. Sujeitos de estudo e procedimentos

Foram investigados neste estudo usuários pertencentes à classe popular e ligados à linha de cuidado para hipertensos da Unidade de Atenção Primária à Saúde pesquisada. No processo investigativo concomitantemente dialogamos com os profissionais de saúde (agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem). Já que, partimos do pressuposto que a experiência do cuidado é perpassada pela relação que se dá entre os sujeitos que a vivenciam.

A escolha de usuários hipertensos para serem investigados quanto à experiência do cuidado, justifica-se pela prevalência da hipertensão junto à população, bem como pela conotação que esta enfermidade adquire nas classes populares - grupo frequente nas Unidades de Atenção Primária à Saúde. Aspectos como nível econômico na infância, trabalho, número de filhos e economia familiar estão dentre os preditores relacionados à hipertensão. Sabe-se que a prevalência da hipertensão é intrínseca às dimensões sociais e culturais. (DRESSLER; SANTOS, 2000; RIPARDO; SOARES; TAVARES; TRAD, 2010).

O cuidado à hipertensão está relacionado com a mudança de hábitos de vida. Hábitos que se organizam culturalmente, sob específicas condições materiais de existência. Sendo assim, ao selecionarmos usuários hipertensos da classe popular, temos a oportunidade de pensarmos a repercussão que aconselhamentos de saúde têm tido em contextos de desigualdade social, onde as limitações de ordem material costumam restringir escolhas quanto à adoção de estilos de vida considerados saudáveis.

Para realização do trabalho de campo se fez necessária a autorização da secretaria de saúde do município. Onde, em requerimento apresentado à mesma, expusemos os objetivos do presente estudo, bem com sua possível contribuição para área da saúde pública (ver anexo B e C).

Durante aproximadamente cinco meses, junho a novembro do ano de 2011, desenvolvemos o trabalho de campo. Como instrumentos para a coleta de dados, lançamos mão de entrevistas abertas, observação participante e uso do diário de campo.

Nas entrevistas abertas, conforme nos fala Haguette (1992), “as informações são obtidas através de um roteiro constando de uma lista de pontos ou tópicos previamente estabelecidos de acordo com uma problemática central e que deve ser seguida.” (p. 86). A observação participante, enquanto técnica de pesquisa qualitativa, nos permitiu examinar a relação do usuário hipertenso com o *espaço de cuidado*, a postura corporal, as normas de condutas explícitas e implícitas, o tom de voz, como suas ações se

relacionam com o que eles nos dizem que fazem e os diferentes momentos do seu agir. (HASSEN; KNAUTH; VICTORA, 2000, p. 63). Arelado à observação participante fizemos uso do diário de campo onde registramos os dados coletados, funcionando como instrumento de subsídio para o processo interpretativo.

Foram feitas observações da rotina de funcionamento da UAPS. Conversamos com diversas pessoas, ficamos assistindo passar àquelas horas em que os usuários aguardam pela consulta, conversando entre si, discutindo possibilidades, buscando soluções, para o problema de saúde que enfrentam, xingando a UAPS quando acharem necessário, ou então, lembrando de como eram as coisas na época do prefeito “fulano de tal”.

O trabalho de campo organizou-se da seguinte forma: realização de observação participante no *espaço de cuidado*, visitas às cinco localidades atendidas pela UAPS, que serão identificadas respectivamente como **A, B, C, D, E**, conforme a sequencia numeral que as referencia no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica). Acompanhamento dos grupos educativos, destinados aos hipertensos, realizados em duas igrejas da comunidade; entrevistas com os usuários hipertensos nos espaços de realização dos grupos educativos, bem como em suas casas, ou na UAPS, enquanto aguardavam por atendimento.

Tivemos a oportunidade de entrevistar doze usuários hipertensos, número que nos permitiu alcançar a representatividade das cinco localidades atendidas pela UAPS Inverno. Os doze usuários entrevistados neste estudo serão identificados respectivamente como **h1, h2, h3, h4, h5, h6, h7, h8, h9, h10, h11 e h12**. Arelado às entrevistas, realizamos, rotineiramente, com vários usuários, conversações informais, fosse durante a observação do cotidiano de cuidado ou no ponto de ônibus da comunidade. A estas pessoas nos referiremos como **usuário**.

Quanto às entrevistas feitas com os profissionais de saúde, elas se deram na UAPS. Entrevistamos uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma agente comunitária de saúde e duas profissionais de medicina. A escolha dos entrevistados teve como critério a disponibilidade para concessão da entrevista e o tempo de trabalho na UAPS. Identificaremos os profissionais entrevistados respectivamente como **E1, T1, A1, M1 e M2**. Quando eventualmente citarmos falas de profissionais que não estejam dentre aqueles que foram entrevistados serão identificados como **PS**.

6.5. Análise de dados e processo interpretativo

As observações realizadas foram anotadas em um diário de campo. Quanto às entrevistas gostaríamos de ressaltar que inicialmente planejamos fazer uso do aparelho de gravação, entretanto, constatamos uma recusa dos sujeitos investigados em consentir com tal método. Desta forma, optamos por durante as entrevistas fazer anotações das falas dos entrevistados. Posteriormente complementávamos estas anotações lançando mão de recordações que nos sobrevinham da entrevista.

A leitura do diário de campo e das entrevistas proporcionou uma confrontação e sistematização dos dados, que ocorreu sob os seguintes procedimentos; diante da massa de dados, adotamos enquanto critério para hierarquização das informações colhidas, relacioná-las, por ordem de aproximação, aos objetivos específicos deste estudo, que se converteram em três eixos de discussão, sob os quais se pauta nossa argumentação – *O contexto, A etnografia do espaço de cuidado e Experiência e Conhecimento*. Esse processo interpretativo foi auxiliado pela literatura das Ciências Sociais e Saúde Pública.

6.6. Uma certa cumplicidade

Inicialmente nossos encontros com os usuários hipertensos aconteceram na Unidade de Atenção Primária à Saúde. A aproximação surgia tão logo fosse feito algum comentário, quase sempre da parte deles, quanto à experiência de estar ali, em um serviço público de saúde a espera de atendimento. Outra maneira encontrada como estratégia de aproximação foi acompanhar o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) durante a realização das visitas domiciliares a usuários inscritos na linha de cuidado para hipertensos. Conforme especificado em diretriz da Estratégia Saúde da Família (ESF), os usuários sob os cuidados da UAPS, devem ser visitados pelos ACS, ao menos, uma vez por mês. Profissionais de enfermagem e médicos seguem procedimento semelhante, porém, apenas em relação àqueles usuários classificados como acamados - pessoas consideradas do ponto de vista clínico incapazes de realizarem o trajeto entre suas moradias e a UAPS.

Enquanto pesquisador, a aproximação feita em relação aos usuários, justificou-se pela busca por informações que nos pudessem levar à compreensão quanto à experiência do cuidado. Da outra parte, ou seja, quanto aos hipertensos, falar a um estranho, neste caso ao pesquisador, exigia saltar algumas etapas inerentes à convencionalidade dos relacionamentos. Onde, o ato de fazer confiança requer um estado de cumplicidade.

Para interpretar o outro, convém que se tenha tempo de convivência, mas principalmente certa cumplicidade entre pesquisador e pesquisado quanto ao tema em discussão. Cumplicidade, que não deve ser entendida aqui, como uma postura onde o pesquisador encontra-se refém do nativo⁷, sujeito investigado; situação sob a qual deixaria de contestar as informações que lhe fossem apresentadas - lembrando assim, a importância do estranhamento, distância necessária entre pesquisador e entrevistado.

Quando nos remetemos à importância de que se tenha cumplicidade com os sujeitos de estudo, objetivamos aprimorar nossa estratégia de investigação, nos livrando da áurea evocada pelo cientificismo, em que se apregoa uma suposta neutralidade da parte do pesquisador. E assim, considerar a autonomia interpretativa do entrevistado quanto ao fenômeno proposto para discussão.

A cumplicidade da qual lançamos mão para alcançar o sentido do outro tem o método etnográfico enquanto instrumento de sua execução. Onde se usa da informalidade e conversas aparentemente desinteressadas enquanto metodologia de trabalho, “um estilo de pesquisa particular, coloquial e informal, radicado num conjunto específico de habilidades improvisadas e pessoais”. (Geertz, 2001, p. 90). Tal escolha, nos permitiu a adequação do nosso tema de estudo às condições de investigação.

Buscamos desta maneira, a cada encontro com os sujeitos de pesquisa, convencê-los de que estávamos dispostos a entender suas motivações inerentes aos posicionamentos que lhes sobrevinham ante a experiência de ser cuidado. O ponto de vista do nativo, uma regra tão cara à antropologia, ciência que busca a compreensão do outro, costuma ser confessada a quem se tenha como cúmplice, com quem se compartilhe propósitos.

As convenções que orientam a relação entre pesquisador e pesquisados sugere a estes, diferentes papéis. Mas isto não deve impedir que os mesmos tornem-se aliados ante a busca pela compreensão de um determinado fenômeno. Essa relação precisa ser

⁷ Nativos é um termo recorrente em estudos etnográficos, remete-se aos primeiros trabalhos da antropologia quando as investigações davam-se entre povos distantes, percebidos, erroneamente, como selvagens.

entendida como oportuna para a construção do conhecimento. As questões referentes ao tema de estudo devem ser maleáveis o suficiente para considerarem os questionamentos porvir, inquietações que os sujeitos da pesquisa possam ter quanto à temática discutida.

Acreditamos, portanto, que a cumplicidade é feita de trocas. Ela ocorre quando se consegue uma negociação, favorável para ambas as partes, pesquisador e pesquisado, sobre o valor do tema proposto para a discussão. É preciso, não apenas, convencer aos sujeitos de estudo a responder perguntas ou contar coisas interessantes. Antes, se deve descobrir o quanto o assunto em pauta tem a ver com os seus interesses e motivações cotidianas, este interesse, ao ser descoberto, torna-se um dado para a pesquisa. Evita-se desta maneira, desenvolver-se uma investigação sobre um tema que possa vir a ser alheio aos investigados.

RESULTADOS

Capítulo 1. O Contexto

1.1. O contexto

Um contexto é uma parte da experiência – é também algo que nossa experiência constrói; é um ambiente no interior do qual, elementos simbólicos se relacionam entre si, e é formado pelo ato de relacioná-los. Os contextos econômico, social e cultural se articulam em movimento relacional, criando o processo de significação que confere sentido à experiência daqueles que os vivenciam. (WAGNER, 2010, p. 78). Caracterizar, portanto, o contexto onde vive o usuário hipertenso, torna-se oportuno ante nosso objetivo de conhecer a construção do conhecimento, que é a construção dos significados, sobre o processo saúde e doença, tendo como nível de análise a experiência do cuidado.

1.2. Distinta localidade

O interior de cada moradia exprime, em sua linguagem, o estado presente e, até mesmo, passado daqueles que o ocupam.

(Pierre Bourdieu, 2008)

A Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) tem sob sua responsabilidade o cuidado de moradores de cinco distintas localidades. Número como já mencionado neste trabalho, que transgride a prescrição do Ministério da Saúde que preconiza para cada UAPS o número máximo de três equipes de saúde da família. Conforme dados disponibilizados pela Secretária de Saúde do município⁸, essas cinco localidades têm uma população estimada de 13.423 pessoas.

Com o intuito de preservar a identidade dos participantes desta pesquisa, optamos por não identificar a Unidade de Atenção Primária à Saúde investigada, e consequentemente as localidades de sua abrangência. Sendo assim lançaremos mão de

⁸ A Secretaria de Saúde do município nos disponibilizou o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) - Consolidado das Famílias Cadastradas do Ano de 2011.

nomes fictícios para nos referirmos a essas localidades, optamos por identificá-las respectivamente como: A, B, C, D e E.

O quadro abaixo apresenta dados relativos às cinco localidades, esses números nos subsidiarão na tarefa de caracterização das dimensões econômica e social do contexto em que se encontra inserida a UAPS estudada. Quanto à discussão relativa à dimensão cultural, nos apoiaremos no trabalho de observação participante e conversações informais, realizadas com os moradores durante visitas feitas às comunidades. Momento no qual estivemos, em boa parte do tempo, acompanhados pelos agentes comunitários de saúde.

QUADRO 2 – Características sócio-econômicas das localidades atendidas pela UAPS*

Localidades	População	Nº de Famílias	15 anos e mais alfabetizados		Pessoas cobertas com Plano de Saúde		Hipertensos	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%
A	2.742	771	2.120	95, 50	284	10, 36	408	14, 88
B	2.578	748	2.104	96, 69	528	20, 48	324	12, 57
C	2.688	803	2.188	95, 75	317	11, 79	397	14, 77
D	2.669	807	2.109	96, 92	513	19, 22	346	12, 96
E	2.746	744	1.976	91, 44	139	5, 06	319	11, 62

*Dados extraídos do Sistema de Informação de Atenção Básica, disponibilizados pela Secretaria de Saúde do município de Juiz de Fora.

Consideraremos os recursos de renda e educação, bem como as privações de serviços básicos, enquanto referência de análise para discussão quanto à distribuição das condições de vida entre os moradores das diferentes localidades que se encontram sob os cuidados da UAPS Inverno. Acreditamos assim, que a origem social do usuário

hipertenso tem repercussão sobre a experiência do cuidado, e conseqüentemente, quanto às chances de vida. (COSTA RIBEIRO, 2003, p. 384-86).

A localidade **E**, conforme aparece descrito no Quadro 2, é quem apresenta o menor número de famílias. Entretanto, seu contingente populacional é maior do que o encontrado nas outras localidades. O que sugere que nesta comunidade as famílias sejam mais numerosas. Todavia é na localidade **E**, onde se verifica o menor percentual de pessoas com hipertensão, 11, 62%. Enquanto que, na localidade **A**, que apresenta população parecida com a **E**, embora tenha um número maior de famílias, tem 14, 88% de seus moradores diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Constatamos ainda que, a comunidade aqui identificada como **E**, apresenta o menor número de pessoas alfabetizadas e com acesso a planos privados de saúde. O que nos permite acreditar que, descobrir-se hipertenso, pode ser um privilégio de classe. É quando a saúde distribui-se de forma desigual.

Vejamos: enquanto nas localidades **A**, **B**, **C** e **D**, os percentuais de domicílios que contam com a rede pública de abastecimento de água são, respectivamente, de: 96, 76%; 99, 06%; 93, 52 e 98, 88%. Na localidade **E** o valor é de apenas 52, 69%. Esta disparidade também vai aparecer ao analisarmos os números de moradias com sistema de esgoto: 94, 16 (**A**); 98, 66 (**B**); 86, 55 (**C**); 100, 00 (**D**) e 52, 02 (**E**) – ver Quadro 3. A falta de saneamento básico é marca da pobreza. Impondo àqueles que a vivenciam sentenças como prazo de vida e doenças periódicas - é sobre os corpos que incidem as sequelas de pareceres político-econômicos.

QUADRO 3 – Condições de saneamento básico nas localidades*

Localidades	Residências com abastecimento de água pela rede pública (%)	Residências com sistema de esgoto (%)
A	96,76	94, 16
B	99,06	98, 66
C	93, 52	86, 55
D	98, 88	100, 00
E	52, 69	52, 02

*Dados extraídos do Sistema de Informação de Atenção Básica, disponibilizados pela Secretaria de Saúde do município de Juiz de Fora.

Partimos do pressuposto que em contextos de desigualdade social atuam mecanismos de exclusão, os quais, o aparato técnico-organizacional da Estratégia Saúde da Família (ESF) não consegue reconhecer. Defendo aqui a hipótese segundo a qual, o Estado mediante uma política pública pode, por um lado, amenizar o sofrimento inerente a condição de vida das classes desfavorecidas. Entretanto, isto não seria suficiente para impedir que o mesmo se torne elemento de uma estrutura reprodutora da desigualdade social, ao ser incapaz de alcançar pela sua metodologia de trabalho, o que é o caso de uma política de saúde com suas diretrizes e práticas, a dinâmica que perpassa os mecanismos de distinção social que vigoram na sociedade brasileira.

Nesse sentido, gostaria de fazer uma breve digressão. A localidade **E** esteve por mais de dois anos sem médico. Uma das explicações que encontramos para este “descaso” seria que, “ninguém quer ir pra lá” (PS). Embora nesse período vários profissionais de medicina tenham chegado à UAPS. A eles é dada pela Secretaria de Saúde do município a oportunidade de escolherem para qual localidade desejam ir, desde que a mesma esteja descoberta. Resultado, de todos aqueles médicos que ali chegaram, nenhum deles optou por atuar em uma área muito pobre, e que pra piorar, fica muito distante da UAPS, cerca de 10 km. A verdade é que, a fama de uma determinada comunidade costuma percorrer o imaginário dos médicos da família. Em outro trabalho, (MAIA, 2009), tivemos a oportunidade de discutir esse assunto quando constatamos a preferência, de alguns médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família, por áreas mais *light*, tendo esses profissionais, corriqueiramente, ao terem que atuar nessas comunidades carentes, a sensação de estar diante de um *usuário inadequado*. A distância social e cultural que pode vir a existir entre profissionais da medicina e usuários de áreas carentes, torna essas localidades pouco atrativas, e de certa forma, indesejadas. O que nos leva a crer, que ser morador de uma comunidade onde vivem pessoas com baixa renda, sem saneamento básico e menor nível de escolaridade, pode desfavorecer a oportunidade de ser cuidado.

A equidade, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), não empresta sentido à prática de cuidado dispensado à localidade **E**. Já que, sendo a comunidade mais vulnerável do ponto de vista econômico e social, deveria ser priorizada quanto ao envio de médicos. A decisão, de boa parte desses profissionais, de evitarem esses locais com muita pobreza, tem a ver, em certa medida, com suas preferências pessoais, a *vontade própria* que, conforme o esquema interpretativo disponibilizado pela nossa cultura, é lícita de prevalecer sobre o *papel perfeito da lei*. Ao deixarem de ir, ou serem enviados, para essas localidades, deixa-se de reconhecer o direito que seus moradores

têm à saúde. Legitimam-se práticas de distinção, e que se tornam práticas de descuido - quando preferências pessoais corrompem o uso da equidade.

O privilégio de tomar decisão, e fazer escolhas, como fica claro, condiz com a condição de classe. O cuidado ao hipertenso manter-se-á insuficiente diante de um contexto em que a desigualdade social aparece como protagonista. Os anúncios de uma política de saúde, me refiro a suas diretrizes, costumam ser rasurados pela prática, por um cotidiano de onde emergem sujeitos sociais, feitos de necessidades e submersos, quando é o caso, em suas condições de vida. Morar na localidade E significa, por exemplo, ter que contar com a *boa vontade* da agente comunitária de saúde que cede o telefone de sua casa para que usuários se informem com ela sobre as possibilidades de se conseguir uma consulta em “tal dia”. Já que o horário de ônibus do transporte coletivo é escasso, bem como as vagas disponibilizadas para consulta são insuficientes. Em sociedades, onde o direito é um *ornamento de classe*, para se ter acesso aos bens básicos de existência, costuma-se evocar daqueles que ocupam posições públicas, boafé, ou caridade. A origem social é, portanto, um determinante no agravamento das condições de saúde.

De fato, são distintas as condições de vida dos usuários que fazem uso do serviço da UAPS. Percebemos claramente, que dentre as cinco localidades, uma delas, encontra-se em expressiva desvantagem sócio-econômica. Presumo, que muito dos usuários dessa comunidade se quer chegarão, a saber-se hipertensos. Mesmo com a existência de uma política de saúde que prevê em suas diretrizes, visitas domiciliares e trabalhos buscativos. Os princípios da Estratégia Saúde da Família, perpassados pelos ideais de uma reforma sanitária que apregoa a justiça social, são corroídos pelas condições materiais de existência, ordem econômica vigente, que impele parcela considerável da população brasileira ao estado de desfavorecidos; excluídos, desta forma, das condições básicas de saúde. A lógica que rege as relações sociais é permeada por princípios discriminatórios e de exclusão, que se tornam sofisticados, imperceptíveis até. A nosso ver, o que a desigualdade social tem de mais cruel não é o barraco de madeira, a criança de barriga inchada e com os pés no chão – os sentidos da pobreza, onde se comunica que pobres, são aqueles que “não têm rosto, não têm identidade, não têm vontade e são desprovidos da razão”, dizem mais do que os horrores da privação material. (TELLES, 2006, p. 117-118). Mas sim, as explicações e significados disponibilizados as nossas estruturas, neste caso de pensamento, que orientam nosso agir, que é capaz de pautar a prática de uma política de saúde, sugerir as

escolhas ante um cotidiano de cuidado feito de usuários de distintas localidades, enfim, nos ensina a fazer distinções.

1.3. Inventários da localidade

Tão logo chegamos à UAPS procuramos fazer contato com os agentes comunitários de saúde (ACS), por acreditarmos que seriam informantes indispensáveis ao nosso trabalho de contextualização das localidades em que vive o usuário hipertenso. Nascimento (2010) descreve-os como profissionais capazes de realizarem “uma leitura micro sistematizada da microárea que lhes cabe acompanhar - eles são conhecedores de tudo o que acontece em sua região”. (p.89).

Os agentes comunitários de saúde disponibilizaram, a partir de suas falas e depoimentos, inventários da localidade, onde apresentam as diversidades e particularidades referentes aos fatos sociais, inscritos em uma dinâmica local, e que escapam à pontualidade e exatidão ensaiada pelos números. Eles nos contam histórias, confidenciam detalhes, apresentam o seu parecer, deixando-nos em condições de ler aquilo que Geertz (1989), em sua teoria interpretativa da cultura, chamou de “manuscrito estranho, desbotado, cheio de elipses, incoerências, emendas suspeitas e comentários tendenciosos, escritos não com os sinais convencionais do som, mas com exemplos transitórios de comportamento modelado”. Nesse sentido, a análise cultural que realizamos do contexto em que vive o usuário hipertenso, prioriza a “avaliação das conjecturas”, “uma adivinhação dos significados” que emprestam sentido à experiência de ser cuidado. (p. 7-14).

Para a caracterização do contexto cultural, percorremos as cinco localidades. Essas visitas foram previamente agendadas com os agentes comunitários de saúde, e quase sempre, aconteceram no horário da manhã. A visita à localidade E, por ficar mais distante da UAPS, contou com a colaboração da Secretaria de Saúde que nos cedeu carro com motorista para o transporte até a comunidade. As visitas duravam em média três horas, foi possível entrar nas casas, conversar com os moradores, assistir ao cotidiano daquelas pessoas. Perceber, por exemplo, o prazer, na face de uma moradora, mesmo sendo hipertensa, de fazer na hora do almoço, feijão com toucinho de porco – “só um pouquinho não faz mal, o médico falou, não pode é exagerar né.” (usuário).

A localidade C foi a primeira a ser visitada. É onde fica situada a UAPS. Acompanhado por duas ACS percorremos as seis microáreas em que se divide a localidade. Essa divisão é prescrita pela Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo o

ACS sob sua responsabilidade, o acompanhamento de um número determinado de famílias, que constituem sua microárea de atuação. No caso da localidade C o total de famílias cadastradas chega a oitocentos e três (803) ⁹.

Enquanto caminhávamos pela comunidade fomos surpreendidos por uma nota de falecimento, que fora anunciada através do alto falante da igreja católica. As informantes me explicaram que essa prática, “ajuda as pessoas a não deixarem de ir ver um conhecido, quando morre.” (PS). O anúncio é feito várias vezes, percebo que algumas pessoas saem de suas casas, todas demonstrando certa reverência ante ao acontecido. Entretanto, acredito, e pelo que pude ver, nenhuma tristeza coletiva pairou sobre a comunidade, ante a nota de falecimento. Os moradores manifestam curiosidade sobre a causa da morte. Até que logo chega alguém para “matar essa curiosidade”. E de “boca em boca” todos ficam sabendo de que, afinal, fulano morreu. Nesse caso, tinha sido infarto. Foi o que ouvimos.

Como mencionado acima, o anúncio do falecimento é feito por uma instituição religiosa. O que se dá de maneira objetiva, sem muitos detalhes, resumindo-se à divulgação do nome completo de quem faleceu, o local onde corpo será velado e o horário do sepultamento.

O sentido da morte é pautado por um ethos religioso, que, conforme nos explica Geertz (1989) é capaz de “conservar a provisão de significados gerais em termos dos quais cada indivíduo interpreta sua experiência e organiza sua conduta” (p. 93). Entender a forma como o morador da comunidade interpreta a morte pode nos ajudar a compreender o sentido que o mesmo dá à vida.

“Ela foi descansar, Deus sabe o que faz”. Pudemos ouvir estas falas, naquele momento em que, coletivamente se julgava o falecimento de um dos moradores da comunidade. Nas entrevistas realizadas com usuários hipertensos, eles sempre se remetiam à saúde como o que vem logo “depois de Deus”. (usuário). Esse entendimento sobre o que seja saúde, inevitavelmente, repercutirá no cuidado com a mesma. E é aí que surge o confronto entre saberes. Pois, essa perspectiva, que encontramos nos usuários, difere daquela que se anuncia pela prática médica, que se pauta na cientificidade;

[...] sendo a medicina moderna uma profissão fundada nas ciências genuínas, deve ser os médicos treinados como *cientistas* (grifo nosso), não apenas para

⁹ Dados extraídos do Sistema de Informação de Atenção Básica, disponibilizados pela Secretaria de Saúde do município de Juiz de Fora.

poderem exercer corretamente seu ofício, mas para diferenciá-lo de outras práticas oriundas da mera imaginação e que estão a afrontar o saber validado pelo método científico. (...) um enorme esforço exige a atitude científica, a mente inquisitiva, a análise de dados, a definição de limites, a postura epistemológica adequada. (BARBOSA; MASSUD, 2007, pp. 16-17).

E mesmo que, a experiência de ser cuidado, vivenciada pelos usuários provoque um diálogo entre esses mundos. O fato é que, trata-se de perspectivas contrastantes, cujo sentido pode vir a ser estruturado a partir de noções de subjugação.

Retomaremos essa discussão mais a frente quando formos discutir o processo de construção do conhecimento que atravessa a experiência de ser cuidado. Continuando, portanto, nossa tarefa de, ainda que minimamente, ressaltar algumas das principais características das localidades onde vivem os usuários hipertensos, passemos à localidade **E**.

Esta localidade, bem como parte da localidade **A**, tem uma paisagem rural. As casas ficam distantes uma das outras, as famílias têm o hábito de criar em seus quintais galinha e porco, cultivam plantações de hortaliças, alguns dos moradores mantêm criação de gado. Já existe luz elétrica.

Nessas comunidades, diferentemente das outras, as ruas, vale lembrar, que ainda não têm asfaltamento, ficam vazias. Para conversar com os moradores foi necessário ir até as casas.

Nossas conversas sempre se iniciavam com a apresentação dos objetivos desse estudo, o que procurávamos fazer da maneira mais popular possível. Intentando assim deixá-los bem a vontade, de forma que pudessem nos confiar a experiência de ser cuidado pelo Sistema Público de Saúde (SUS).

Nesses encontros, persistia uma espécie de *queixa-comum*, que nos fora relatada pelos moradores; o postinho (UAPS), diziam eles, fica muito longe. Alguns me confessaram sobre a esperança, de que algum dia, o prefeito possa construir na comunidade, esse serviço de saúde.

Estas pessoas têm fé na vida, e desta fé lançam mão ao terem que cuidar da saúde. Acreditam que uma hora as coisas mudam. Lembram-me do quanto o mundo já mudou, e segundo elas, foi para melhor. Antes, por exemplo, não havia transporte público nessa região. Hoje já existe, embora, a meu ver, funcione de maneira muito precária. Os horários de circulação das linhas de ônibus são escassos. O deslocamento até a UAPS é penoso, e os profissionais de saúde sabem disto. Vários deles, afirmaram sempre considerar o fato de, este usuário ter se deslocado de tão longe para buscar por atendimento. Acreditam assim, que eles só irão à UAPS quando realmente precisarem.

Enquanto outros, muitas das vezes, procurariam o serviço de saúde “sem estarem com nada”. (E1). Este entendimento sobre o cuidado é perpassado pela noção de dignidade, “estar com alguma coisa ou não”, para usar o dialeto dos profissionais da UAPS, lhe dignifica de ser atendido. Sugerindo ao usuário que ser atendido tem haver com merecimento. Isto explica o motivo pelo qual muitos, na hora de tentarem conseguir uma vaga para ser consultado, dramatizam sua dor. Recordo-me do meu primeiro dia na UAPS, quando pude presenciar o diálogo entre duas profissionais de saúde, em que uma dizia para outra, em relação ao usuário que buscava por atendimento: “você tem que ficar esperta com ele”. (E1).

Os moradores dessas duas localidades, que me pareceram com aparência de rural, ao buscarem por cuidado carregam sua origem, levam para sala do doutor sua localidade. Que, se por um lado não seja atraente o suficiente para atrair profissionais de medicina recém-contratados pela Secretaria de Saúde do município. Por outro, os favorece ao serem compensados por sua origem social - morar longe e ser mais pobrezinho. O que nos permite acreditar, que o cuidado ao usuário seja atravessado por sua localidade, capaz de dizer muito sobre quem ele é.

As outras duas localidades **B** e **D** constituem, digamos, a parte nobre do contexto. Nelas reside a população favorecida economicamente, ao menos, quando comparada com a pertencente às outras localidades (**A**, **C** e **E**). Foi possível encontrar casas com até três carros na garagem, construções luxuosas, embora localizadas em uma rua, onde há um córrego, não canalizado, em que são despejados os esgotos domésticos. Mas todas as ruas são asfaltadas.

Quanto a esse córrego, em algumas partes de seu trajeto, foram construídos passeios, que são utilizados pelos moradores para fazerem caminhada. Uma atividade física que é recomendada pelo doutor a todos os hipertensos, porém a oportunidade de caminhar nas margens do córrego depende não apenas de uma decisão do usuário quanto à mudança de hábitos de vida, ela está relacionada com as condições de vida, bem como com a cultura a qual pertence o usuário.

Como convencer um operário da construção civil, ou quem sabe uma faxineira, ao chegarem em casa, trocarem de roupa, e irem caminhar? Sendo que, durante todo o dia realizaram em seus respectivos trabalhos, atividades que exigem um alto grau de esforço físico. Alguns destes usuários, com os quais conversei, consideram essa proposta absurda. Não faz sentido. Para Marc Augé (1999), a ideologia do reconhecimento, através da multiplicidade de seus marcadores espaciais e temporais, procede de uma experiência e constitui um saber, que só faz sentido no interior das

fronteiras onde se encontra encerrado, no interior, daquilo que ele chama de universo do reconhecimento. (p. 116). Evidenciamos desta forma, que os conselhos de saúde recomendados pelo doutor ao usuário, podem chegar a este, desprovidos de sentido.

Em visita a localidade **D**, pude conversar com um senhor hipertenso, que fez grandes elogios ao trabalho da UAPS. As expectativas desse morador quanto ao serviço de saúde se resume à troca de receita do seu remédio de hipertensão. Quando precisa ter uma consulta com um especialista médico, opta por pagar pela consulta particular. Assim, não tem que ficar por quase um ano, aguardando e reclamando. O que o difere daquele morador, do qual falamos aqui, que mora longe da UAPS, que vive em um mundo mais difícil.

Os usos que esses distintos usuários fazem do serviço público de saúde são diferente. A ida à UAPS, por um usuário, deve ter sua frequência relacionada com sua condição de vida. Quanto maior a dependência que o mesmo tiver do Estado, de suas políticas sociais, espera-se que o mesmo recorra à base mais próxima desta instituição - diante de qualquer “aperto” que a vida lhe traga. Constatamos que as chances de ser cuidado têm muito a ver com as oportunidades de vida. Oportunidade de comprar remédio, ou quem sabe de caminhar. O que torna múltiplas as experiências de ser cuidado.

Capítulo 2. CARACTERIZAÇÃO DA UAPS

2.1. SUS: política de papel

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantado no começo dos anos 1990, após ter sido promulgada a lei Orgânica da Saúde (lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990). Tendo por orientação um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, parte de uma concepção mais ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito. Os principais princípios e diretrizes do SUS estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde são: Universalidade de acesso em todos os níveis de assistência; Igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; Integralidade da assistência; Participação da comunidade; Descentralização político-administrativa. (LIMA; MACHADO; NORONHA, 2008, p. 435-440).

Este aparato político e ideológico, descrito acima, tem sido cotidianamente questionado pela realidade em que se constitui o sistema público de saúde. “Depender do SUS não é fácil”, comentam seus usuários, “é demorado!”. Seja enquanto se busca por atendimento em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, que representa o primeiro nível de atenção à saúde, ou na liberação de um leito para internação hospitalar. Tal descuido é experienciado, tendo repercussões sobre os mecanismos de apreensão quanto ao processo de adoecimento vivenciado pela população. Sentidos são comunicados a partir de símbolos e emblemas, que no caso do SUS, figura-se em uma fila de espera por atendimento, na falta de medicamentos, em gestos e fatos, com os quais os usuários se deparam no cotidiano de cuidado, de forma que, o ato interpretativo sobre sua realidade encontre referências no vivido.

Nesse contexto de desumanização é que questionamos a particularidade que parece ter sido dada a política de saúde em questão - uma política para pobre. Historicamente neste país legitimam-se práticas de descuido às classes populares. O Estado é incapaz de garantir, o básico, o direito à saúde. O SUS é uma idéia que nasceu sem exemplos, apresentando, portanto, incompatibilidade com as estruturas que regem a sociedade brasileira. Uma política pública, em que pese seu teor inovador, não possui elementos necessários a rupturas com o todo, ao contrário, tende a esmorecer ante a realidade histórica, que não se move por sentenças ou promulgações, e sim por interpretações e posicionamentos daqueles que a vivenciam. Os mecanismos necessários a rupturas, não residem na lei em si, mas no uso que se faz dela. O SUS, enquanto

documento, norma e diretriz, testemunha o anseio da sociedade por mudanças no cuidado à saúde. Carregando em sua pauta os anseios por justiça social. Documento, entretanto, que é invalidado ante o quadro organizacional da sociedade brasileira, que acomoda injustiças, atrelando à tragédia, e ao sofrimento, valores pessoais, omitindo os jurídicos. Governa-se o país não pelas mãos de um governo, mas pelo ethos de seu povo. Não queremos reduzir aqui, a uma explicação tão somente culturalista, os motivos pelos quais o SUS até hoje, quase não saiu do papel. Mas defendemos a importância desta abordagem para o entendimento dos mecanismos que regem a estrutura social em que se acomoda a sociedade brasileira – uma sociedade em que, a força das leis é tida como esperança. (DAMATTA, 1997a, p. 238).

A universalidade, um dos princípios do SUS, idéia fixa, que povoa o imaginário dos movimentos que lutam por direito sociais, não condiz com o jeito com o qual apreendemos a manusear as leis;

Eis o que parece ser o dilema brasileiro. Pois temos a regra universalizante que supostamente deveria corrigir as desigualdades servindo apenas para legitimá-las, posto que as leis tornam o sistema de relações pessoais mais solidário, mais operativo e mais preparado para superar as dificuldades colocadas pela autoridade impessoal da regra. (DAMATTA, 1997a, p. 237).

Nosso sistema de relações sociais é pessoal, e prevê atalhos. Rasura projetos, opta pelos improvisos, desconsiderando o geral. Isto significa que as injustiças sociais, a miséria, a demora na fila do SUS, são consequências do jeito brasileiro de viver? De alguma maneira sim. Ou então, de quem é a culpa? Um grupo de coronéis que governam a nação? Também. É verdade. A sociedade que construímos, com suas leis e serviços de saúde é consequente de uma combinação de fatores. É feita de uma história, ensinada por uma cultura - estruturas e eventos num constante movimento de reedição.

Em sua apresentação, quando fala de si própria, a sociedade omite seus conflitos. Suas normas quando escritas e promulgadas, podem vir a se distanciar dos preceitos que significam as ações, dos sentidos que regem as relações sociais. A lei Orgânica da Saúde conota-se em positividade, tem haver com a forma como nos projetamos enquanto povo, um país que fez e ainda faz do progresso, feito de leis e livre de injustiças, um projeto nacional (TELLES, 2006, p. 85). Representa uma decisão de acabar com a distribuição desigual em saúde. É o que, de fato, parecemos querer.

Entretanto, o SUS vivido institucionaliza o descuido, onde encontramos o aumento da precarização das relações de trabalho na saúde, persistência de

desigualdades no acesso, problemas no âmbito da qualidade e resolubilidade da atenção em diversos serviços, e ainda, uma baixa participação dos investimentos no gasto público em saúde. (LIMA; MACHADO; NORONHA, 2008, p. 435-440). Quando julgados, no imaginário social, estes desafios e problemas do sistema público de saúde são geralmente atribuídos a questões de ordem administrativa, gestão do dinheiro público, a corrupção e aos políticos. Criando-se expectativas que em um governo porvir, a Saúde melhore.

Uma política pública é manuseada pelas interpretações dos sujeitos que a praticam, constitui-se de experiências diversas. Nela se inscreve o jeito de viver de um povo. Sua parte jurídica, a estrutura física e organizacional, seus recursos humano, relacionam-se, assimilam mecanismos culturais. Os usuários do SUS quando questionados sobre a experiência de ser cuidado, remetem-se a outra experiência, a de ser pobre. Sabem que, na prática, o sistema público de saúde condiz com a vida que levam.

2.2. A Etnografia do Espaço

2.2.1. Porta de entrada

A Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) representa o primeiro nível de contato da população com o Sistema Único de Saúde (SUS) - é comumente chamada de porta de entrada. Sua localização territorial é considerada estratégica para promoção do acesso ao cuidado institucionalizado. A UAPS é entendida pela comunidade, como a instância mais próxima e conhecida do poder público, o que a torna, do ponto de vista institucional, sofisticada:

[...] Desde meados da década de 1970 vêm se multiplicando os Centros e Postos de Saúde no Brasil. [...] O fato de estarem mais profundamente inseridos na dinâmica da comunidade local, de terem constância e continuidade de atuação, de integrarem ações educativas, preventivas e curativas e de serem de fácil acesso à população proporciona a esses serviços grande potencialidade no enfrentamento do quadro de adoecimento e morte. (VASCONCELOS, 2008, p. 22-23).

Na atenção primária, “você tem tempo para observar”. (M2). Ela é oportuna para construção de vínculos e solidariedade entre aqueles que a vivenciam. E para cuidar “é preciso ter a confiança do usuário”. (M2). O aprimoramento da atenção primária tem se dado pela Estratégia Saúde da Família. Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção. Esta concepção desenvolve-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade. (BRASIL, 2011).

2.2.2. A UAPS Inverno

No lugar que antes fora uma creche pública hoje funciona a Unidade de Atenção Primária à Saúde. Segundo informações colhidas junto aos moradores da comunidade, bem como dos profissionais de saúde, antes de ocupar esse espaço, a UAPS teve por endereço dois outros lugares. Há onze anos, porém, conforme consta na placa de inauguração fixada na varanda da UAPS, passou a funcionar nesse local que antes fora uma creche.

Como linha de cuidado a UAPS segue as diretrizes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Embora, possamos observar que algumas práticas de cuidado ali encontradas, o que inclui seu processo organizacional, destoam do que é prescrito pela ESF; por exemplo: o número de equipes que trabalham na UAPS chega a cinco. Todavia, esse número é superior ao estabelecido pelo Ministério da Saúde, que preconiza o máximo de três equipes de saúde da família por UAPS.

Essas equipes são formadas por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Isto, quando se encontram completas, o que não é o caso da UAPS Inverno.

Na sala de espera, fixado em uma das paredes, há um quadro de avisos, onde consta uma lista com o nome dos profissionais e a área de atuação. Entretanto, após levantamento feito junto aos profissionais da UAPS, constatamos que essa lista encontra-se desatualizada. Em nosso trabalho de observação participante, percebemos que o usuário, quase não recorre às informações que se encontram fixadas nas paredes da UAPS, prestando mais atenção ao que lhes é dito pelos processos relacionais que constituem o *espaço de cuidado*.

Dentre os motivos que justificam a desatenção dos usuários ante as informações dos cartazes fixados nas paredes da UAPS, está a desorganização com que esses avisos estão expostos. Não havendo, desta forma, um critério que oriente a fixação dos cartazes, o que torna sua exposição confusa. É possível encontrar cartazes, fixados próximo ao teto da UAPS, informando sobre os requisitos para a marcação de consultas, assim como, ler em um cartaz de propaganda da administração municipal a listagem das últimas obras feitas na comunidade.

A aposta nesta forma de comunicação, onde se fixa cartazes nas paredes com o objetivo de deixar os usuários a par das informações, sobre as quais, acreditam os profissionais de saúde, sejam necessárias para o bom funcionamento da UAPS, bem como para o aprimoramento, da parte do usuário, com o cuidado em saúde; apresenta-se para a comunidade de maneira pouco atrativa. Essas informações fixadas na parede são identificadas pelos usuários como regras, que em sua auto-suficiência encarnam o rigor do autoritarismo, ficando assim, sem a pronúncia inerente ao diálogo, em que se dá “o encontro dos homens para a tarefa comum de saber agir”. (FREIRE, 2005, p. 93). Enquanto o usuário, parece esperar por uma pedagogia em que se leciona com afetuosidade, capaz de reconhecer aquilo que ele tem a dizer, por exemplo, sobre a discordância quanto ao horário de funcionamento da UAPS, que desconsidera a rotina de vida daquelas pessoas que tem pressão alta, e que “trabalham até mais tarde” (usuário). Desta maneira, o usuário, ao não prestar atenção nas informações que veiculam nos cartazes, parece estar se opondo à frieza e ao abandono que se conotam nas letras que decoram a parede da UAPS, que acabam por ser vistas pela comunidade, enquanto um monte de papel.

O quadro de funcionários da UAPS Inverno é constituído por um porteiro, uma auxiliar de serviços gerais, uma atendente responsável pelo agendamento de consultas com especialidades médicas, cinco técnicas de enfermagem, quatro enfermeiras, uma das equipes está há quase três anos sem enfermeira, cinco profissionais de medicina e vinte e nove agentes comunitários de saúde. A Unidade de Atenção Primária à Saúde recebe periodicamente acadêmicos de medicina e de enfermagem, provenientes da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), e de uma instituição privada de ensino da cidade. Todos esses profissionais são coordenados por uma gerente, que tem sua nomeação feita pela secretaria de saúde do município.

Mensalmente acontece uma reunião geral, coordenada pela gerente, onde se discutem questões referentes ao funcionamento da UAPS. As equipes de saúde da família, separadamente, também se reúnem. Porém com uma frequência maior, semanalmente. Entretanto, não são todas a seguir este protocolo, que é determinado pelo Ministério da Saúde.

A estrutura física da UAPS divide-se em: cinco consultórios médicos, farmácia, uma cozinha, três banheiros, um destes é de uso restrito aos profissionais. Conta ainda, com espaços que são identificados como salas; de espera, da gerência, da CMC (central de marcação de consultas), de reuniões, de exame ginecológico, de vacina, para coleta

de exames e realização de curativos, e uma sala que é usada tanto para nebulização, quanto para o armazenamento de materiais, como gazes e soro fisiológico.

A UAPS oferece atendimento à comunidade de segunda à sexta. O horário de funcionamento pela manhã é das 7h às 11h, período em que se tem maior busca por atendimento, ficando fechada para o almoço dos profissionais das 11h até as 13h, quando reabre, para vir a encerrar suas atividades às 17h.

A UAPS disponibiliza a comunidade os seguintes serviços: aferição da pressão arterial, realização de curativos, marcação de consultas com especialistas médicos que atendem em centros de saúde da atenção secundária e terciária, exames de sangue, fezes e urina, serviço de eletrocardiograma, vacinação, consultas com profissionais da medicina e da enfermagem, distribuição de leite para crianças desnutridas. Às mulheres, público majoritário na UAPS, é oferecido exame preventivo ginecológico (Papanicolau).

Aos usuários hipertensos a UAPS disponibiliza: grupos educativos, consultas periódica com o médico da área, com intervalo de tempo que varia entre três a seis meses - conforme a classificação do hipertenso em uma escala que vai de hipertenso leve a hipertenso grave - aferição da pressão arterial e distribuição de medicamentos.

Nos últimos dias de realização do trabalho de campo foi possível constatar a reiniciação de grupos educativos, principalmente aqueles destinados aos usuários hipertensos. Quase sempre o motivo da suspensão desse tipo de atividade deve-se a saída dos profissionais de medicina da UAPS. Com a chegada de outro (s) médico (s) é grande a possibilidade de que as equipes de saúde da família voltem a realizar essa atividade. Os grupos educativos acontecem no período da tarde, geralmente fora da UAPS. Uma igreja evangélica e outra, que é católica, localizadas na comunidade, cedem às equipes de saúde da família seus espaços para realização dos grupos.

A rotatividade de profissionais de medicina e da enfermagem na UAPS é muito grande – “não para médico aqui” (usuário). O que tem como agravante a demora do gestor local em repor o quadro de funcionários ante as baixas, sejam estas, por motivos de ordem pessoal, invalidez ou burocráticos. Uma das equipes de saúde da família chegou a ficar por quase três anos sem médico. No período do trabalho de campo, uma das equipes encontrava-se sem enfermeira. Pude constatar, a partir de conversa informal com a profissional da secretária de saúde do município, responsável pelo envio desses profissionais à UAPS, que esta falta de médicos e enfermeiras, não é uma realidade

apenas da UAPS Inverno. De maneira geral, o município tem encontrado dificuldade para manter completo seu quadro funcional nas Unidades de Atenção Primária à Saúde. Creio não ser aqui o momento para nos remetermos às questões de natureza estrutural relativas ao sistema público de saúde. Todavia, sabemos que este debate é pertinente à nossa temática de estudo. Esta discussão foi apresentada em momento anterior. (Ver: SUS: POLÍTICA DE PAPEL).

2.2.3. Imaginar-se no outro

Do lado de fora da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) existe um jardim, com bancos e rosas. Ele é usado pelos usuários como sala de espera – um ambiente muito agradável, florido e com pássaros cantando. Não sei se, de alguma maneira, essa paisagem consegue comunicar encantamento aos que ali aguardam pela consulta. Esse jardim é também o local onde muitos aproveitam para fumar, enquanto esperam, intranqüilizados, pelo chamado do médico.

Outros usuários preferem aguardar pelo atendimento na varanda da UAPS, ali há muita conversa, contam casos sobre o cotidiano de suas vidas, fazem elogios ao remédio que o doutor passou, recomendam-se médicos, e também se queixam da demora pelo atendimento. Aliás, esta é uma das queixas que mais ouço dos usuários.

Na varanda são organizadas as filas para marcação das consultas realizadas com os médicos da Unidade de Atenção Primária à Saúde. Os agentes comunitários de saúde (ACS) são os profissionais que fazem este trabalho. Eles organizam as filas, formando-se um total de cinco filas, que correspondem às cinco áreas atendidas pela UAPS, e então, distribuem as vagas conforme a ordem de chegada dos usuários ao serviço de saúde. No piso da varanda estão inscritos os números correspondentes às cinco equipes que atuam na UAPS, conforme identificação no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Cabe ao agente comunitário de saúde informar ao usuário qual o número referente à equipe responsável pelo seu cuidado.

A cada semana as equipes de saúde da família disponibilizam um ACS para organizar a fila da sua área. Existe uma escala para realização deste trabalho. Quanto ao horário para marcar consultas com os médicos da UAPS, ele inicia-se às 7h, não tendo um horário específico para o término, enquanto houver vagas marcam-se as consultas,

mas essas vagas são disputadíssimas, levando muitos usuários, na tentativa de garantirem sua consulta, a chegarem antes das 4h (da manhã) na UAPS. O que nos possibilita entender, ao menos em parte, o porquê de usuários intranqüilizados no jardim, e ainda, a constante queixa quanto à demora pelo atendimento. Sendo que, muitos desses usuários, terão que aguardar pela consulta médica, por um período de tempo que pode chegar a até seis horas – e como eles costumam falar: “a gente fica aqui, com fome e cansado, esperando o médico chamar” (usuário).

Entendo que aos ACS é dada esta tarefa, por aqueles que respondem pela organização funcional da UAPS, dentre outros motivos, por conhecerem de maneira aprimorada o jeito de ser dos usuários que ali estão em busca de atendimento – eles conhecem “pessoa por pessoa” da comunidade, “sabem de tudo”, comentam profissionais de outras áreas que atuam na UAPS. O que lhes confere habilidade para manusearem os ânimos e dialogarem com as emoções daqueles que chegam à UAPS a procura de cuidado.

Os agentes comunitários de saúde, enquanto realizam o atendimento aos usuários da UAPS, têm “em mãos” o conhecimento da história de vida dessas pessoas, do qual fazem uso para organizarem seu trabalho - “levando aquilo que nenhum curso ou programa de capacitação é capaz de oferecer: experiência no trabalho comunitário e o conhecimento das relações existentes na localidade onde trabalham”. (CUNHA; FRIGOTTO, 2010, p. 406). Muitas das experiências de vida que os moradores da comunidade vivenciam em seu dia-a-dia, esses profissionais também vivem. Sabem, por exemplo, o que é percorrer cerca de 10 km, a pé, para chegar à UAPS. Conseguem, portanto, imaginar o quanto é decepcionante para uma pessoa, nessa condição, ouvir da atendente do serviço de saúde procurado: “não tem mais vaga”, ou então, “acabou o remédio, por que você não veio antes?” (PS).

Existe entre agentes comunitários de saúde e usuários uma *proximidade cultural* que tem favorecido o diálogo entre eles - a maneira como olham para a vida é muito parecida. Nesse sentido, definimos como *proximidade cultural* a capacidade compreensiva, que sujeitos, pertencentes a um mesmo grupo social, têm sobre suas experiências. Desta forma, compartilhando idéias, sentimentos e valores, usuários e ACS, vivenciam episódios de adoecimento, a conseqüente busca pelo cuidado em instituições públicas de saúde; e então, com bastante afinidade, eles explicam o mundo.

É esta *proximidade cultural* que permite usuários e agentes comunitários de saúde *imaginar-se no outro*, um ato de abstração, movimento perceptivo, que tem forma de dramaticidade, levando ao entendimento, seguido de comprometimento com a experiência vivenciada pelo outro. O ACS consegue se pensar na situação enfrentada pelo usuário no *espaço de cuidado*, o que implica na busca por uma constante coerência no ato de julgar a demanda que os usuários lhes apresentam. Existe assim, um acordo implícito, quanto ao entendimento, entre esses sujeitos, sobre a experiência de ser cuidado pela UAPS. Desta maneira, o trabalho dos ACS no *espaço de cuidado*, provoca no usuário a sensação de sentir-se entendido, comunicando ânimo e paciência no momento das adversidades, que podem surgir durante a busca por atendimento.

Cunha (1995), em discussão feita sobre o trabalho de um grupo de mulheres, identificado pelo nome de Sementinhas, que prestam serviços comunitários a moradores de comunidades carentes, localizadas no estado do Rio de Janeiro; aborda o princípio motivacional que orienta a ação dessas senhoras ante a necessidade do outro. Para a pesquisadora, a capacidade de reconhecer aquilo que o outro precisa, se constitui da “vivência desta necessidade enquanto compaixão pela dor do próximo que move as mulheres na ação. Compaixão que encontra suas raízes não tanto numa mera incorporação dos ensinamentos cristãos, mas na experiência de vida na favela”. (p. 241). Agentes comunitários de saúde e mulheres do grupo Sementinhas têm em comum a particularidade de vivenciarem situacionalidades que sejam afins ao cotidiano das comunidades que se encontram sob seus cuidados – “um conceito de ‘experiência próxima’ é, aquele que alguém usaria naturalmente e sem esforço para definir aquilo que seus semelhante vêem, sentem, pensam e imaginam, e que ele próprio entenderia se outros utilizassem da mesma maneira”. (GEERTZ, 2007, p. 87). Essas experiências em comum, entre usuários e ACS, mais do que favorecer o entendimento, assume o sentido de cumplicidade ante a necessidade do outro.

Outro aspecto a mencionar quanto à relação entre ACS e usuário, tem haver com o fato de, o agente comunitário de saúde na UAPS, enquanto presta atendimento ao morador da comunidade, perceber-se investido de poder – a institucionalidade do *espaço de cuidado* é que lhe provoca esta experiência. Sendo que, o “bom” uso deste poder, será conveniente para sua relação com a comunidade. É oportuno ser cuidadoso, ou quem sabe favorecê-la, naquele momento.

Sabemos, entretanto, que a relação entre esses sujeitos não é feita tão somente de momentos de polidez, onde há troca de respeitabilidade e agrados. Existem desavenças.

É comum, por exemplo, a difamação do ACS por parte da comunidade, que pode sentir-se mal atendida por este profissional. Do outro lado, também foi possível encontrar agentes comunitários de saúde que nos apresentaram discurso onde classificam usuários de maneira pejorativa. O que aqui, vale ressaltar é que, como em toda relação, havendo entre os sujeitos que a protagonizam, *proximidade cultural* ou não, são corriqueiros os usos de sentenciamentos morais.

Outros fatores atravessam a relação entre ACS e comunidade. Não é demais lembrar, que o perfil do agente comunitário de saúde é um desses fatores; formação, origem social e religiosidade, particularizam sua maneira de trabalhar. Entretanto, no *espaço de cuidado*, em que pese a individualidade do ACS para desenvolver suas atividades, percebe-se certa uniformidade, eu diria coesão, no sentido durkeimiano dado ao termo, quanto ao agir desse profissional em relação ao cuidado da comunidade, mais particularmente, durante a organização das filas para o atendimento médico. O que nos sugere, que a relação entre usuários e ACS seja, inclusive, circunstancializada pelo *espaço de cuidado*, entendido aqui, enquanto uma “invenção social”, “feito de visões de mundo ou éticas particulares”, não se tratando assim, de “cenários que um sujeito usa ou desusa de acordo com suas estratégias diante da realidade, mas de esferas de sentido que permitem normalizar e moralizar o comportamento por meio de perspectivas próprias”. (DAMATTA, 1997b, p. 44). Desta forma, o fato de, ser atendido em um determinado espaço, expõe os usuários que vivenciam tal experiência à dinâmica relacional da qual se constitui esse lugar.

Diante da circunstancialidade do cotidiano de cuidado da UAPS, a troca de valores, a consideração pelo que o outro está passando, “eu sei o que é, estar ali, naquela fila”, nos diria um agente comunitário de saúde, ou seja, a *proximidade cultural* torna-se um recurso do qual lançam mão na construção de acordos, tanto ACS quanto usuários.

Por fim, quanto ao *ato de imaginar-se no outro*, vale dizer, que não temos a intenção de desconsiderar que outros profissionais que atuam na UAPS, dentre eles enfermeiros e médicos, venham a desprezar esse ato. Contudo, a partir das observações, realizadas sobre o cotidiano do *espaço de cuidado*, bem como das conversações informais que tivemos com os profissionais da UAPS, constatamos que *imaginar-se no outro*, enquanto ação do agente comunitário de saúde ganha forma de ato de *cumplicidade*. Sendo que, para médicos e profissionais da enfermagem, esse ato teria sentido de *aproximação*.

ACS e usuários tiveram suas emoções sujeitas à mesma alfabetização - “as sensações são apreendidas”. (GEERTZ, 1989, p. 179). De uma maneira geral, eles são expostos a determinações sociais semelhantes: moram no mesmo lugar, fazem uso do mesmo tipo de transporte, tendo que lidar cotidianamente com as mesmas dificuldades impostas pela desigualdade social – um traço da nossa sociedade. Além das dificuldades referentes à concretude da vida material, eles compartilham sentimentos, idéias sobre fatos, jeitos de reagir a determinados acontecimentos, maneiras de pensar. A cultura local, na qual se encontram imersos, irá transparecer em cada gesto desses sujeitos, na maneira que apreendem de organizar seus posicionamentos.

2.2.4. A organização das filas e os números.

É feita na varanda da UAPS a formação de outra fila, além das cinco já mencionadas referentes à marcação de consultas com os médicos da UAPS; de fato é pouco espaço para muita fila. Mas felizmente tem-se o recurso de direcionar o crescimento das filas para o jardim. Esta fila é destinada a marcação de consultas com especialistas da área médica, como ortopedistas, cardiologistas, endocrinologistas, etc. O horário de atendimento é das 7h às 7h30min e das 9h às 11h. O intervalo entre esses dois horários é usado pela profissional da Central de Marcação de Consultas (CMC) para fazer o agendamento das consultas. Ao terem marcadas consultas com especialistas, usuários deverão se dirigir a outros centros de saúde (Atenção Secundária e Terciária) para que sejam atendidos.

Conseguir consultar com especialistas de áreas como ortopedia e endocrinologia, pode levar o usuário a ter que esperar por um período aproximado de até seis meses – um dilema. Quem avisa ao usuário sobre o dia para o qual a consulta foi marcada é a própria funcionária da CMC, a partir de um telefonema para o número de telefone disponibilizado pelo usuário no momento em que deu entrada com o pedido de consulta, que está protocolado em um encaminhamento que, geralmente, é fornecido pelo médico da UAPS. Quando acontece do usuário não possuir telefone para contato, o agente comunitário de saúde tem a responsabilidade de informá-lo sobre a consulta.

As filas que se formam na UAPS geralmente são constituídas por usuários que vão a esse serviço de saúde com certa frequência; daqueles que se encontram em uma

das filas, poucos são os que estejam a enfrentando pela primeira vez. Enquanto aguardam pelo atendimento, os usuários aproveitam para conversarem entre si, trocam experiências, compartilham sentimentos, fazem críticas à demora pelo atendimento, reclama disto e mais aquilo, e quando acham necessário, fazem elogios à UAPS. Para Moreira (2007), a organização dessas filas, não devem ser entendidas apenas enquanto um mecanismo burocrático, e que permite a instituição de uma ordem baseada numa regra: a de quem chega primeiro;

[...] Ao que parece, a fila por si só não incomoda, o que provoca revolta e desconforto é a impossibilidade de ver recompensado o esforço de espera. Os sujeitos oferecem nesse recorte a confiança e a paciência na espera – bens simbólicos valorizados enquanto indutores de um circuito de troca – e como retorno esperam ver a retribuição desses bens, na forma de um serviço qualificado, primeiramente pelo atendimento à necessidade de saúde, e mais ainda por um atendimento qualificado com as cores do afeto, do acolhimento e de uma referência terapêutica. (MOREIRA, 2007, p. 312).

De fato, o usuário, enquanto busca pelo atendimento, e às vezes, se vê obrigado a esperar por muito tempo; anseia ser acolhido com afeto, informação e boa-vontade. Contudo, essa espera do usuário pelo atendimento, não se dá com paciência ou compreensão; posturas, que, segundo Moreira, seriam oferecidas pelos usuários ao serviço de saúde, em troca de um bom acolhimento.

O usuário, que provavelmente, já esteve em diversos outros momentos nessas filas, sabe muito bem como elas funcionam. Portanto, ao ter que entrar na fila de espera, não está disposto a esperar demasiadamente, em troca de acolhimento e atenção. Podendo vir a manifestar impaciência e mágoa pelo serviço de saúde em questão, que na visão desse usuário, trata, e atende, ele mal.

As filas de espera são parte do *testemunho de saúde* que se apresenta ao usuário no cotidiano de cuidado. Comunicando ao mesmo, sentidos que podem confrontar suas expectativas quanto ao atendimento. A espera está dentre as queixas mais constantes dos usuários da UAPS, a fila simboliza a espera, a demora, o desconforto, e não a ordem ou a organização subentendida no ato de sua formação. O usuário tem pressa pelo atendimento, sua vida é corrida, cheia de afazeres.

Após a varanda existe um espaço onde os usuários têm acesso à farmácia da UAPS, bem como à recepção, onde devem apresentar os pedidos de exame médico, para que os mesmos sejam agendados, solicitar a aferição da pressão arterial, curativos, marcar consultas, neste caso, quando se chega à UAPS em horário de atendimento no qual o trabalho dos ACS na varanda já tenha terminado.

Sempre que os usuários se apresentam à recepção solicitando algum procedimento, devem primeiramente, informar o número do seu prontuário. Cada família, tão logo, seja cadastrada pelo agente comunitário de saúde recebe um número determinado, que servirá para sua identificação enquanto usuário daquela UAPS. As atendentes que ficam na recepção geralmente são técnicas da enfermagem, enfermeiras ou até mesmo ACS. Durante as observações que realizamos nesse espaço, percebemos que por diversas vezes muitos usuários saíram dali sem alcançar o cuidado requerido, pelo fato de desconhecerem qual o número de sua ficha. A esses usuários, desprevenidos, é recomendado que procurem seu ACS para fazerem o cadastro e então, de posse de um *número*, podem retornar à recepção, para agendar, se for o caso, o atendimento pretendido.

O usuário desprevenido, não entende por que, mesmo diante de um problema de saúde, deverá ter que fazer primeiro uma ficha, tornar-se um *número*, para que, então, possa vir a ser atendido pela UAPS. Muitos ficam nervosos, falam mal da UAPS, xingam de “tudo quanto é nome”, nos relatam as atendentes. Eles entendem que o motivo pelo qual não são atendidos deve-se ao fato do atendimento ali ser muito ruim. As experiências que tiveram com o Sistema Único de Saúde (SUS) comunicam a eles o quanto pode ser difícil, e os usuários fazem questão de enfatizar, “para quem é pobre”, conseguir um médico. Ser cuidado pelo SUS implica em viver dilemas. Dilemas que não devem ser entendidos aqui como intrínsecos aos episódios de doença. Mas antes, como particularidades de uma sociedade, que historicamente disponibiliza, principalmente aos mais desfavorecidos, *serviços pela metade*. Os princípios e as diretrizes de uma política pública, como é o caso da Estratégia Saúde da Família (ESF), onde se anunciam melhorias e mudanças quanto ao atendimento em saúde, costumam se contradizer com o dia-a-dia onde “existem como materialidade, como produção e realidade social.” (GUIZARDI; PINHEIRO, 2008, p. 41).

Para os profissionais de saúde é preciso manter firme a exigência para que o usuário saiba sempre qual o número do seu prontuário. Segundo os mesmos, isto impede que pessoas que não morem na comunidade venham consultar ali, alegam que a

demanda já é muito alta, “ainda ter que atender gente de fora?” (PS) . Enfatizam também que esse controle favorece a manutenção da organização dos prontuários que é classificado enquanto um documento da pessoa, “onde o médico anota tudo o que a pessoa tem” (PS).

2.2.5. O Porteiro

Existe na UAPS, uma portaria de vidro que garante a entrada até aos consultórios médicos. Na portaria encontra-se um porteiro que tem como função controlar a entrada, muito mais do que a saída, dos usuários. Essa porta permanece fechada quase todo o tempo, sendo aberta geralmente quando médicos, ou até mesmo o porteiro, anuncia o nome dos usuários a serem consultados. Segundo o porteiro, o motivo para que ele fique ali, controlando a entrada dos usuários, se deve ao fato destes tentarem constantemente, sem autorização, adentrarem pelos consultórios médicos, motivados pela necessidade de ter uma palavrinha com o doutor – pedir uma receita, xingar pela demora, etc. O porteiro nos relata: “se eu não ficar aqui, nosso Deus! Isto vira uma bagunça. Eles entram, e não querem nem saber” (PS).

Logo que cheguei à UAPS essa situação, na qual os usuários ficam “do lado de fora”, me chamou a atenção. A portaria, todavia, é antecedida por uma pequena sala onde, conforme já mencionamos os usuários tem acesso à recepção, bem como à farmácia. Essa sala é chamada pelos profissionais da UAPS por sala de espera. Enquanto o usuário a entende como um espaço apertado e desconfortável. Por isto prefere aguardar pelas consultas na varanda ou no jardim. Fixada na parede da sala, existe uma televisão que nunca é ligada. Mas uma agente comunitária de saúde me garantiu, que às vezes, eles passam algum filme educativo. Ao lado direito encontram-se os sanitários, relativamente limpos. E ainda um bebedouro, que felizmente funciona. Existem pequenas cadeiras disponibilizadas para os usuários. Ao vê-las pela primeira vez fiquei convencido de que estavam no lugar errado. Deveriam estar em alguma escola infantil. Mais tarde vim, a saber, que antes aquele local fora uma creche pública. Esses improvisos, como vêm ao caso, o uso das cadeirinhas de criança no *espaço de cuidado*, caracterizam o que estamos chamando neste estudo de *serviços pela metade*, onde se testemunham práticas de descuido em relação aos usuários do sistema público de saúde, cuja motivação tem a ver com a maneira com que se tratam pertences e

serviços públicos neste país - uma política pública carrega traços históricos e culturais da sociedade que a constitui, o que implica em especificidade no delineamento do seu funcionamento.

As janelas que dão acesso à farmácia e à recepção têm tamanhos diferentes. As duas janelas têm grades. Os funcionários da UAPS alegam que é para evitar roubos. A janela da recepção é maior, enquanto a da farmácia tem o tamanho de uma caixa de sapato, sem exageros! De modo que o usuário ao se dirigir à “janelinha da farmácia” mal consegue ver quem está do outro lado, ficando assim sem acesso à organização do serviço da farmácia.

Os funcionários da UAPS temem a comunidade, classificadas por alguns deles como hostil. Muitos, com os quais falei, acreditam que estão trabalhando em um lugar violento e perigoso. Desta forma, o ato de manter a portaria fechada é justificado, pelos profissionais de saúde, como uma maneira de se proteger da comunidade, mas também, de garantir a ordem dentro daquele espaço.

2.2.6. Espaço de emoções

Na cozinha, bem como na sala de reuniões há muita conversa, mesmo durante o horário de atendimento. Presenciei conversas que iam desde o ensino de uma receita de bolo, compartilhada com os amigos de trabalho por uma profissional de enfermagem, até comentários sobre os “barracos” que acontecem na UAPS.

Os momentos de folga durante o horário de trabalho revelam o uso da indiferença, pelos profissionais da UAPS, enquanto estratégia de convívio. Uma resposta às desavenças que têm com a comunidade. Fazer o usuário esperar, ou então, fingir que não tem ninguém esperando pelo atendimento significa punição, tem sentido de vingança. É ainda, uma forma de falar sobre o descontentamento com as condições de trabalho. Profissionais insatisfeitos, sem expectativas de que ocorra alguma melhora, encontram-se em estado de desmotivação.

Do outro lado, usuários classificam de “corpo mole”, o que identificamos no posicionamento dos profissionais da UAPS enquanto desmotivação. O usuário, uma vez que, optou pela busca de atendimento junto à UAPS, permite-se vivenciar o sentimento

de expectativa ante ao seu episódio de doença. Espera conseguir a renovação da receita do remédio para a pressão, ou então, o encaminhamento para o cardiologista, quem ele acredita que possa falar alguma coisa para resolver o problema que se ocasiona pela dor que sente no peito. Ir à UAPS é um movimento de esperança. Quando, todavia, depara-se com a “má-vontade”, que se configura nas práticas de cuidado organizadas por profissionais de saúde desmotivados, sente-se afrontado. Sua expectativa parece ser questionada pela realidade que pode vir a encontrar no *espaço de cuidado*, que é um espaço de emoções, onde as relações entre os sujeitos que o vivenciam politizam-se na dimensão emotiva, que disponibiliza instrumentos, entendidos como *maneiras de sentir*, que devem principiar o agir ante a circunstancialidade do cotidiano da UAPS. Portanto, é a “emoção em jogo que modifica a situação de interação” (BONET, 2010, p. 4). Emoção que, vivenciada por usuários hipertensos no cotidiano de cuidado da Unidade de Atenção Primária à Saúde, torna-se “experiência aprendida e expressa no corpo em interações sociais através da mediação de sistemas de signos, verbais e não-verbais.” (LEAVITT, 1996, p. 526 apud BONET, 2010, p. 4).

Falar de emoção, quando se tem por cultura a brasileira, implica em considerarmos os contornos simbólicos dados pela emotividade em nossas relações sociais. Esse fundo emotivo é característico em um sistema de relações que se referencia pela noção de pessoa, lugar que, segundo Damatta (1997a), reina a caridade e a bondade, e onde inclusive, a lei é personalizada. (p. 232). Somos, portanto, um povo sentimental, com enorme dificuldade de separar o público do privado. Já que “as relações que se criam na vida doméstica sempre forneceram o modelo obrigatório de qualquer composição social entre nós”. (HOLANDA, 1995, p. 146). Vejamos, se de um lado, o profissional de saúde tem a sensação de que, atender pessoas desfavorecidas economicamente, é fazer caridade. Do outro, a comunidade, que é carente, entende direito à saúde, enquanto atos de bondade; chamando de bonzinho o médico que cumpre o horário de trabalho, ou o prefeito, que “não deixa mais faltar remédio de pressão” (usuário). O usuário, portanto, em sua apreensão quanto ao atendimento na UAPS, lança mão de categorias que tem como matriz a pessoalidade. A atenção que requerem dos profissionais de saúde baseia-se em afetuosidade e concordância. Relegando a um segundo plano as concepções referentes à noção de direito.

Lembro-me de uma mulher, aparentando ter aproximadamente quarenta anos, que junto de seu filho, uma criança, procurava por uma determinada enfermeira da UAPS: “Se ela estivesse aqui, com certeza daria um jeitinho pra mim” (usuário).

Vejamos outro caso: uma senhora sai do consultório médico, nervosa e xingando a doutora em alto tom. Tinha como queixa, o fato da profissional de medicina negar a ela um determinado pedido de exame: “o que custa?” (usuário).

Para a médica custaria transgredir o protocolo estabelecido pela secretaria de saúde do município, que dita normas quanto aos procedimentos para pedidos de exame. Conforme nos lembra Damatta (1997a), “é preciso reconhecer que a vertente individualizante também existe entre nós” (p. 235). O que não faz sentido para a usuária, que entende que uma médica boazinha, e nesses momentos eles sempre citam o nome de alguma doutora que já passou por ali, faria este pedido. A usuária quer ser tratada enquanto *pessoa*. Reclama assim, da médica “sem sentimento”, que “não pensa” no que ela está sentindo. O lugar do *indivíduo* é onde convém usar da indiferença, apregoa-se a distância, exige-se polidez no lugar da emoção, polidez esta que “equivale a um disfarce que permitirá a cada qual preservar inatas sua sensibilidade e suas emoções.” (HOLANDA, 2007, p. 147).

Ora, desta forma, no *espaço das emoções*, a obrigatoriedade do número do prontuário para se conseguir atendimento, ou o uso do protocolo estabelecido pela secretaria de saúde para se justificar a negação do pedido de encaminhamento feito pelo usuário; tornam-se táticas de convívio, das quais os profissionais de saúde lançam mão. A ESF, política de saúde que vigora na UAPS é pega pelo “jeito brasileiro”. Em que, “diretrizes são subvertidas, entretanto, não rejeitando-as diretamente ou modificando-as, mas pela sua maneira de usá-las para fins e em função de referências estranhas ao sistema do qual não se pode fugir.” (DE CERTEAU, 2009, p. 39).

2.2.7. Uma magoa coletiva

O uso de categorias morais torna o *espaço de cuidado* um lugar de emoções, que deixa gente triste, outras alegres, alguns a espera de afagos. Essas categorias ganham forma na intensidade dos julgamentos proferidos entre profissionais de saúde e usuários, que da parte dos primeiros quase sempre se dá de forma velada. Colhemos alguns desses sentenciamentos morais durante a observação participante realizada no *espaço de cuidado*; vejamos: “gente mansa”, “povo mal acostumado” (PS); “medicozinho”, “doutora ruim” (usuário).

Por poucas vezes, ouvi alguém que estivesse à espera de atendimento, se queixando de dor física, o que não venha a significar que não a estivesse sentindo. Entretanto, sempre falam da raiva, do medo, da angústia, da frustração, que a experiência de ser cuidado pelo SUS pode ocasionar. É como se houvesse uma *mágoa coletiva* quanto ao sistema público de saúde. Algo que, conforme nos fala Mauss (1979), seja “mais do que uma manifestação dos próprios sentimentos, é um modo de manifestá-los aos outros, pois assim é preciso fazer. Manifesta-se a si, exprimindo aos outros, por conta dos outros.” (p. 153).

Houve um dia em que, enquanto observava a rotina do lado de fora da UAPS, um grupo de usuários reclamavam quanto à demora no atendimento. Esta queixa se prolongou por alguns minutos. Fui incluído naquela roda de conversa. Pude, rapidamente, falar do meu estudo, *a experiência de ser cuidado pelo SUS*, o que parece ter atizado o ânimo daquelas pessoas em falar sobre o que significa ter que contar com o sistema público de saúde. Assim que se acalmaram os ânimos, fiquei a conversar com um senhor hipertenso, que durante todo aquele desabafo coletivo foi um dos mais incisivos em suas críticas à UAPS. Entretanto, quando ficamos a sós, ele paulatinamente desfez todo seu discurso de críticas e insultos à UAPS, para me apresentar outro lado do seu parecer. Onde ele afirmava ser muito bem atendido pelos profissionais de saúde.

A contradição, neste caso, se fez, tão somente, ante ao nosso parecer inicial sobre a situação. Pois para aquele senhor hipertenso, um morador da comunidade, envolto, portanto, por um imaginário social onde figura o significado de ser cuidado pelo SUS, fazer elogios ao serviço público de saúde poderia implicar em romper com uma percepção coletiva. Percepção esta, que embora empreste elementos à construção do julgamento sobre o fato em questão, não deve ser considerada de maneira isolada na constituição da interpretação sobre a vivência dos usuários do SUS. Ora, conforme foi dito por Shalins (1990), “sabe-se que os homens criativamente repensam seus esquemas convencionais”. E então, se a convencionalidade sugira arbitrariedade, que no *espaço de cuidado* ganha forma de *mágoa coletiva*, a invenção, em dialética com essa convenção, empresta ao sujeito a oportunidade de rasurar sentidos coletivos – “invenção e convenção mantêm entre si uma relação dialética, uma relação ao mesmo tempo de interdependência e contradição” (WAGNER, 2010, p. 96).

2.2.8. Da pedagogicidade do espaço

A organização do *espaço de cuidado*, que caracteriza o que chamamos neste estudo de *testemunho de saúde*, comunica a distância que existe entre os sujeitos que o constitui - a distância física referenciada pela distância cultural. Os limites e as fronteiras da relação entre UAPS e comunidade ganham formas. As grades da janelinha da farmácia, a portaria de vidro, bem como toda a aparência do *espaço de cuidado* tornam-se símbolos do Sistema Único de Saúde (SUS), onde de alguma maneira são “armazenados” os significados de ser cuidado, sentidos pelos usuários da UAPS. (GEERTZ, 1989, p. 93).

No presente trabalho, o uso da categoria *testemunho de saúde* tem por objetivo compreender o que tem sido comunicado pelo cotidiano de cuidado da UAPS aos usuários hipertensos. É nesse sentido, que nos voltamos para a compreensão da materialidade do *espaço de cuidado*, que testemunha aos usuários uma realidade a ser interpretada.

Durante o trabalho de campo identificamos situações onde a organização do *espaço de cuidado* apresentou-se ao usuário enquanto dificuldade ante a busca pelo atendimento. Uma dessas situações é a presença do porteiro na portaria que garante acesso aos consultórios médicos. Constatamos que a portaria sob a vigilância simboliza aos usuários o quanto é difícil chegar ao médico, ou quem sabe, conseguir uma consulta. O usuário enquanto espera pelo atendimento é vigiado. Tal situação de controle, em que se polícia o espaço, faz com que o usuário experiencie uma antipatia quanto ao *espaço de cuidado*. Esse *usuário em situação* entende que a maneira como as coisas funcionam no postinho, forma que usam para identificar a UAPS, constituem-se de maneira desrespeitosa ao seu estado de sofrimento, a sua condição de hipertenso. O usuário estima por um acolhimento constituído por gestos que comuniquem afetuosidade e amizade. Ao chegar à UAPS anseia por um tratamento, onde seja tratado como conhecido, pessoa íntima, almeja por um encontro do qual estejam dispensadas as formalidades, as normas de organização que caracterizam o espaço público, “que é, em princípio, negativo porque tem um ponto de vista autoritário, impositivo, falho, fundado no descaso e na linguagem da lei.” (DAMATTA, 1997b, p. 55). Linguagem esta, da qual os profissionais de saúde lançam mão para estabelecerem sua comunicação com a comunidade, principalmente em momentos, nos quais percebem, a necessidade de

afirmarem as regras que direcionam o funcionamento da UAPS, e que, portanto, devem ser respeitadas e seguidas, independentes das particularidades que possam haver quanto ao problema de saúde do usuário.

O processo relacional entre usuários e profissionais de saúde é regido por critérios que prestigiam a situação de dependência, enquanto forma de legitimar atos de mando e condicionamento, de uma das partes em relação à outra – a distância social e cultural que existem entre esses sujeitos, bem como a que vigora entre saberes, orienta a organização do *espaço de cuidado*.

Em sua materialidade o *espaço de cuidado* da UAPS Inverno é constituído de uma área ampla, com móveis em sua grande maioria na cor branca, referenciando um ambiente de cuidado, as paredes em seu lado externo encontram-se sob má conservação, precisando ser pintadas, as cadeiras usadas na sala de espera são desconfortáveis, as salas são pequenas, algumas chegam à condição de apertadas, o espaço é pouco ventilado, não existindo sistema de refrigeração; um bebedouro é disponibilizado para os usuários na sala de espera, porém durante a observação percebemos que pessoas de passagem próxima à UAPS, se dirigem a mesma para fazer uso deste bebedouro. Nas paredes internas da UAPS estão fixados diversos cartazes, onde se veicula informações como o quadro de funcionários, os horários de funcionamento do serviço de saúde, a definição do que é hanseníase. Nesse espaço inscrevem-se a maneira como é gerido o cuidado institucionalizado. Se a má conservação das paredes do lado de fora da UAPS nos ofereça indícios para compreensão da maneira com que se tratam recursos e espaços públicos em nossa sociedade, em seu lado interno, onde os cartazes disputam cada canto da parede, pode revelar a desorganização do cotidiano de cuidado, em que são permitidas práticas de descuido e desrespeito ao usuário, como por exemplo, passar horas em uma fila e não receber a informação, que porventura não aparece em nenhum dos diversos cartazes, se será atendido - as estruturas físicas do *espaço de cuidado* trazem em sua estaticidade muito daquilo que figura na dinâmica do nosso sistema relacional.

Freire (1996) nos apresenta discussão sobre a pedagogicidade do espaço. Onde o autor defende que, a natureza testemunhal do espaço, constituída da sua organização e dos objetos nele usados, comunica discursos àqueles que o vivenciam:

É incrível que não imaginemos a significação do “discurso” formador que faz uma escola respeitada em seu espaço. A eloquência do discurso “pronunciado” na e pela limpeza do chão, na boniteza das salas, na higiene dos sanitários, nas flores que adornam. Há uma pedagogicidade indiscutível na materialidade do espaço. (FREIRE, 1996, p. 50).

O *espaço de cuidado*, onde se manifesta o *testemunho de saúde*, sugere ao usuário que ele não tem direito a um atendimento com qualidade. “Negócio é feito moço!”, dizia-me uma senhora hipertensa, usuária da UAPS, sobre a dificuldade que o pobre enfrenta para conseguir cuidar da saúde. As imperfeições com as quais nos deparamos no serviço público de saúde são experimentadas enquanto sentimentos, sentidos coletivamente – a indiferença é cotidianamente lecionada no *espaço de cuidado*.

Essa vivência, entretanto, e eu penso que felizmente, é rasurada e questionada pelo *usuário em situação*; o *testemunho de saúde*, que se apresenta ao usuário na UAPS – deve-se dizer: também se constitui de práticas de cuidado carregadas de afeto e solidariedade -, não o deforma, nem o disciplina, antes, a concretude de que se faz a realidade em saúde, sugere ao hipertenso, em sua busca pelo cuidado, a apoiar-se em táticas, buscar por atalhos. Favorecendo assim, sua inventividade, instrumentalizando-o, incitando à bricolage, deixando lições que o estimulam a encontrar saídas diante dos apertos da vida. O sentido que a cultura a qual pertencem empresta a estes acontecimentos é manipulado pela capacidade inventiva desses sujeitos sociais. Que, sabem como ninguém, e a vida foi quem os ensinou isto, tirar proveito do outro, fazer uso daquelas táticas da qual De Certeau (2009), nos fala, onde os questionamentos não se anunciam pela convencionalidade, antes por uma inventividade que sabe se aproveitar das circunstâncias. “Quando um médico não fala direito comigo, sabe o que eu faço? Não tomo o remédio que ele me passou. Como eu posso acreditar numa pessoa que me trata assim?” (usuário). E se, porventura, o doutor, pensa que ao cometer este ato, a usuária investe contra si própria, deixando de se cuidar, ela garante que até hoje agir assim nunca lhe fez mal.

Capítulo 3. EXPERIÊNCIA E CONHECIMENTO

3.1. O Bem e o Mal: processo saúde e doença sob pontos de vista

Em sua carta de princípios datada em 7 de abril, ano de 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS), define saúde enquanto o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade. A partir deste conceito, o entendimento sobre o que seja saúde, deixa de ficar restrito ao paradigma da biologia humana, passando a considerar a importância de outros fatores, como, meio-ambiente, estilos de vida adotados pela população, e a organização da assistência à saúde. O que implica no reconhecimento do direito à saúde, e conseqüentemente a obrigação do Estado na promoção da saúde. (SCLIAR, 2007, p. 36-37).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), em suas diretrizes, considera a relevância da perspectiva sócio-cultural na definição de saúde. Nos encontros que tivemos com os profissionais que atuam na UAPS Inverno, esse conceito, que assume importância de documento, sempre fora evocado; falam em processo saúde e doença, condições de vida, promoção da saúde. Nestes momentos, aproveitam para se posicionarem e dizer que, todavia, tal concepção de saúde “é linda no papel”, e que na prática, tudo é muito distante e diferente daquilo que “está escrito” (PS). Essa distância, segundo os profissionais da UAPS está relacionada, dentre outros motivos, a falta de vontade política na gestão da saúde, à má-fé dos representantes do povo.

Durante entrevista, uma profissional de enfermagem (E1), se remeteu aos usos que são feitos do tema saúde em nossa sociedade. Para ela, a saúde é uma estratégia, da qual políticos locais lançam mão para alcançarem votos no período eleitoral, no “tempo da política”¹⁰, prometer saúde é uma prática que tem dado certo, no caso, para os políticos. O eleitor, usuário da UAPS, por seu turno, no “tempo da política”, sente-se estimulado a fazer certos pedidos - saúde, mais médico para a UAPS. (HEREDIA; PALMEIRA, 1997, p. 170).

Segundo Lara Luna (2009), as debilidades de funcionamento das instituições públicas de saúde se afinam com a desigualdade social, reproduzindo-a, o que significa que na prática elas contradizem os preceitos constitucionais do SUS. “[...] como o

¹⁰ Ver: Heredia, B.; Palmeira, M. Política Ambígua. In: Patrícia Birman, Regina Novaes, Samira Crespo. (Org.). **O Mal à brasileira**. Rio de Janeiro: Ed UERJ, 1997. Nesse texto os autores desenvolvem a noção de “tempo da política”: [...] Mais do que a suspensão do cotidiano, o que temos durante o “tempo da política” é a criação de um outro “cotidiano”, dentro do cotidiano, que não elimina, mas interfere profundamente na sua maneira de operar. (p. 170).

sistema público, frente às suas debilidades, é propício a instaurar um padrão de má-fé institucional, entendendo isso como uma inclinação constante em abdicar das medidas ou ações que fazem parte oficialmente de sua competência”. (p. 306).

Tivemos a oportunidade de discutir, em outro momento deste trabalho (Ver SUS: política de papel), os motivos que explicam os usos que se fazem da lei em nossa sociedade; por hora, gostaríamos tão somente de registrar a constatação dos profissionais de saúde quanto a esse fenômeno, tendo por objetivo, nesta etapa do estudo, desenvolver a discussão pertinente aos pontos de vistas sobre o que seja saúde. Embora nos caiba aqui, reiterar que o sistema público de saúde, em sua prática, seja uma reinvenção dos sujeitos que o vivenciam. Não tendo, a nosso ver, um culpado específico para seu mau funcionamento. Em que pese os ditames do processo de dominação presente em nossa sociedade, este não é o único mecanismo a integrar nosso sistema de relações sociais, sendo preciso reconhecer a importância da perspectiva relacional enquanto modo de tecermos convívios e negociações.

Sem os investimentos públicos necessários, os profissionais da UAPS acreditam que não há saúde. “Saúde é moradia, emprego, comida”. (PS). Mas é também responsabilidade do usuário, que “briga aqui na fila para conseguir consulta, mas não tem coragem de ir à secretaria de saúde exigir a contratação de um médico”. (E1). [...] a saúde é responsabilidade do usuário. [...] mas para ele a saúde é “terciária”! (T1). Terciária, pois, para esta profissional, o morador da comunidade não coloca a saúde em primeiro lugar, priorizando em seu lugar, por exemplo, a busca por bens de consumo.

As escolhas feitas pela comunidade quanto à organização do seu viver, onde decidem suas prioridades e posicionamentos a partir das sugestões feitas pela cultura a qual pertencem, são percebidas com desconfiança pelos profissionais de saúde que atuam na UAPS. A percepção do mundo é organizada a partir de uma perspectiva cultural, o que dá origem a visões desconstruídas das coisas, conforme afirma Laraia (2005), que complementa dizendo: “homens de cultura diferentes usam lentes diversas.” A fala da profissional, citada no parágrafo anterior, revela sua dificuldade em entender as decisões dos usuários quanto à saúde.

A divergência de opiniões costuma emprestar sentido aos sentenciamentos morais, tendo repercussão sobre o atendimento dispensado à comunidade, que é classificada, segundo o ponto de vista dos profissionais de saúde, em *usuários difíceis de compreender*, capazes de brigar, “armar o maior barraco” para conseguir uma consulta (PS), mas não entender, o quanto é importante sua ida à secretaria de saúde, reclamar pela falta de médicos; e em usuários *bem vistos*, que conseguem se adequar as

expectativas, profissionais e acredito principalmente culturais, daqueles que lhes cuidam a saúde;

[...] esse julgamento moral é inerente às relações humanas, mas, na relação entre profissionais de saúde e clientela popular, tendia a ser apressado, sem um movimento prévio de busca por entendimento de comportamentos não compreendidos inicialmente. Pelo contrário, o julgamento moral imediato bloqueava a iniciativa de esclarecimento, e a sua enunciação como se fosse uma análise científica conferia-lhe uma rigidez que dificultava o seu questionamento. Os profissionais de saúde, impressionados com a miséria, tendem a esperar que os moradores das periferias urbanas estejam sempre mobilizados, numa busca constante racional de melhores condições de sobrevivência. (VASCONCELOS, 1998, p. 50).

E para a comunidade? O usuário hipertenso que vive a experiência do cuidado na UAPS? O que chamam de saúde? Qual a relação, entre tal concepção e a organização que fazem do cuidado à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)? E ainda, de que maneira a experiência do cuidado tem repercutido sobre o entendimento quanto ao o que seja saúde?

A saúde, acreditam boa parte dos usuários pesquisados neste estudo, “é Deus quem dá”. A saúde é um bem, o corpo é obra de Deus. Foi ele quem o fez. Esta é uma crença que perpassa o imaginário social da sociedade brasileira, e que ganha contornos simbólicos específicos em determinados contextos. Desejar saúde é um costume entre nós. Não é assim? Que manifestamos nossos votos, nas datas de aniversários, no momento do nascimento: “que Deus lhe dê muita saúde”.

O entendimento quanto ao que seja saúde tem repercussão sobre os posicionamentos tidos pelo usuário hipertenso ante ao quadro de agravamento da enfermidade. A hipertensão, doença crônica, cotidianamente é descrita pelos profissionais da UAPS, enquanto problema de saúde que não tem cura, e que, portanto, é preciso tomar o remédio de controle da pressão, por toda a vida. Levar a sério, essas advertências feitas pelos profissionais de saúde, adotá-las, pode ocasionar em atos de reconsideração sobre os pareceres culturais que convenciam o agir em saúde do usuário.

Desta forma, assumir-se hipertenso, provoca uma reorganização nas categorias culturais que orientam o usuário em seu cuidado com a saúde. Inicia-se então, um processo negociativo entre concepções, que convencionalmente, disponibilizam sentidos diferentes à manutenção da vida.

De um lado temos o saber médico, pautado pela cientificidade, que vai dizer ao usuário, que, para que o mesmo viva com saúde, ele precisa tomar o remédio, fazer

caminhada, “parar de comer torresmo” (PS). Enquanto que, pela outra parte, acredita-se que “é Deus quem sabe a hora em que a gente vai morrer”. (usuário). A falta de saúde segundo esta perspectiva não seria consequente ao estilo de vida, a hábitos que do ponto de vista médico, não são considerados saudáveis. Mas sim, a vontade de Deus. Para muitos dos usuários que entrevistamos, assumir-se enquanto hipertenso, pode significar em ter que romper com valores disponibilizados por sua cultura, que emprestam sentido ao seu viver.

Acreditamos, que a concepção que o usuário tenha quanto à saúde, um bem que vem de Deus, pode nos apresentar indícios quanto aos porquês, trabalhos de prevenção relacionados à promoção da saúde, costumam a ser rejeitados pelos hipertensos. Evitar o sal, para não ter pressão alta, e ficar com saúde, dica tão comum no aconselhamento do médico da família. Sugere ao usuário que assuma o controle da sua saúde, tenha responsabilidade sobre seu corpo. A concepção biomédica entende a saúde como um bem a ser gerido pelo homem.

Entretanto, o usuário costuma a se sentir melhor ante a idéia que lhe afirma que a saúde não é consequência do trabalho do homem, do seu esforço e conhecimento – tal pressuposto é mais conciliável com seu entendimento sobre a vida. E então afirma: “Eu tenho a saúde que Deus me deu!” (usuário). A saúde é o Bem! Assumir a responsabilidade sobre sua saúde pode provocar certo desconforto àqueles que a concebem sob uma perspectiva de cunho religioso.

Uma das questões observadas ao longo da pesquisa foi que, quando a saúde falta, levando algum ente querido, ou deixando sequelas no corpo, “o corpo torto” (h9), o hipertenso identifica a sua perda como o Mal. E interessante a experiência de perder alguém próximo por problema de pressão alta, pode levar o usuário a aderir ao tratamento, até então negligenciado, proposto pelo profissional de saúde. É quando ele recria suas categorias culturais relativas à saúde. E passa a considerar outros elementos na organização do seu cuidado. As ameaças que o doutor faz, ganham sentido - “Se você não cuidar da pressão você vai ‘entrar em órbita’”. (h2). O usuário constrói seu saber referenciado pelas experiências que teve, nas lembranças que o acometem, ou quem sabe, nos aconselhamentos médico, que ante a perda de um ente por motivo de saúde, costumam ganhar força de profecia.

Gostaríamos de apresentar alguns exemplos de moradores da comunidade que perderam pessoas próximas em consequência de alguma doença. Para então, em seguida, discutirmos a maneira pela qual significam suas experiências combinando valores com informação.

Em uma das localidades atendidas pela UAPS Inverno mora um casal de idosos. Conforme depoimento coletado junto aos mesmos, há aproximadamente uns vinte anos eles fazem uso do serviço público de saúde da comunidade. Os dois são hipertensos e são acompanhados pela equipe de saúde da família. Há dois anos eles perderam o único filho, devido a complicações da diabetes. Durante a entrevista que realizamos com este casal, em sua casa, a quase todo momento remetiam-se à doença que havia provocado a morte do filho. Descrevendo-a como vilã, assassina silenciosa, um mal. Para o casal de hipertensos, a diabetes é o motivo da morte do filho, “se não fosse ela, ele estaria aqui”. (h7). Essa experiência de ter o filho morto por uma doença, hoje motiva o casal, não somente a se cuidar quanto à hipertensão, bem como a apregoar este cuidado. As informações que em algum momento chegaram a eles quanto ao cuidado em saúde, mais especificamente relativas às doenças crônicas, fosse pela mídia ou pelos encontros com os profissionais de saúde, aconselhamentos médicos, grupos educativos; permitiram ao casal ter acesso a um considerável conhecimento sobre o assunto. Entretanto, sabemos que a informação por si só não converte hábitos. É preciso que a elas sejam agregados valores, para que passem a fazer sentido, converterem-se em sentenças capazes de ditar posicionamentos.

A morte do filho comunicou à dimensão emotiva informações que o casal já conhecia quanto ao processo saúde e doença, mas que naquele momento foram reavaliadas, e então resignificadas. O que queremos dizer é que, ante a uma circunstancialidade, nesse caso, a perda do ente, o tema saúde, na vida desse casal, passou por rearranjos estruturais, fazendo com que o ato de cuidar da pressão alta, deixasse de ser visto, e entendido, como prática sem importância, “conversa de médico” (usuário). Tornando assim, o saber que dispõem sobre a hipertensão um mecanismo de orientação quanto ao cuidado.

Vejamos outro caso. Uma usuária hipertensa, durante entrevista, compartilha conosco, sobre a perda da mãe, também, como no caso mencionado acima, atribuída à diabetes. Ela nos contou que, naquele momento, entendeu o mal que esta enfermidade significa. O que hoje, explica a maneira como ela organiza seu cuidado quanto à pressão alta. O esforço que a usuária emprega, para frequentar uma academia, abrir mão do torresmo, é motivado por aquilo que a diabetes comunicou à sua vida ao levar a mãe: um mal silencioso, do qual, se você não cuidar, morre. A mãe da usuária, provavelmente, não se relacionou com a doença crônica que a acometia, da mesma forma que hoje a filha faz - as coisas tem o significado que a gente quer dar. (GEERTZ,

2007, p. 116), tal orientação nos deixa em condições de reconsiderar as categorias culturais ante ao cotidiano, às surpresas que a vida nos prega.

Recordamos aqui, do desespero de uma senhora hipertensa, ao chegar à UAPS em busca de atendimento, alegando estar com a pressão alta. Que insistia em nos dizer que havia perdido a mãe assim, “minha mãe morreu de pressão” (h12). Aquela senhora teve sua pressão arterial aferida pela técnica de enfermagem, que garantiu a ela que sua pressão estava boa - “mas eu estou sentindo esta dor desde cedo?”. Em desabafo, a usuária, compartilhou conosco que estava com medo de morrer do mesmo jeito que a mãe.

As experiências atualizam as categorias culturais, revêem o valor que outrora atribuíram a determinadas informações, aos fatos concretos da vida, as surpresas, levam-nos a revisitar conceitos, nos deixando em condições de ampliá-los, ou quem sabe, lançar mão daquilo que um dia *não* prestou pra vida. O conhecimento que o usuário hipertenso tem sobre o processo saúde e doença, que ele identifica como o Bem e o Mal É, portanto, conseqüente aos processos, tanto de ordem estrutural como relacional, que atravessam a vida. É conseqüente das circunstâncias.

Os pontos de vistas quanto ao que seja saúde, dependem de fatores diversos, mas sem dúvida, são inerentes à oportunidade de empregar a vida prática, o que se sabe sobre algo. Mesmo que esse saber seja referente àquilo, sobre o que, apenas se ouviu falar. Tal processo é o que agrega às informações, sentido e valor - objetos porventura tão inconstantes quanto o curso da vida.

3.2. Descobrir-se hipertenso

Quase sempre é por volta dos cinquenta anos, chegando aos sessenta, que o usuário descobre-se hipertenso. Daqueles que foram entrevistados e observados neste estudo, em sua grande maioria, nos relatam ter descoberto, que tinham pressão alta, a menos de dez anos. Alguns fatores devem ser levados em conta para que uma determinada pessoa alcance o diagnóstico médico concernente ao seu estado de saúde. Dentre eles cabe aqui destacar a disponibilidade de tempo para ir a um serviço de saúde, tão logo surjam os primeiros sintomas da doença. Outro fator é a impressão que a população tem em relação ao sistema público de saúde, que tende a influenciar, de maneira decisiva, a procura pelo mesmo.

O diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica (HAS), nem sempre é um achado do profissional de medicina ou da enfermagem. Quando o morador da comunidade

começa a sentir “a vista piscando, “uma dor danada na nuca” (h4), dentre outras sensações corpóreas pouco comuns. Ele costumeiramente, se dirige a um conhecido, que pode ser alguém da própria família, do seu local de trabalho, ou então, um vizinho. Nesses momentos, geralmente é oferecido ao acometido pela dor, que lhe provoca medo, “medo de morrer antes da hora” (h12); algum medicamento, que pode ser industrializado, uma simpatia, algum chá, e até mesmo o conselho de ir ao postinho procurar pelo médico – postinho é a forma como os moradores da comunidade identificam a UAPS.

Quando o adoentado obtém alívio para seu sofrimento, a partir do chá, ou dá simpatia, dentre outros recursos, que não aqueles específicos da biomedicina, dificilmente o mesmo se encaminhará à UAPS para averiguar, se o que, o vizinho ou o parente falou, estava certo, ou não. A busca pelo atendimento em um serviço público de saúde pode vir a ser evitada até o último momento pelo usuário. Já que, na comunidade, a imagem que vigora do SUS, da UAPS, que ganha forma de sentimento coletivo, se remete a dificuldade, bem com a incerteza - “aquele trem não presta pra nada não”. (usuário). A maneira como se organiza o serviço público de saúde tem comunicado aos seus usuários sentidos, que se tornam referências em eventos de adoecimento. Cremos ser este um dos motivos capaz de nos levar à compreensão quanto ao porquê, o usuário descubra-se hipertenso de maneira tardia - “eu só venho aqui (UAPS), quando não tem mais jeito”. (usuário).

Em outros casos, a descoberta da hipertensão acontece “meio por acaso” (M2). Uma profissional de medicina, aqui identificada como M2, que tivemos a oportunidade de entrevistar neste estudo, nos relatou uma das maneiras pela qual o morador da comunidade virá, a saber, que é hipertenso.

A médica nos conta ser muito comum o usuário marcar com ela uma consulta relativa a um determinado problema de saúde, sem relação com a hipertensão arterial sistêmica (HAS), e durante a aferição da pressão arterial, medida comum em uma consulta médica, verificar que a medida encontrada indicia um possível caso de HAS. Normalmente os usuários que vivenciam situação semelhante a esta, segundo a doutora, são homens, que, conforme ela mesma os descreve: “quase não aparecem aqui (UAPS)”, e que têm trabalho fixo, com carteira assinada. Faltar ao trabalho para fazer uma consulta de rotina, dificilmente será aceito pelo empregador. É então, quando o corpo não suporta mais, que essa pessoa acaba parando em um consultório médico, e vindo então a, quem sabe, descobrir-se hipertenso.

As sensações corpóreas desconhecidas que acometem o usuário causam-lhe desconforto, podendo afastá-lo de sua rotina diária. Dentre uma das maiores preocupações de pessoas que pertencem às classes desfavorecidas economicamente, o que é o caso de boa parte dos usuários atendidos pela UAPS Inverno, está a possibilidade em ter que faltar ao trabalho, principalmente para aqueles que são trabalhadores informais - representa um desconcerto, no já comprometido, orçamento familiar. Diaristas, vendedores ambulantes, pedreiros, quase sempre, não contribuem para previdência social, não sobra dinheiro para tanto. Sendo assim, quando adoecem e perdem a força física, deixam de ter dinheiro, “se não trabalho, não ganho” (usuário), que seria usado para pagar o aluguel, comprar mantimento, de certa forma, o básico para viver. Ficar doente é mais drástico para os mais pobres. Tanto por causa das ineficiências que ainda persistem no sistema público de saúde local, onde essas pessoas são atendidas, bem como pela repercussão que a enfermidade tem na organização de suas vidas. Experiências já tidas, com o processo de adoecimento, deixaram marcas que não se reduzem à dimensão corpórea, tendo repercussão sobre a construção do conhecimento ao qual o usuário recorre na organização do seu agir em saúde; um conhecimento que, portanto, caracteriza-se por apresentar “caráter fluido e processual” (ALVES; RABELO, 1999, p. 16).

A “dor esquisita na cabeça” (usuário), assim como as pontadas no peito, comunica medo ao usuário, que logo se antevê imaginado as implicações de estar com uma doença grave, que lhe tire a força, o seu “ganha pão”, que o obrigue ir ao SUS (Sistema Único de Saúde), depender “daqueles médicos do posto” (usuário).

Em trabalho de entrevista com hipertensos, ouvimos o depoimento de uma senhora, com sessenta e dois anos de idade, moradora da localidade mais carente, dentre as cinco que são atendidas pela UAPS Inverno. Mora com o filho e uma neta, quem ela sempre criou, pois o pai da mesma faleceu quando esta ainda tinha poucos anos de vida. A coleta do depoimento se deu na UAPS, enquanto essa senhora, identificada neste estudo como h12, aguardava pelo atendimento, bem como no momento posterior à consulta.

A senhora hipertensa estava inquieta, não parava, se quer, por um minuto, de queixar-se. Porém, está queixa procedia, não da intensidade da dor que a acometia, e sim, do fato de não entender o que estava acontecendo, precisava dar nome àquelas sensações, que a acometiam desde o começo do dia, conforme relatou-nos. Aliás, queixar-se quanto ao corpo, do problema de saúde, sobre a pontada no peito, não é tão comum no *espaço de cuidado*. As reclamações pertinentes àquele espaço, bem como ao

momento de espera por atendimento, de uma maneira geral, se remetem ao tempo de espera, que segundo os usuários da UAPS Inverno é muito demorado, “a gente cansa de ficar aqui” (usuário).

A inquietude daquela senhora, que se encontrava acompanhada por sua netinha, ambas aparentando cansaço após terem tido que fazer uma caminhada de quase uma hora, sob o calor forte do sol; quanto às alterações do estado funcional do seu corpo, acreditava ela, poderiam ser respondidas na UAPS, pelo médico da família. Ao qual, se quer, naquele dia, viria a ter acesso, pois ao ter sua pressão arterial aferida pela técnica de enfermagem, esta constatou que a senhora estava com a pressão boa, e que poderia voltar na segunda-feira à UAPS, para então marcar uma consulta com o médico de sua área.

As perguntas específicas, que a usuária, tinha para fazer a doutora eram: [...] Por que minha veia ta pulando? [...] O que ta acontecendo com o meu coração? [...] o sangue ta querendo passar para o outro lado, mas não consegue. A incapacidade de saber o que está sentindo representa um momento de sofrimento para o usuário. Ele é então, tomado pela ansiedade e pelo medo. Construindo nessas situações reflexões sobre a vida e a morte. O seu corpo é identificado como o mediador entre esses dois mundos, assume importância relacional. Entendê-lo passa a fazer sentido, ante a manifestação de sensações corpóreas irreconhecíveis e, desta forma, desconfortáveis e inquietantes. O que, em outros momentos, pode não ter parecido tão atraente ou funcional.

Essa senhora sabe que é hipertensa, não segue o tratamento proposto pelos médicos com os quais já consultou. Pois segundo a mesma, “os remédios não funcionam muito bem, e existem médicos “que nem coloca a mão na gente”. O cuidado que encontra no SUS não parece atraente para ela, que espera por uma maior atenção dos profissionais de saúde, quer um médico, que durante a consulta, possa ficar conversando com ela, por um bom tempo, ela sente que precisa contar ao doutor, tudo o que acontece, busca por afetividade e algumas respostas.

Esse cuidado esperado forma-se no imaginário de uma determinada cultura, que fabrica sentidos que se empregam a ocasiões do viver. Quando busca por um doutor atencioso, a usuária se remete ao seu mundo, a suas crenças e experiências diárias. Que, entretanto, não são reconhecidas pela organização do cuidado institucionalizado, que mesmo no caso de uma política de saúde, como a Estratégia Saúde da Família (ESF), que apregoa em suas diretrizes o reconhecimento da cultural local, como fator determinante no processo saúde-doença; não consegue, a partir da interpretação dos diferentes sujeitos que a organiza, desde a gestão dos recursos financeiros à postura da

técnica de enfermagem que afere a pressão arterial, colocar em prática de maneira satisfatória, ao menos, para um número expressivo de seus usuários, um modelo de atenção à saúde que dê conta do ponto de vista, da maneira de entender da população que se encontra sob seus cuidados.

O cuidado que vai ser dispensado ao usuário que chega à UAPS forma-se a partir de um processo em que as condições de trabalho são assimiladas pelos profissionais de saúde, comunicando sentido às suas práticas. Onde o tempo de uma consulta é calculado dividindo-se os minutos de trabalho relativos ao início das atividades até o intervalo para o almoço, ou da reabertura da UAPS após o horário de almoço ao término das atividades, pelo número de usuários que aguardam por consulta. Enquanto atende a este usuário, que teve seu tempo de consulta calculado, o doutor precisa rever o que o protocolo médico diz quanto a determinadas condutas e considerar o tempo de espera, que o usuário provavelmente deverá ter que enfrentar para conseguir a marcação de um determinado exame. As limitações estruturais do sistema público de saúde repercutem na maneira pela qual o cotidiano de cuidado é organizado e interpretado por aqueles que o vivenciam, “o buraco já está no disco” (PS). Com esta colocação a agente comunitária de saúde, se refere ao quanto as más condições de trabalho são intrínsecas ao SUS, e assim reconhece que todo seu empenho em ser uma boa profissional não pode levar muita coisa a mudar. O que implica ao usuário, morador de uma comunidade, que se encontra sob os cuidados do SUS, ter comprometido o acesso ao diagnóstico do problema de saúde que o acomete; seja por motivos concernentes à incompletude da assistência dispensada pelo serviço público de saúde, bem como pelas relações de trabalho presente em nossa sociedade, em que, ao trabalhador, vez ou outra, é negado o direito de ir ao médico.

3.3. Entre mundos, ou entre saberes

A senhora hipertensa (h12), cuja experiência mencionamos acima, de alguma maneira, julgou seu saber insuficiente quanto às sensações desconhecidas que a acometia. Sentiu a necessidade em saber o que se passa dentro do seu corpo, onde o sangue “tá tentando passar para outro lado e não consegue” (h12). Com esta busca e inquietação, assume a possibilidade de reconhecer outro saber, bem como a de empregá-lo no entendimento da vida.

O que o usuário hipertenso sabe quanto a hipertensão, não tem uma relação causal sobre as ações que o mesmo organiza quanto ao cuidado em saúde; “ a intenção

se liga a convenção por um esquema de significação relativo e contextual. Não havendo necessariamente relação entre o que as pessoas fazem e as razões que elas podem ter para fazê-lo”. (SHALINS, 2004, p. 305).

O sentido que atribuímos a um objeto, a um fenômeno, à doença, é volúvel. As idéias e o saber que outrora puderam sentenciar nosso agir são suscetíveis de perderem o poder organizacional diante da eventualidade. Conforme temos argumentado ao longo deste estudo, o mundo vivido é onde aprendemos a lidar com as circunstancialidades, a testar as categorias culturais.

O significado de uma determinada doença é sugerido pela cultura a qual pertence o acometido:

Cada cultura possui sua própria linguagem do sofrimento, que faz uma ponte entre as experiências subjetivas de comprometimento ao bem-estar e o reconhecimento social dessas experiências. Os fatores culturais determinam quais sinais ou sintomas são percebidos como anormais; também ajudam a dar forma a essas mudanças físicas e emocionais difusas, colocando-as no bojo de um padrão reconhecível para a vítima da doença e para aquelas que a cercam. (HELMAN, 2006, p. 117).

Uma mesma disfunção fisiológica pode receber valores diferentes, o que vai depender do contexto cultural em que se manifeste, bem como das avaliações que o sujeito que a vivência venha atribuí – lá;

Assim, o ponto de vista ou a orientação coletiva de uma cultura, o modo como seus membros aprendem a experienciar a ação e o mundo da ação, é sempre uma questão da convenção. Ele persiste ao ser constantemente reinventado sob a forma de contextos convencionais. Mas o meio pelo qual esse ponto de vista é estendido e reinventado é aquele da diferenciação e particularização em termos de contextos não convencionalizados. (WAGNER, 2010, p. 95-96).

A hipertensão ao ser prescrita pelo saber médico, que se manifesta a partir de dicas e aconselhamentos de saúde ao usuário, e mesmo quando, este saber é entregue ao usuário em uma linguagem que os profissionais de saúde julguem acessível à compreensão dos hipertensos, não é suficiente, eu diria ideal, para alcançar adeptos ao tratamento prescrito para a hipertensão.

A tática de lançar mão de uma linguagem mais apropriada, quase sempre, acontece com o uso de metáforas. Uma metáfora, bastante comum, proferida nos grupos para hipertensos é a comparação do sistema circulatório do corpo humano ao sistema de encanamento hidráulico de uma casa, que diante das dificuldades em fazer a água circular pelos canos, devido ao acúmulo de sujeiras, exige um maior bombeamento. No caso do aparelho circulatório do corpo humano, o que dificultaria a circulação sanguínea, seria o acúmulo de gorduras, demandando maior esforço do coração.

O recado dado pelos profissionais de saúde, espécie de tradução da linguagem científica à coloquial. É compreendido e muito bem assimilado pelos usuários. O que não é suficiente para uma conversão às regras que pautam a cartilha de uma vida saudável proposta pela UAPS. Os profissionais revelam-se aplicados no trabalho educativo quanto a definição do que seja a hipertensão arterial sistêmica e dos cuidados que se deva tomar quanto à saúde quando se é hipertenso. O problema não concerne a uma questão de entendimento. Mas sim ao ato interpretativo. Este é orientado pela cultura a qual pertence o usuário hipertenso, que confere as informações recebidas um sentido específico.

Foi possível verificar, que um número considerado de profissionais de saúde, em suas tentativas de ter a população obediente às regras de saúde, como por exemplo, comer pouco sal e evitar comidas gordurosas, fazem uso da ameaça, procurando deixar o usuário com medo quanto às possíveis consequências de não ser seguido o tratamento proposto. “Você quer ficar em uma cama? Dependendo das pessoas? Se você não cuidar da pressão, você vai morrer.” (PS).

Os profissionais de saúde com os quais conversamos, sobre tal prática, alegaram que esta é uma maneira que encontram para fazerem a população levar a sério a hipertensão, pois a negligência ao tratamento é muito comum. Queixam-se dos usuários por serem faltosos às consultas, de não tomarem os remédios da maneira prescrita, continuar comendo tudo o que querem. O que é frustrante para aquele que cuida, que investe seu saber na melhora da qualidade de vida de outra pessoa.

Essas ameaças, sob as quais médicos e enfermeiros apresentam a hipertensão, fazem com que usuários passem a entender a pressão alta enquanto uma doença, que de fato, seja perigosa; “esse tom de ameaça, sutil ou explícito, é frequentemente referido pelos entrevistados hipertensos na sua relação com os profissionais de saúde”. Entretanto, embora tal tática de convencimento acabe por assustar aos hipertensos, “essa ameaça pairando sobre suas cabeças”, neste caso, o medo de ter um derrame, ou alguma outra sequela pelo fato de não cuidar da saúde como o doutor manda, “não é suficiente

para mudar o ponto de vista dessas pessoas que vivem a experiência da hipertensão arterial” (ALVES, 1998, p. 98).

Dito isto, cabe a indagação: por que o medo, as ameaças, que de fato assustam e preocupam, não são suficientes para a adesão dos hipertensos ao tratamento proposto pelos profissionais de saúde?

Vejamos: a proposta que o usuário recebe de mudar de hábitos de vida, implica em romper com uma pedagogia, que durante anos o orientou a viver. Deixar de comer torresmo significa mudar as coisas de lugar. O gosto deste alimento não se restringe ao paladar, ele é feito por uma história. É perpassado por relações. Durante anos, o usuário fez uso desta prática, compartilhando-a com pessoas importantes. É prazeroso para ele ir ao açougue da comunidade e comprar toucinho de porco para a preparação do torresmo. Mais ainda é poder ter um chiqueiro no quintal para criação de dois ou três porcos, esperá-los crescer, e então abatê-los, juntar a família e vizinhos, repartir os pedaços de carne e preparar coisas gostosas de comer.

A culinária é intrínseca à cultura. Sendo perpassada por uma afetuosidade que orienta a relação das pessoas com o alimento. Assim pode-se esperar descobrir para cada caso particular, em que a cozinha de uma sociedade, ou grupos social, é uma linguagem na qual ela traduz inconscientemente sua estrutura. O ato de comer é um feito cultural. (LÉVI-STRAUSS, 1968, p. 35).

Privar-se do torresmo, ou daquela manteiguinha, tão usada em algumas regiões do interior de Minas Gerais, dificilmente acontecerá a partir de ameaças, ou de palestras ilustradas por metáforas. O discurso médico pode chegar ao usuário como uma afronta à sua história de vida. O conhecimento é arraigado em nosso ser por sentimentos, muito do que sabemos e acreditamos nos foi lecionado por uma pedagogia não expressa, silenciosa e muda; aquilo que Bourdieu (2008), em sua discussão sobre o mundo de origem e sua relação com as escolhas mais comuns da existência cotidiana, chama de aprendizagens precoces. Onde, mais do que palavras, nos foram transmitidos valores e sentidos. O usuário está apegado à sua maneira de comer e de viver, romper com isto implica em resignificar sua existência. Reescrever hábitos tem mais haver com a convencionalidade da cultura do que com esforços individuais.

O cuidado ao hipertenso quando feito a partir das orientações epistemológicas do saber médico, sugere ao usuário que o mesmo tenha força de vontade para mudar seu estilo de vida e cuidar da pressão, de sua saúde, da maneira como se deva cuidar - seguindo o tratamento proposto. O que pode significar para o usuário, pedir muito. Pois o mesmo, ao receber esses aconselhamentos, manipula-os, considerando o ritmo de sua

vida, que em seu curso, entre idas e vindas, é suscetível de agregar novos valores e saberes.

A força e a vontade, tem como referências o sentido que a cultura dispensa aos fatos em que as mesmas surgem como possibilidade de enfretamento de situações, como no caso do tratamento da hipertensão. Entretanto, o estímulo, movimento em que convenção (cultura) e possibilidade inventiva confeccionam o agir, que o usuário recebe para se posicionar diante da hipertensão, pode fazer uso de outros mecanismos, diferentes da força e da vontade, imaginadas e sugeridas pelo profissional de saúde para mudança de hábitos.

Força de vontade e disciplina são constantemente exigidas daqueles que buscam por cuidado na UAPS. Não manifestar a propensão a ter estes estímulos pode levar o usuário a ser percebido como *inadequado*.

Interpretar a hipertensão arterial sistêmica como um desafio, “ou você cuida dela, ou vai parar em uma cama, todo torto” (PS), pode parecer pouco atrativo para quem carregar no próprio corpo a disfunção fisiológica, que ao manifestar alterações corpóreas trouxe consigo possibilidades interpretativas. Admitir que, o que é sentido e percebido, receba uma classificação médica costuma provocar desconforto e desconfiança. Pois está classificação, traz consigo a mutilação de entendimentos usados pelo usuário para trazerem alívio a sua dor. Problema de saúde, disfunção fisiológica, vida ruim, seja qual for a nosologia usada, traz ansiedade, muda o ritmo da vida, causa medo. Solicitando ao acometido explicações e sentidos, sem com isto, privando o mesmo, de buscá-los em outros mundos.

Sobre a hipertensão, a interpretação que se tenha quanto a mesma; existe uma relação entre saberes, que podemos também chamar de relação entre mundos. Usuários e profissionais de saúde manipulam o sofrimento a partir de seus mundos. Usam dos mecanismos que aprenderam pela cultura para lidar com a doença – “o corpo é o sujeito da cultura” (CSORDAS, 2008, p. 102).

Se explicitamente, em alguns momentos, estes sujeitos ensaiam posicionamentos contrastantes, negando o que o outro diz. Suas categorias perceptivas são constantemente atualizadas ante ao processo de troca de saberes que perpassa o processo relacional relativo ao convívio entre usuários hipertensos e profissionais de saúde. E mesmo que venham a desconsiderar aquilo que o outro acredita, o fato de conhecê-lo, saber coisas sobre o mesmo, tem implicações sobre a organização do agir desses sujeitos.

O usuário em uma determinada etapa pode vir a não fazer uso das dicas de saúde, incansavelmente proferidas pelos profissionais de saúde, durante as consultas, nos grupos educativos, através das dezenas de folhetos pregados pelo *espaço de cuidado*. O que conferiria as mesmas, nestas circunstâncias, o papel de contra-sentido, o que definimos aqui como elemento comparativo que empresta sentido a configuração da diferença, do contraste, que tem por função relevar a preservação de pertences culturais, como valores, sentidos e saberes - “os homens tampam os orifícios nas barragens de suas crenças mais necessárias” (GEERTZ, 2007, p. 122). Sobre a configuração das diferenças operam os mecanismos que trazem ao usuário orientação quanto aos seus posicionamentos em relação ao tratamento proposto pela UAPS, ou seja, o saber do outro, é um elemento que faz parte do processo de significação.

Entretanto, as dicas em saúde, que em dado momento não se fizeram atraente, em certa altura da vida, podem vir a ser reavaliadas, tornar-se sugestíveis, passar a fazer sentido. É quando se verifica um afrouxamento das fronteiras culturais, aumento da sua porosidade, provocando uma redefinição das diferenças, daquilo que é contra-sentido ou sentido. A relação, que o usuário tem com a UAPS, é constituída por um processo combinatório, onde elementos de cunho cultural, prático e pessoal, redefinem os sentidos, aos quais, o usuário recorre no entendimento sobre a hipertensão.

A construção do conhecimento em saúde tem como mecanismo de produção a relação entre mundos, entre saberes. É consequente ao processo relacional, de que se faz a convivência entre usuários hipertensos e profissionais da UAPS. O saber é comunicado no cotidiano de cuidado, as idas à UAPS em busca de atendimento costumam a pedagogizar a comunidade, que inventa maneiras de fazer críticas bem como elogios ao que encontram.

Em comum, esses sujeitos têm o problema de saúde, a ser resolvido, aqui discutido enquanto hipertensão arterial sistêmica. O que a enfermeira sabe sobre a hipertensão é veiculado na sua prática de cuidado, em seus comunicados, e constantes “puxões de orelha”, destinados àqueles usuários que parecem insistirem em fraudar o tratamento prescrito. Enquanto afeita a pressão arterial a profissional de enfermagem aproveita para ensinar, lembrar da dieta, da importância da caminhada. E o usuário entende tudo, guarda as dicas de saúde, mesmo que possa vir a apresentar dificuldade para recitar, em alto e bom tom, quando requerido nos grupos educativos, sobre o b-a-bá do cuidado a hipertensão. Daquilo que ele ouve falar a respeito da pressão, “que faz dar dor na nuca quando não toma o remédio” (usuário), retira para uso próprio o que lhe

convenha ao momento. Do que discorda, costuma a fazer críticas, ou então simular concordância.

A Estratégia Saúde da Família adota como ações em saúde, de cunho preventivo, a realização de grupos educativos, que são organizados de acordo com as linhas de cuidado prescritas em suas diretrizes: grupo de hipertensos, de gestantes, saúde mental. Investe-se tempo e recurso na educação dos usuários, na tentativa de mudar os hábitos de vida da população, que podem não estar condizendo com o que seja aceito enquanto saudável.

Para a comunidade, estes grupos, quase sempre, são tidos como chatos e cansativos. Tanto que, como estratégia de adesão, as equipes de saúde da família, geralmente atrelam à concessão da renovação da receita médica a participação no grupo educativo. Desta forma, o usuário vai. Mas obrigado, torcendo para que acabe logo. A organização desses grupos, quando ocorrem sob a forma de palestras, pois em muitos casos os chamados grupos educativos resumem-se a troca do lugar de atendimento, que deixam de ser realizadas na UAPS para acontecerem em outro espaço; lembram uma aula convencional onde o profissional de saúde, na frente da sala leciona temas de saúde aos usuários pouco atentos, que precisam ser contidos pelos agentes comunitários de saúde quando resolvem não ficar até o fim.

Essa maneira de ensinar, de divulgar informação é pouco atrativa tanto para os usuários, quanto para os profissionais de saúde. Que tendem, a cumprir, tal tarefa, por ser uma exigência da política de saúde em questão. São vários os fatores que podem nos explicar o mau andamento dos grupos educativos, desde as técnicas usadas para ensinar até a falta de exemplos, daquilo que Paulo Freire (1996) chama de “falta de corporeidade” aos discursos proferidos.

A pedagogia que alcança tanto usuário como profissionais é aquela que se inscreve nas relações diárias. Alcançar aqui, não deve ser reduzido ao sentido de adesão. O aprendizado reside no convívio, no bate boca, que vez ou outra, acontece na UAPS. A educação em saúde ocorre quando o médico em sua visita domiciliar aprende a distância entre a casa do usuário e a UAPS. O conhecimento tem como mediador os sentimentos, linguagem que ensina com sentido. A atenção e afetuosidade conferem credibilidade aos comunicados dos profissionais de saúde, torna o usuário mais atento aos seus dizeres. Todavia, entre saberes, existem distâncias sociais, fronteiras culturais; o saber-poder enquanto autoridade, prestígio instituído, é menos convincente do que o julgam. A dominação é um entendimento geralmente mais seguro àqueles que a praticam, que, ao desacreditarem naquilo que pode estar distante, acabam por desconhecê-lo. A

capacidade de interpretação independe dos condicionamentos, de que ordem seja. A leitura sobre fatos é a oportunidade de inventá-los, dar a eles significado próximo, que carrega sentido de contestação.

O saber tem uma relação direta com o mundo de origem, onde aprendemos nossas crenças e mecanismos de interpretação. E mesmo quando vivenciamos relações com outros mundos, construindo conhecimento, não deixamos de olhar para o lugar de onde saímos.

A relação entre profissionais da UAPS e hipertensos é perpassada por diferenças culturais, o que pode vir a colocar em risco o projeto institucional de promoção da saúde;

O problema enfrentado pelos agentes do sistema de saúde que se enveredam na implementação dos cuidados integrais - razão pela qual sentem que deveriam realizar ações de educação em saúde - é que estão lidando com os saberes dos diferentes grupos e indivíduos. Por isso mesmo, estão lidando com, e contribuindo para produzir, o risco das categorias na ação. [...] Necessariamente, os agentes do sistema de saúde terão que interpretar as mensagens e as ações das populações que, talvez, estejam “vivenciando” significados diferentes. (BONET, 2008, p. 290).

Entre mundos, ou saberes, existem espaços, cujo reconhecimento leva a diferentes usos dessas distâncias. Vejamos: um determinado profissional de saúde ao reconhecer que entre ele e a comunidade, que segundo o mesmo seria “difícil de entender” (PS), há diferenças de status, pode fazer uso desta distinção para assegurar sua autoridade ante a população atendida, fazer valer-se do seu prestígio social. Neste caso, a situação de dependência que o usuário assume ao ir à UAPS, em busca de prescrição da receita médica, confere ao doutor a possibilidade de “jogar” com esta condição. É quando a diferença de papéis, implicada no convívio entre médico e paciente, associa-se, fazendo uso das distâncias culturais e sociais, enquanto estímulos a práticas de repressão, bem como de compensação, da qual o profissional de saúde pode vir a lançar mão, tendo por motivo e justificativa, a animosidade que experiencia cotidianamente na convivência com a população sob seus cuidados. O castigo, onde o médico aumenta o tempo de espera do paciente pela consulta, ou então, a prescrição de um medicamento que o doutor sabe do seu alto valor comercial, e que possivelmente, o usuário enfrentará dificuldade em comprar; são praticas que podemos identificar na relação usuário-profissional de saúde, e que entendemos neste estudo como usos feitos das diferenças. Este manuseio das diferenças, do espaço entre mundos, daquilo a que

falta entendimento aos respectivos sujeitos ao julgarem o outro, nem sempre apresenta forma de dominação, podendo, e acreditamos que felizmente, ser referida por processos de negociação e alteridade.

Com o intuito de avançarmos nesta discussão sobre os usos das diferenças, o espaço entre mundos, lançaremos mão de um caso que nos é apresentado por Clifford Geertz, em seu texto *Os usos da diversidade*, onde o autor tem por objetivo discutir sobre as “assimetrias morais”, bem como os “choques das sensibilidades”, consequentes da diversidade cultural;

O CASO DO ÍNDIO BÊBADO E DA MÁQUINA DE HEMODIÁLISE: O caso é simples, por mais intrigante que tenha sido seu desfecho. Anos atrás, a extrema escassez de máquinas de hemodiálise, em virtude de seu enorme custo, levou, como era natural, a criação de um processo de fila para que os pacientes necessitados de diálise tivessem acesso a elas, num programa médico de governo do sudoeste dos Estados Unidos, dirigido, também muito naturalmente, por jovens médicos idealistas. [...] Para que esse tratamento seja eficaz, ao menos por um período prolongado, é necessária uma disciplina rigorosa quanto à dieta e outras questões por parte dos pacientes. Como iniciativa governamental regida por códigos contrários à discriminação e, de qualquer modo, moralmente motivada, como afirmei, a organização da fila foi feita não somente em termos de capacidade de pagamento, mas da simples gravidade dos casos e da ordem de chegada dos pedidos, política esta que, com as distorções habituais da lógica prática, levou ao problema do índio bêbado.

Esse índio depois de conseguir acesso ao equipamento escasso, recusou-se, para grande consternação dos médicos, a parar de beber, ou sequer a controlar sua ingestão de álcool, que era prodigiosa. [...] Sua postura - a de um sujeito que pretende continuar a ser quem é, independente de quem o outros quiserem que seja -, era a seguinte: sou mesmo um índio bêbado, já faz um bom tempo que sou assim, e pretendo continuar a sê-lo enquanto vocês conseguirem me manter vivo, amarrando-me a essa sua maldita máquina. Os médicos, cujos valores eram bem diferentes, acham que o índio estava impedindo o acesso ao aparelho por parte de outras pessoas da fila em situação não menos desesperada, as quais, na visão deles, poderiam aproveitar melhor seus benefícios - o tipo jovem de classe média, digamos, bem parecido com eles, destinado à universidade e, quem sabe, à faculdade de medicina. Como o índio já estava utilizando a máquina de hemodiálise quando o problema se evidenciou, eles não conseguiram decidir-se (nem creio que isso lhes tivesse sido permitido) a retirá-lo de lá; mas ficaram profundamente aborrecidos - pelo menos tanto quanto o índio se mostrava

determinado, sendo suficientemente disciplinado para comparecer com pontualidade a todas suas sessões -, e sem dúvida teriam concebido uma razão qualquer, aparentemente médica, para retirá-lo de sua posição na fila, se houvesse percebido a tempo o que estava por vir. O índio continuou a usar o aparelho e eles continuaram incomodados durante vários anos, até que – orgulhoso, imagino, agradecido (não aos médicos) por ter obtido um prolongamento da vida em que pôde continuar a beber, e sem nenhum arrependimento – ele morreu. (GEERTZ, 2001, p. 78-79).

Após o caso ser descrito, Geertz faz algumas considerações;

[...] Se houve alguma falha nesse episódio, tratou-se da incapacidade, por parte de ambos os lados, de apreender o que significava estar no outro. [...] ninguém aprendeu muita coisa sobre si mesmo ou sobre qualquer outra pessoa nesse episódio, e absolutamente nada sobre o caráter do encontro ocorrido entre eles, exceto pelas banalidades da repugnância e amargura.

[...] Os usos da diversidade cultural têm menos o sentido de nos separarmos dos outros e separarmos os outros de nós, a fim de defender a integridade grupal e manter a lealdade ao grupo, do que o sentido de definir o campo que a razão precisa atravessar, para que suas modestas recompensas sejam alcançadas e se concretizem. O terreno é irregular, cheio de falhas súbitas e paisagens perigosas, onde os acidentes podem acontecer e de fato acontecem, e atravessá-lo ou tentar atravessá-lo contribui pouco ou nada para transformá-lo numa planície nivelada, segura e homogênea, apenas tornando visíveis suas fendas e contornos. Para que nossos médicos peremptórios e nosso índio intransigente se confrontem de maneira menos destrutiva (e estamos longe de ter certeza de que possam realmente fazê-lo, pois as fendas são reais), eles precisam explorar o caráter do espaço que os separa. (GEERTZ, 2001, p. 79-81).

Entre usuários hipertensos e profissionais da UAPS existe um espaço a ser percorrido, que acreditamos possa trazer um maior entendimento à relação que vivenciam, de maneira que os desafios consequentes à diversidade cultural, diferenças de mundos, possa deixar de se manifestar sob as marcas do rancor ou das mágoas coletivas, e passe a ser motivo de busca pelo conhecimento do outro.

Quem sabe, o ato de *imaginar-se no outro*, prática pertinente aos agentes comunitários de saúde durante a organização da fila de atendimento na UAPS, entendido aqui, enquanto ato de reconhecimento, manifesto sob forma solidária ante a experiência que o outro vivencia, possa vir a ser praticado por outros profissionais que

atuam na saúde da família, bem como pelos próprios usuários. Tal ato permitirá uma resignificação do espaço entre mundos, fazendo que, sobre a distância, que há entre profissionais de saúde e usuários hipertensos, seja ela social, econômica ou cultural, referencie-se a instituição da solidariedade, do afeto e respeito, enquanto elementos da prática do cuidado.

3.4. Biografias

A experiência de ser cuidado pode ser tão diversa quanto àqueles que a vivenciam. Portanto, não podemos falar em *a experiência*, embora saibamos que essa também se constitua enquanto experiência comum, conforme tem sido comentado ao longo desse estudo, nas oportunidades em que nos remetemos à inerência entre a condição de pertencimento a classes populares e a dependência de ser cuidado pelo sistema público de saúde, o que ocasiona, por exemplo, em ter que experienciar a precariedade da assistência disponibilizada pelo SUS. Destacamos algumas, dentre as experiências comuns vivenciadas pelos usuários hipertensos: a demora no atendimento; a busca do culpado pelos problemas de saúde na figura de uma pessoa, do prefeito da cidade ao agente comunitário de saúde; a noção de que, ser pobre, implica em viver dificuldades, que se acirram, quando se adoecer.

Todavia, nesse momento da argumentação, nos propomos a discutir a dimensão individual que perpassa a experiência de ser cuidado, e neste sentido, elas são múltiplas. Dependem de quem a vive, de sua situação familiar, das condições de vida, depende de maneira decisiva, da sua história;

[...] O indivíduo é um ser social, mas nunca devemos esquecer que é um ser social individual, com uma biografia que não é idêntica à de ninguém mais. Isto significa que a vida em sociedade não é uma genuflexão automática diante do ser superorgânico, mas, antes, um rearranjo contínuo de suas categorias nos projetos de existência pessoal. (SHALINS, 2004, p. 309).

Mesmo o usuário estando inserido em uma determinada cultura, apreendendo desde sempre, costumes e os sentidos das coisas, ele é o interprete da sua experiência, não a cultura. Esta presta seu papel, ao lhe sugerir possibilidades e convenções, que, entretanto, são rasuradas, se for o caso.

Conhecemos ao longo deste estudo dezenas de hipertensos, que em sua grande maioria sempre fizeram uso do SUS. Ao todo, foram entrevistados doze hipertensos, que nos permitiram conhecer mais de perto a sua experiência de ser cuidado. Nem todos reclamam do sistema público de saúde, embora no imaginário coletivo vigore a idéia de que “o SUS não presta” (usuário).

A biografia do usuário é quem nos revela muito daquilo, que ele entende de sua vivência sob os cuidados do SUS. Ressalvas sejam feitas aqui, que o tempo do qual dispomos para realização do trabalho de campo, não nos permitiu alcançar de maneira ampla e aprofundada a história de vida do usuário, que seria então, digna de ser identificada como biografia. O uso deste termo tem a pretensão de sublinhar a importância da dimensão individual, da particularidade, do singular, na interpretação dos fatos, enquanto discutimos a relação entre experiência e cultura - a relação entre o que é dito sobre o sistema público de saúde, sua fama, e a maneira como seus usuários vão nos apresentar a experiência que tiveram junto ao mesmo. O SUS, falado e comentado, pode ser diferente do SUS vivido. Tal constatação nos remete à discussão feita por Shalins (2004) sobre ordem cultural e experiência individual, onde o autor faz distinção entre a cultura-tal-como-constituída e a cultura-tal-como-vivida:

A ação começa e termina na estrutura, partindo da biografia do indivíduo como ser social e terminando na absorção de seu ato num prático-inerte-cultural- o sistema-tal-como-constituído. Mas se, nesse ínterim, os signos forem funcionalmente deslocados, postos em relação inéditas uns com os outros, então por definição, a estrutura se transforma; e nesse ínterim, a condição da cultura-tal-como-constituída pode efetivamente ampliar as consequências das ações de um indivíduo. (SHALINS, 2004, p. 313).

Lançaremos mão de alguns exemplos relativos à experiência do cuidado para que possamos fundamentar a argumentação na qual defendemos que a comunidade atendida pela UAPS Inverno, constituída por distintas biografias, vivencia múltiplas e contrastantes experiências.

Uma senhora hipertensa (h9) sempre foi displicente quanto ao cuidado, nunca tomou a medicação da maneira prescrita pelo doutor, e que era incessantemente recordada à mesma pela agente comunitária de saúde (ACS) em suas visitas domiciliares, que sempre insistiu para que a usuária tomasse a medicação, não ficasse sem o remédio.

Há alguns anos, a hipertensa foi acometida por um Acidente Vascular Encefálico (AVE), que é comumente chamado de derrame. Essa senhora é separada, tem a idade de 62 anos, aposentada, e mora com um de seus filhos. Que conforme pudemos constatar parece não se dedicar de maneira devida ao cuidado da mãe, que hoje se encontra impossibilitada de fazer determinadas tarefas - cozinhar, limpar a casa, ir até a UAPS.

Durante nossa conversa, a senhora hipertensa solicita à agente comunitária de saúde que lhe traga remédios da UAPS, porém a profissional de saúde explica a usuária que, pessoas que se encontram na situação dela, com dificuldade de locomoção, mas que more com alguém, “tenha família” (PS), deve ir à UAPS para fazer a retirada da medicação.

Segundo a usuária o que a levou a ter AVE foi a separação do marido, que a teria feito sofrer muito, se sentir sozinha, já que o filho quase não pára em casa. A falta de medicamento, a não adesão ao tratamento proposto pela equipe de saúde da família, a seu ver, teria papel secundário no ocasionamento do derrame.

A hipertensa esta sendo acompanhada por uma fisioterapeuta, que ela contratou, não tem quem a leve ao tratamento fisioterapêutico oferecido pelo SUS. Além disso, as sessões de fisioterapia oferecidas pelo sistema público de saúde são insuficientes para a regressão das sequelas. Outro dado: demora-se muito para ser chamado.

Antes de ser acometida pelo derrame, ela mal ia à UAPS, como dissemos, não seguia o tratamento proposto, que lhe parecia pouco atraente e sem sentido. Hoje, pouca coisa mudou. O médico responsável pela sua área, não segue a diretriz da Estratégia Saúde da Família que estabelece que pessoas acamadas sejam assistidas em suas casas pelo acompanhamento médico. Quem visita a usuária é a agente comunitária de saúde, levando a ela receitas que, tão logo percam a validade são renovadas pelo doutor, as vezes, sem que ocorra uma consulta, bastando as informações que a ACS lhe traz sobre a hipertensa.

Em sua visita, a agente comunitária de saúde, lembra a usuária sobre a importância da dieta, comida sem sal, pouca gordura. Mas a bem da verdade é que a usuária foi quem mais falou, nos contando sobre o quanto sua vida está ruim, pela falta do marido, pela boca estar torta, por não poder mais fazer as coisas que sempre fez.

Antes de sair, a ACS pede para que a senhora assine um papel onde estão registradas suas visitas domiciliares. Com muita dificuldade para segurar a caneta, ela consegue escrever seu primeiro nome. No final do mês quando for feito o fechamento do SIAB (sistema de informação da atenção básica), o esforço dela para assinar seu nome na ficha da ACS, vai aparecer enquanto número de visitas domiciliares realizadas

durante o mês. Nada mais. A espera da atenção, que lhe falta até mesmo da própria família, virá em forma de renovação da receita médica. É o que a UAPS tem para lhe oferecer enquanto cuidado. O que torna dolorida sua experiência de ser cuidada. Uma dor tão intensa, quanto a que acomete seu corpo. A dor do descuido.

O SUS, a UAPS, que sempre pareceram pouco atraentes a essa senhora hipertensa, a fama de não resolver nada, agora se revela impessoal, incapaz de reconhecer a particularidade do seu sofrimento, a dimensão da sua dor. Sua situação comove os profissionais de saúde, “dá pena na gente” (PS), mas não é suficiente para alcançar as estruturas organizacionais da UAPS, da ESF em sua prática, que permite inclusive que profissionais optem por não cumprir suas funções, como a realização de visitas a acamados.

A usuária nos revela que tem assistido em um canal da televisão aberta, a um programa onde são veiculadas dicas de saúde, que lhe dá informações importantes sobre o cuidado, bem como explicações feitas, com clareza, quanto ao seu problema de saúde. Esse programa é apresentado por um médico da família e conta com as investidas que um canal de televisão usa em busca de audiência, e acaba conseguindo, bem como a atenção de pessoas como ela que se encontram desprovidas do cuidado familiar e institucional; e entende que precisa recorrer a outros caminhos, para que de alguma maneira interprete a hipertensão, lide com seu acometimento. O médico da família, em estado audiovisual, consegue representar todo o afeto pelo qual a usuária espera, o médico dos seus sonhos, que ela gostaria de encontrar no serviço público de saúde, alguém que lhe expresse interesse pelo seu problema de saúde. A hipertensa é cuidada por um apresentador de televisão, que poderia quem sabem, nem mesmo ser um médico. Bastasse que o mesmo lhe proferisse a atenção desejada na busca, ao seu modo, pelo cuidado.

Passemos a outro caso. Que se refere também a uma senhora, embora mais velha que a mencionada acima. Moradora da mesma localidade, inclusive da mesma rua, com condições financeiras semelhantes, mas com outra história familiar.

A usuária que identificamos aqui como h8 tem 80 anos, mora com o esposo, tem diabetes e hipertensão. É acamada, o que garante a mesma o direito de receber acompanhamento, em sua casa, do médico da família.

O esposo é quem cuida dela, nas paredes do quarto encontram-se fixadas os horários de tomar remédio, as próximas consultas com especialistas médicos e alguns outros lembretes relativos ao cuidado com a saúde. Durante nossa conversa, o esposo da hipertensa, nos relatou o que tem aprendido sobre a hipertensão, nos conta detalhes, o

que pode, e não pode, comer. Citando inclusive a importância de um folheto educativo relativo a cuidados com a hipertensão, que certa vez, lhe fora dado na UAPS. Ele nos mostra o folheto, e comenta dica por dica. Para aquele senhor, o folheto tem o sentido, a importância de aprimorar o cuidado com sua esposa, saber mais sobre o que se passa com ela, com a vida deles, que mudou tanto, conforme nos conta, depois que ela ficou assim, sem poder andar, fazer as coisas da casa. O cuidado que essa senhora recebe, conta ainda com o empenho dos filhos e das noras, que sempre se prontificam a levá-la ao médico, seja para alguma consulta de rotina ou um novo exame requerido.

Quando a agente comunitária de saúde, que nos levará até essa família, pergunta à usuária por sintomas relativos à hipertensão, a mesma responde: “pé gelado, coração grande; tive infarto, dor aqui” (ela aponta para região torácica); seu esposo complementa “as coisas complicaram demais. SUS é muito complicado”.

Assim como no caso citado anteriormente, a usuária, e sua família, têm que lidar com as demoras para realização dos exames, com o incompreendido, para família e para ACS, posicionamento do médico da família responsável pelo atendimento da localidade onde residem, e que decidiu fazer visita aos seus acamados esporadicamente, deixando assim de considerar as diretrizes da ESF, e, portanto, o direito do usuário. Quando saímos da casa, a ACS me cita uma fala do médico quanto às visitas que deveriam ser realizadas: “o que vou fazer lá?”. Para o doutor essa usuária hipertensa é considerada um caso sem solução, ou um caso para o cardiologista, especialista médico que pode cuidar melhor do seu problema, pensa o médico da família.

Há uma divergência de opiniões sobre o que seja cuidado, entre usuária e médico da UAPS. Para voltarmos à citação de Geertz (2001), uma “assimetria moral”, quanto ao julgamento de determinado fato. Concepções divergentes, que comunicam sentidos, também distintos. As usuárias aqui identificadas respectivamente como h8 e h9, que são vizinhas, esperam por um cuidado que a prática médica na pessoa de um determinado médico, com uma específica trajetória profissional, e algumas outras particularidades, que configura o que chamamos aqui de sua biografia, parece não lhes oferecer. O SUS que é complicado, como nos falou o esposo de h8 é feito por um conjunto de diretrizes, que passam pelo crivo interpretativo dos diferentes sujeitos que o reinventam cotidianamente, falando de seus mundos, usando de seus saberes.

As hipertensas, h8 e h9, experienciam o cuidado dispensada as mesmas pela UAPS, de maneiras distintas. Para uma destas, o cuidado oferecido é entendido como absurdo, negligência, o SUS complicado do qual fala seu esposo. Enquanto, a outra, atribui ao sistema público de saúde pouca importância, revela seu despreendimento

quanto ao mesmo e a conseqüente relativa frustração. O que frustra a esta, o que a adoeceu, nos referimos a h9, foi o partida de seu esposo, assim, busca por uma atenção que pode se figurar na visita do médico da família, assumindo inclusive, a forma de um apresentador de televisão.

Por fim, citaremos mais um exemplo, que se remete a história de uma família, já citada neste escrito, que vivenciou a morte de seu único filho. Trata-se de um casal de hipertensos, que em suas palavras, “perderam o filho para diabetes”. A doença de seu filho os obrigou desde cedo a constantemente recorrerem ao serviço de saúde local, a UAPS. Tiveram a experiência de receberem o cuidado de diferentes profissionais que um dia passaram pela UAPS Inverno. Não revelam se há algum favorito. Mas são enfáticos ao manifestarem sua gratidão, ao trabalho e dedicação, a cada profissional da UAPS, que de certa forma sempre cuidaram, “muito bem”, eles afirmam, de seu filho.

O sentido quanto à experiência de ser cuidado, vivenciada por usuários hipertensos na UAPS, dado pelo referido casal, passa pela história do filho, pelo sentido que o mesmo tem. Eles não esquecem, bem como se apegam a atenção que outrora os profissionais de saúde conferiram ao seu tratamento, as vistas feitas pela médica a sua casa; uma médica, que conforme relato do casal, nem parece que é médica, tamanha a proximidade que a doutora consegue estabelecer com a família, se vestindo de maneira parecida, aceitando o café oferecido na xícara simples, dando risada das suas piadas. Gestos que comunicam compreensão, que pode aqui ser definida como compreensão cultural, entendimento do outro, do que significa estar no outro. Aquilo que Geertz profere como recomendável nos usos da diversidade cultural.

Experiência e cultura estão em processo dialético na vivência do cuidado, as convenções são feitas das invenções do usuário ante a circunstancialidade do curso da vida. Biografias, perpassadas por separações, maridos carinhosos, a morte de um filho, eventos que sugerem ao usuário hipertenso a rasurarem a convencionalidade da cultura do cuidado institucionalizado, que vigora no imaginário social. A experiência de ser cuidado pode ser traumática, desmoralizante, para alguns, nem chegamos a condições neste estudo de concluir se tal percepção é recorrente a maior parte dos usuários do sistema público de saúde. Todavia, o mesmo nos permitiu conhecer pessoas extremamente satisfeitas com o cuidado da UAPS, que não pouparam elogios à assistência recebida. As experiências são múltiplas, bem como as biografias dos sujeitos que as vivenciam. Às quais, o sistema público de saúde-tal-como-vivido, reserva a possibilidade de outros entendimentos.

USUÁRIOS EM SITUAÇÃO – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todos os dias milhares de brasileiros buscam por atendimento nos serviços públicos de saúde, seja motivado por um caso de urgência, ou por uma dor, que há muito lhe incomoda. A realidade que encontram no SUS, em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, é classificada neste estudo como *testemunho de saúde*. Esta realidade é feita da materialidade do espaço, dos objetos que o ocupam - como cadeiras e macas -, da sua arquitetura, do estado das paredes. O *testemunho de saúde* constitui-se dos processos relacionais que atravessam a convivência entre os sujeitos que o vivenciam. É consequência, tanto dos profissionais de saúde, em seus gestos e posicionamentos, como de *usuários em situação*, que com seus modos de proceder, se aliam a invenção, bem como a criatividade para formularem respostas aos desafios e oportunidades recorrentes a experiência de ser cuidado pelo SUS – “desafiados por ele, agem sobre ele”. (FREIRE, 2005).

É preciso que compreendamos o *testemunho de saúde*, enquanto processo relacional, em que há dialética; é impreciso, define-se sob os trâmites da circunstancialidade - descuido e cuidado, raiva e conforto, indiferença e atenção, o *testemunho de saúde* é passivo à invenção dos sujeitos que, ao vivenciá-lo, o constitui.

O sentido comunicado pelas práticas de descuido, que diariamente encontramos nos serviços públicos de saúde, as quais, o povo, comumente, chama de descaso, de fato, pode levar a mortes precoces, agravamentos do estado de saúde - sequelando corpos. Contudo, sendo esta a realidade, com a qual se depara o usuário do SUS, ele usa de táticas que lhe permitem romper com a lógica de dominação, manifesta sob o nome de abandono, que se encontra subscrita nas práticas de descuido, no *testemunho de saúde*, comunicado a ele pelo SUS.

O *usuário em situação* investe em táticas de manipulação, dando à convencionalidade outras versões, capazes de atenderem suas escolhas, que podem ser chamadas de alternativas, ante uma realidade que o afronta. O usuário, desta forma, tem constantemente que jogar com os acontecimentos para transformá-los em ocasiões. (DE CERTEAU, 2009).

Encontrar-se sob os cuidados do SUS, significa ter que esperar mais do que se esperava, e até mesmo, devia - por uma consulta, ou por um exame. A assistência nos serviços públicos de saúde é precária, quase sempre, de fato. Entendamos esses *espaços de cuidado*, enquanto figurações da imagem de um povo. Ali estão, nossas particularidades e concepções, nossos entendimentos e jeito de ser. Quando o usuário

adentra-se na UAPS, ele leva consigo seus preceitos e vontades, que são marca de uma determinada cultura, traços de sua sociedade. As relações que vivem na rua, em um bar, na igreja, ou na escola, ali se reproduzem. O *usuário em situação* é parte do *testemunho de saúde* que ele encontra no SUS. As escolhas que fazemos enquanto povo, ali vão ecoar, se materializar. Os mecanismos disponibilizados pela cultura brasileira para tratar da coisa pública, no *espaço de cuidado*, ficam explícitos.

A neutralidade, espécie de áurea, que é evocada nas práticas médicas, onde se discursa, as vezes, até sob a forma de juramentos, que o cuidado independe de tantas coisas; sendo a vida, o ser humano, objetos de um dever a cumprir – o cuidar. Parece ficar refém de uma cultura, da maneira de ser de um povo. O cuidado dispensado aos milhares de brasileiros que fazem uso do SUS tem como referência nosso sistema de relações sociais. As injustiças que presenciamos no *espaço de cuidado*, o descuido, é uma invenção da nossa sociedade. O usuário hipertenso quando entra no consultório do doutor não deixa do lado de fora suas manias e maneiras de conviver, nossa cultura, que inclusive, disponibiliza mecanismos para acordos e negociação, entre os mundos que a habitam. O prestígio do médico, a dramatização do sofrimento, o choro, o sentimento de pena, a idéia de bondade, são estados peculiares à nossa trama social.

Concluimos assim, que vivenciar a experiência, de estar sob os cuidados do SUS, é um trajeto que não foge, não se desvencilha, ao que o cidadão brasileiro, pertencente às classes populares, encontra em outros espaços da nossa sociedade. O *espaço de cuidado* não representa uma fronteira, delimitada pelo saber científico, onde vigorem leis próprias, desvinculadas do corpo da sociedade brasileira. Quando falamos aqui em reprodução, não temos em mente dar ênfase a processos de dominação, supostamente geridos pela força das estruturas materiais. A reprodução concebida, quanto ao fenômeno estudado, tem haver com o processo reprodutivo de uma cultura, que também pode ser chamado, se for o caso, de mudança cultural; capaz de acomodar a criatividade dos sujeitos que a constitui, sendo atravessada por acordos e negociações.

Quando se discute a Saúde Pública do Brasil, nos jornais, nos canais de televisão, ou até mesmo em uma aula do curso de pós-graduação em Saúde Pública. É muito comum, que se remeta à falta de dinheiro para saúde, acredita-se que o investimento não é o suficiente, o que explica a falta de médicos, de leitos para internação, de medicamentos, etc. Isto faz sentido. De fato, é necessário maior investimento de recursos financeiros na saúde pública, melhores salários para os profissionais, melhorias das condições de trabalho.

Entretanto, concluímos, que não será a quantidade de verba pública que melhorará o trabalho do gestor local, não será o aumento do rendimento dos profissionais de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde que os tornará mais receptivo e acolhedores aos usuários do SUS. Nem mesmo a reforma do *espaço de cuidado*, pintura das paredes, cadeiras novas, são garantias de que as coisas estão mudando. Tivemos a oportunidade de ir a serviços de saúde recém-inaugurados, “novinhos em folha”, mas onde encontramos os históricos problemas.

Medidas devem ser tomadas, sim. Que se pintem as paredes, paguem um salário digno aos profissionais, contratem pessoas competentes para gerirem os recursos públicos. Mas não nos esqueçamos de rever a nossa concepção quanto ao que seja público, que até aqui, parece ter sido entendido como projeção de interesses particulares, sendo manuseado pela idéia de compensação. E isto, presenciamos na atitude da usuária, que ao buscar por cuidado na UAPS, procura por um determina enfermeira, para que esta lhe entregue o remédio da pressão sem ter que apresentar uma receita médica; ou na transferência de alguns profissionais de saúde para áreas mais *light*, com menos pobreza ou adolescentes grávidas, que usam do seu prestígio e “conhecimento”, para favorecer suas particularidades sobre a lei, onde está prescrita a equidade.

Mas a saúde melhorou muito, palavras dos usuários ao avaliarem como as coisas foram um dia, e como são hoje. E como devem ser? Eles esperam por mudanças.

As mudanças necessárias ao aprimoramento do SUS passam por uma mudança da própria sociedade brasileira. O SUS é uma invenção nossa, seja ele tal como constituído, ou tal como praticado.

A minha experiência

Gostaria de finalizar, refletindo sobre minha experiência, neste caso, uma experiência que se remete ao curso de mestrado em Saúde Pública, feito de teorias, de amizades, e da ida a campo.

Um curso de Saúde Pública tem suas particularidades quanto a definições teóricas, bem como representa a promoção da dialogicidade entre distintas epistemologias, que neste encontro devem rever constantemente a rigidez em suas fronteiras.

O processo saúde e doença, quando pensado de forma conjunta, por uma ecóloga, veterinária, enfermeiras, farmacêutica, nutricionista, médicos, e cientistas

sociais – tive estes profissionais enquanto amigos de classe –, oportuniza a troca entre saberes, permite a interdisciplinaridade. E nisto, resulta a possibilidade de agir, quanto ao processo saúde e doença, sob a perspectiva da integralidade.

Sobre minha ida a campo, pude encontrar o descaso com que são geridos os recursos públicos neste país, o sofrimento daqueles que se encontram sob os cuidados do SUS – isto me marcou. O que talvez, até me sirva como ressalva, ante a impassividade, que transpareceu em muitos momentos da nossa discussão. Veja, por mais que ensaie, um silêncio, segundo o qual não lhe convém opinar sobre certos assuntos, o pesquisador deixa vestígios, as vezes, em suas entrelinhas, sobre suas preferências e posições. No meu caso, acredito que os tenha deixado bem à mostra, embora soubesse que uma dissertação de mestrado não deva se confundir com um palanque para panfletagem.

A experiência de realizar este estudo, também me apresentou dúvidas, que acredito devam ser investigadas em uma próxima etapa do meu percurso acadêmico. Dentre essas inquietações, gostaria de sublinhar a que se refere à relação entre as diretrizes que pautam uma política pública e as maneiras em que ocorra sua prática. O SUS por fazer, o SUS em construção, a legitimidade dos discursos institucionalizados e os usos das leis em nossa sociedade, são temáticas que instigam meu continuar, levando-me a crer que aqui se finda uma parte das explorações a serem realizadas sobre esse tema, complexo e tão pertinente à vida dos milhares de brasileiros que estão sob os cuidados do SUS, e desta forma, sob os cuidados do Estado.

BIBLIOGRAFIAS

ALVES, M. G. M. **A voz do hipertenso: representações sociais da hipertensão arterial – um estudo de caso em Jurujuba, Niterói, RJ.** 1998. 171 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: ENSP.

ALVES, P. C. B.; RABELO, M. C. M.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de Doença e Narrativa.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

ALVES, V. S.; NUNES, M. O. Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, p. 131-47, 2006.

ALVES, T. N. P.; PAULA, P. A. B.; STEPHAN-SOUZA, A. I.; VIEIRA, R. C. P. A. O uso do medicamento na percepção do usuário do Programa Hiperdia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (5), p. 2623-2633, 2011.

ANDRADE, L. O.; BARRETO, I. C.H.C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos, G. W. S. et al. (org). **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2006.

AUGÉ, Marc. **O sentido dos outros: atualidades da antropologia.** Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

AYRES, J. R. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, s/n, p. 63-72, 2001.

BARBOSA, Genário Alves; MASSUD, Munir. A Profissão Médica e o Ser Médico. In: Genário Alves Barbosa et al. (Org.). **A Saúde dos Médicos no Brasil.** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2007.

BONET, O. A. R.; FÁTIMA, R. G. T. O cuidado como metáforas nas redes da prática terapêutica. In: Roseni Pinheiro, Ruben Araújo de Mattos. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor.** Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2007, p. 263-277.

BONET, O. A. R. “Educação em Saúde”, “Cuidado” e “Integralidade”. De Fatos Sociais Totais e Éticas. In: Roseni Pinheiro, Ruben Araújo de Mattos. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2008, p. 281-294.

_____. Emoções, afetos e políticas nas práticas cotidianas da ESF. In: 34º Encontro Anual da ANPOCS. **Anais do 34º Encontro Anual da ANPOCS**, Caxambu, 2010.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. **Série Pactos Pela Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Portal Saúde. **Ações e Programas.** Disponível em: www.portal.gov.br. Acesso em: 15 de janeiro de 2011.

BOURDIEU, Pierre. **A distinção. Crítica social do julgamento.** São Paulo: Edusp; Porto Alegre: Zouk, 2008.

CAMPOS, G. W. S.; GUTIERREZ, A. C.; GUERRERO, A. V. P.; CUNHA, G. T. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família. In: G. W. S. et al. (Org). **Manual de Práticas de Atenção Básica. Saúde Ampliada e Compartilhada.** São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

CASTRO, M. M. C.; OLIVEIRA, L. M. L.; SOUZA, A. I. S.; PAIVA, S. P.; LEAL, P. R. A.; RIBEIRO, R. S.; NETTO, M. R. P. F.; FRIANÇA, M. D. A.; BARRA, S. A. R.; CAVACA, L. P.; PARADA, J. M. S. O cuidado ao hipertenso no município de Juiz de Fora/MG: uma análise comparativa em Unidade Básica de Saúde. **Revista APS**, v. 12, n. 3, p. 249-261, 2009.

COSTA RIBEIRO, C. A. Estrutura de classes, condições de vida e oportunidades de mobilidade social no Brasil. In: Carlos Hasenbalg, Nelson do Valle Silva. (Org.). **Origens e Destinos: desigualdades sociais ao longo da vida.** Rio de Janeiro: Topbooks, 2003.

CSORDAS, T. J. **Corpo, Significado, Cultura.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008.

CUNHA, M. B. **Grotão, Parque Proletário, Vila Cruzeiro e Outras Moradas: História e Saber nas Favelas da Penha.** 1995. 408 f. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Educação, Niterói: Universidade Federal Fluminense.

CUNHA, M. B.; FRIGOTTO, G. O trabalho em espiral: uma análise do processo de trabalho dos educadores em saúde nas favelas do Rio de Janeiro. **Interface**, v. 14, n. 35, p. 401-10, 2010.

DAMATTA, Roberto. **Carnavais, malandros e heróis: para uma sociologia do dilema brasileiro.** 6º ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

_____. **A casa & a rua.** 5º ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

DE CERTEAU, Michel. **A invenção do cotidiano.** 16ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2009.

DRESSLER, W. W.; SANTOS, J. E. Social and Cultural dimensions of hypertension in Brazil: a review. **Cadernos de Saúde Pública**, 16(2): 303-315, 2000.

FAQUINELLO, Paula; CARREIRA, Ligia; MARCON, S. Silva. A Unidade Básica de Saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. **Texto & Contexto Enfermagem**, 19 (4): 736-44, 2010.

FARIA, R. C. **Práticas profissionais em saúde da família: uma análise do atendimento à demanda espontânea.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). 2011. 105f. Juiz de Fora: UFJF.

FIRMO, J.O.A.; LIMA-COSTA, M.F.; UCHÔA, E. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. **Cadernos de Saúde Pública**, 20(4): 1029-1040, 2004.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 30ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. 47ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GEERTZ, Clifford. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

_____. **Nova luz sobre a antropologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

_____. **O Saber Local**. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Quando a Dádiva se Transforma em Saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre a sociedade e Estado. In: Roseni Pinheiro, Ruben Araújo de Mattos. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2008.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1992.

HASSEN, M. N. A.; KNAUTH, D. R.; VICTORA, C. G. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

HELMAN, Cecil. G. **Cultura, Saúde & Doença**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

Heredia, B.; Palmeira, M. Política Ambígua. In: Patrícia Birman, Regina Novaes, Samira Crespo. (Org.). **O Mal à brasileira**. Rio de Janeiro: Ed UERJ, 1997.

HOLANDA, S. B. **Raízes do Brasil**. 26ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

IBGE. População. Censos demográficos. **Censo 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 de dezembro de 2010.

JUNIOR, A.G.S; PINHEIRO, R. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: Roseni Pinheiro, Paulo Henrique Martins. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro/Recife: Abrasco, 2009.

LÉVI-STRAUSS, Claude. O triângulo culinário. In: B. Pingaud (Org.). **L'Arc**. São Paulo: Documentos, 1968.

LIMA, L. D.; MACHADO, C. V.; NORONHA, J. C. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

LUNA, Lara. “Faze viver e deixar morrer”. A má-fé da saúde pública no Brasil. In: Jessé Souza (Org.). **A ralé brasileira. Quem é e como vive**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

LUZ, M. T. Fragilidade Social e Busca de Cuidado na Sociedade Civil de Hoje. In: Roseni Pinheiro, Ruben Araújo de Mattos. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2008.

MAIA, O. F. L. C. **Médicos da família: quando o diagnóstico são feridas sociais**. 2009. 42 f. Monografia (Graduação em Ciências Sociais) – Instituto de Ciências Humanas. Juiz de Fora: UFJF.

MALINOWSKI, B.. **Os Argonautas do Pacífico Ocidental**. 3ª ed. São Paulo: Abril Cultural, 1984.

MAUSS, Marcel. A expressão obrigatória de sentimentos. In: Roberto Cardoso de Oliveira. (Org.). **Marcel Mauss**. São Paulo: Editora Ática, 1979.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Textos do Projeto-Piloto VER-SUS Brasil**. Brasília: MS, 2004.

MOREIRA, M. C. N. Dádiva e rede na saúde: circuitos de troca e construção de estratégias de cuidado. In: Roseni Pinheiro, Ruben Araújo de Mattos. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2007.

MOURTHÉ, André. Recursos comunitários em saúde. In: Victor Vicent Valla, Eduardo Navarro Stotz, Eveline Bertino Algebaile. (Org.). **Para compreender a pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro: Contraponto: Escola Nacional de Saúde Pública, 2005.

NASCIMENTO, A.C. **Mulher, família e assistência social**. 2010. 150 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Ciências Humanas. Juiz de Fora: UFJF.

Organização Mundial de Saúde. **Declaração de Alma-Ata**, 1978.

RIPARDO, R. C.; SOARES, C. S.; TAVARES, J. S. C.; TRAD, L. A. B. Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. **Cadernos de Saúde Pública**, 26 (4): 797-806, 2010.

SCLIAR. Moacyr. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1): 29-41, 2007.

SHALINS, Marshall. **Ilhas de história**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

_____. **Cultura na prática**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2004.

TAVARES, Gisele, M.(Org.). **Atlas social – Juiz de Fora: diagnóstico**. Juiz de Fora, MG: Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, 2006. Disponível em: www.pjf.mg.gov.br. Acesso em: 10 de dezembro de 2010.

TEIXEIRA, M. C. S. Sócio-anthropologia do cotidiano e educação: uma perspectiva paradigmática. **Educação e Filosofia**, Uberlândia, 8(15): 75-82, 1994.

TELLES, V. S. **Direitos Sociais: afinal do que se trata?** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

THOMPSON, E. P. **A Miséria da Teoria ou um planetário de erros**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

VALLA, Victor Vicent. Nova ordem mundial e condições de vida no Brasil: modificando as relações entre sociedade civil e educação popular. **Educação e Realidade**, n. 2, p. 19-34, 1994.

_____. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes populares. **Educação e Realidade**, n. 21, p.177-190, 1996.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação popular e atenção à saúde da família**. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

WAGNER, Roy. **A invenção da cultura**. São Paulo: Cosac Naify, 2010.

ANEXOS

ANEXO – A



APRESENTAÇÃO

Vimos por meio desta, apresentar o aluno Otávio Fabrício Lemos Corrêa Maia, aluno regularmente matriculado no curso de Mestrado em Saúde Pública, turma 2010, na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ, que desenvolverá nos próximos meses com apoio e autorização da Secretaria de Saúde, o Projeto de Pesquisa **“A experiência do cuidado vivenciada por usuários hipertensos em uma Unidade Básica de Saúde no município de Juiz de Fora, Minas Gerais”** como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Otávio é um aluno dedicado e pesquisador engajado na busca do conhecimento da realidade social da saúde do nosso país. A pesquisa desenvolvida pelo mesmo será apresentada junto ao comitê de Ética em Pesquisa da ENSP, devendo estar em conformidade com Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Dra. Marize Bastos Cunha

Orientadora responsável pela pesquisa do aluno - DENSP/ Escola Nacional de Saúde Pública

Dra. Marly Marques da Cruz

Coordenadora de Pesquisa DENSP e da Subárea Processo Saúde e Doença, Território e Justiça Social do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública.

ENSP-FIOCRUZ

ANEXO – B



REQUERIMENTO

Exmo. Senhor Claudio de Castro Reiff (Secretário de Saúde do Município de Juiz de Fora, Minas Gerais)

Prezado Senhor

Otávio Fabrício Lemos Corrêa Maia, aluno do curso de Mestrado em Saúde Pública, turma 2010, na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ, portador da cédula de identidade m-8.945.478, residente na rua José Nunes Leal, nº 510, Bairro Santa Luzia, Juiz de Fora – MG, vem a presença de V. Exa. para expor e requerer o que segue:

Nos próximos meses estarei realizando um estudo de cunho sócio-antropológico onde investigarei as interpretações feitas por usuários hipertensos sobre o cotidiano de cuidado vivenciado na UBS do Bairro Linhares. Enfatizando a relação entre a experiência do cuidado e a construção do conhecimento sobre o processo saúde e doença.

Muitos estudos de caráter avaliativo dos serviços de saúde posicionam-se a partir das respostas dos usuários ao atendimento recebido sem alcançarem em sua metodologia as motivações destas respostas. Ao lançarmos mão da perspectiva sócio-antropológica para compreender a experiência do cuidado, podemos abordar a dimensão do sentido, capaz de explicar as ações e decisões que usuários venham ter na relação com os serviços de saúde.

Diante do exposto solicito a autorização para realização de trabalho investigativo na UBS do Bairro Linhares durante o período de três meses.

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

Loca/data

Assinatura

ANEXO – C



PREFEITURA DE JUIZ DE FORA SECRETARIA DE SAÚDE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizamos Otávio Fabrício Lemos Corrêa Maia a desenvolver na Unidade Básica de Saúde do bairro Linhares a pesquisa **“A experiência do cuidado vivenciada por usuários hipertensos em uma Unidade Básica de Saúde no município de Juiz de Fora, Minas Gerais”**. Esclarecemos que estamos cientes de que a referida pesquisa que tem como objetivo compreender as interpretações feitas por usuários hipertensos sobre o cotidiano de cuidado vivenciado em uma Unidade Básica de Saúde, em que se tenha a Estratégia Saúde da Família enquanto modelo de atenção à saúde; no município de Juiz de Fora, Minas Gerais; será desenvolvida na UBS do bairro Linhares através dos seguintes procedimentos: entrevistas com profissionais de saúde e usuários, observação de consultas, grupos educativos, bem como da rotina de atendimento da UBS, consulta a ficha “A”.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2011.

Claudio de Castro Reiff

Secretário de Saúde do Município de Juiz de Fora, Minas Gerais

ANEXO - D



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Usuários

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“A experiência do cuidado vivenciada por usuários hipertensos em uma Unidade Básica de Saúde no município de Juiz de Fora, Minas Gerais”**. Neste estudo pretendemos investigar o processo de interpretação que usuários hipertensos constroem sobre o cotidiano de cuidado vivenciado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

Para realização deste estudo serão realizadas entrevistas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa.

A sua participação consistirá em responder a uma entrevista, que será gravada se você permitir.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O desenvolvimento desta pesquisa acarreta em risco mínimo.

O (A) Sr. (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “**A experiência do cuidado vivenciada por usuários hipertensos em uma Unidade Básica de Saúde no município de Juiz de Fora, Minas Gerais**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e do CEP. Tendo qualquer dúvida a respeito de sua participação ou sobre a pesquisa, você pode entrar em contato, a fim de ser esclarecido.

Otávio Fabrício Lemos Corrêa Maia

IDENTIFICAÇÃO DOS PESQUISADORES

Pesquisador responsável: Otávio Fabrício Lemos Corrêa Maia

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – 6º andar, sala 603. Manguinhos, RJ – 21041-210.

Telefone: (21) 25982791

Email: otaviolemosmaia@hotmail.com

Pesquisador orientador: Marize Bastos Cunha

Endereço Institucional: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – 6º andar, sala 603. Manguinhos, RJ – 21041-210.

Telefone: (21) 25982791

Email: marizecunha@ensp.fiocruz.br.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

End.: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo. Manguinhos, RJ – 21041-210.

Fone: (21) 2598-2863

Email: CEP@ensp.fiocruz.br. Home Page: <http://www.enps.fiocruz.br/etica>.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

ANEXO - E



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Profissionais de Saúde

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “**A experiência do cuidado vivenciada por usuários hipertensos em uma Unidade Básica de Saúde no município de Juiz de Fora, Minas Gerais**”. Neste estudo pretendemos investigar o processo de interpretação que usuários hipertensos constroem sobre o cotidiano de cuidado vivenciado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

Para realização deste estudo serão realizadas entrevistas abertas e semi-estruturadas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de cunho sócio-antropológico. A sua participação consistirá em responder a uma entrevista, que será gravada se você permitir.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O desenvolvimento desta pesquisa acarreta em risco mínimo.

O (A) Sr. (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “**A experiência do cuidado vivenciada por usuários hipertensos em uma Unidade Básica de Saúde no município de Juiz de Fora, Minas Gerais**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e do CEP. Tendo qualquer dúvida a respeito de sua participação ou sobre a pesquisa, você pode entrar em contato, a fim de ser esclarecido.

Otávio Fabrício Lemos Corrêa Maia

IDENTIFICAÇÃO DOS PESQUISADORES

Pesquisador responsável: Otávio Fabrício Lemos Corrêa Maia

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – 6º andar, sala 603. Manguinhos, RJ – 21041-210.

Telefone: (21) 25982791

Email: otaviolemosmaia@hotmail.com

Pesquisador orientador: Marize Bastos Cunha

Endereço Institucional: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – 6º andar, sala 603. Manguinhos, RJ – 21041-210.

Telefone: (21) 25982791

Email: marizecunha@ensp.fiocruz.br.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

End.: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo. Manguinhos, RJ – 21041-210.

Fone: (21) 2598-2863

Email: CEP@ensp.fiocruz.br. Home Page: <http://www.enps.fiocruz.br/etica>.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

ANEXO – F

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Serão realizadas entrevistas abertas e semi-estruturadas com usuários e profissionais da Unidade Básica de Saúde. A lista de pontos, que segue abaixo, e da qual se constitui o roteiro de entrevista foi estabelecida a partir da problemática central do estudo.

Usuários

- Identificação do usuário (nome, idade, sexo, escolaridade, profissão).
- Condição sócio-econômica e inserção do usuário hipertenso no contexto em que vive (Quem é esse usuário?).
- A condição de hipertenso (Qual o conhecimento do usuário sobre seu problema de saúde? O que significa ser hipertenso em seu contexto social? Como o usuário organiza seu cuidado em saúde?).
- Relação do hipertenso com os profissionais de saúde. (Processos de conflito, dominância e negociação).
- A percepção do usuário hipertenso sobre a assistência em saúde. (Compreender as interpretações feitas sobre o cotidiano de cuidado e o processo de construção do conhecimento sobre o processo saúde- doença).

ANEXO – G

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Serão realizadas entrevistas abertas e semi estruturadas com usuários e profissionais da Unidade Básica de Saúde. A lista de pontos, que segue abaixo, e da qual se constitui o roteiro de entrevista foi estabelecida a partir da problemática central do estudo.

Profissionais de saúde

- Identificação dos profissionais de saúde (nome, idade, sexo, formação).
- Inserção na Estratégia Saúde da Família. (Quais são seus projetos profissionais? Como avaliam a ESF?).
- Percepção sobre a comunidade (Conhecer mecanismos classificatórios e táticas de convivência desenvolvida pelos profissionais de saúde ante as classes populares).
- Produção do cuidado. (Conhecer as orientações e sentidos quanto ao agir em saúde dos profissionais da UBS).

ANEXO – H

ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Local

- Unidade Básica de Saúde.

Momentos de observação

- Período de agendamento das consultas a serem realizadas na UBS, bem como as destinadas aos especialistas.
- Busca, realizada pelos usuários hipertensos, por outros serviços da UBS.
- Espera por atendimento de consultas agendadas.
- Grupos educativos.
- Consultas médicas.