



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL**  
**DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL**

**PELO DIREITO À SAÚDE: VULNERABILIDADES, PERCEPÇÕES E PRÁTICAS  
DE CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO CONTEXTO RURAL**

**LIDIANNY BRAGA DE SOUZA**

**JOÃO PESSOA-PB**

**2019**

**LIDIANNY BRAGA DE SOUZA**

**PELO DIREITO À SAÚDE: VULNERABILIDADES, PERCEPÇÕES E PRÁTICAS  
DE CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO CONTEXTO RURAL**

Tese submetida no Programa de Pós Graduação em  
Psicologia Social da Universidade Federal da  
Paraíba como requisito para obtenção do grau de  
Doutora em Psicologia Social.

**Orientador(a):** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Alayde Werba Saldanha

**JOÃO PESSOA-PB**

**2019**

**Catálogo na publicação Seção de  
Catálogo e Classificação**

S729d Souza, Lidianny Braga de.

Pelo direito à saúde: vulnerabilidades, percepções e práticas de cuidado na atenção básica à saúde no contexto rural / Lidianny Braga de Souza. - João Pessoa, 2019.

213 f. : il.

Orientação: Ana Alayde Werba Saldanha.  
Tese (Doutorado) - UFPB/CCHLA.

1. direito à saúde. 2. percepção. 3. vulnerabilidades.  
4. contexto rural. 5. atenção básica à saúde. I.  
Saldanha, Ana Alayde Werba. II. Título.

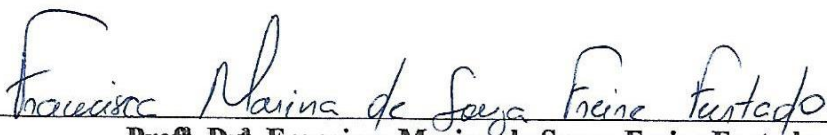
UFPB/CCHLA

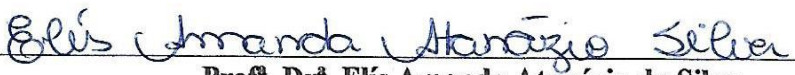
**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL  
DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL**

**PELO DIREITO À SAÚDE: VULNERABILIDADES, PERCEPÇÕES E PRÁTICAS  
DE CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO CONTEXTO RURAL**

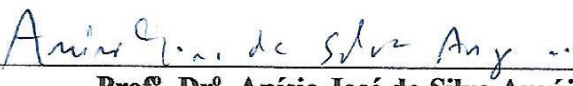
**LIDIANNY BRAGA DE SOUZA**

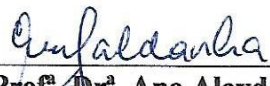
**BANCA AVALIADORA**

  
**Prof. Dr. Francisca Marina de Souza Freire Furtado**  
(Membro externo à instituição – Universidade Federal de Campina Grande/UFCG)

  
**Prof. Dr. Elis Amanda Atanázio da Silva**  
(Membro externo à instituição – Faculdade Maurício de Nassau Campina Grande/FMN-CG)

  
**Prof. Dr. Otávio Soares de Pinho Neto**  
(Membro externo ao Programa – Universidade Federal da Paraíba/UFPB)

  
**Prof. Dr. Anísio José da Silva Araújo**  
(Membro Interno – Universidade Federal da Paraíba/UFPB)

  
**Prof. Dr. Ana Alayde Werba Saldanha**  
(Orientadora – Universidade Federal da Paraíba/UFPB)

## **DEDICATÓRIA**

A todos os que fazem o “SUS vivo” acontecer, seja enquanto usuários, profissionais e/ou gestores, acreditando e levantando a bandeira de uma saúde pública de qualidade e para todos.

“O principal era fazer o que manda no papel, porque o SUS é bonito no papel, mas aqui, na cidade onde a gente vive, não é não!” (Enfermeira da Macrorregião de Campina Grande, Barra de Santana-PB).

## AGRADECIMENTOS

**A Deus**, por Seu imensurável amor e cuidado, surpreendendo-me a cada dia com Sua bondade e fidelidade. Como escrito em Efésios 3:20, louvo “àquele que é poderoso para fazer infinitamente mais além daquilo que pedimos ou pensamos.”.

**À minha abençoada família**, na pessoa do meu esposo **Jailson**, que chegou em minha vida como um presente enviado por Deus, fazendo-me conhecer o amor, a cumplicidade e o companheirismo em todas as horas, incentivando-me todos os dias, por vezes acreditando mais em mim do que eu mesma; e da minha filha **Rute**, que chegou junto com esse doutorado, sendo minha companheira fiel, ensinando-me que o grande desafio da vida consiste em amar e perseverar, mesmo quando não temos o controle das coisas.

**À minha família extensa**, meus pais **Laércio** e **Mirtes** e minhas irmãs **Ligianny** e **Lilianny**, que sempre acreditaram que eu conseguiria percorrer caminhos altos, apesar das grandes tempestades que passei. Agradeço em especial à mainha, que tanto me ajudou ao longo desses anos e nessa reta final, se desdobrando para ficar com minha filha Rute enquanto eu estava me dedicando à tese. Amo vocês!

**À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Alayde Werba Saldanha**, pela incomparável orientadora que sempre foi para mim, indo para além da academia, sempre me acompanhando em todos os aspectos da minha vida. Serei sempre grata à Ana, por ter acreditado e apostado em mim; pela mão amiga, me ajudando a levantar e a prosseguir em meio ao caos. Não tenho palavras para expressar o quanto representa para mim e o quanto contribuiu para eu ter me tornado a profissional e a pessoa que hoje sou. Muito obrigada!

**Aos professores da banca**, **Prof. Dr. Anísio José da Silva Araújo**, que desde a primeira jornada do doutorado disponibilizou-se a fazer parte desse processo, sempre com tanta sensibilidade e maestria trazendo suas contribuições para a construção da minha tese; **Prof. Dr. Otávio Soares de Pinho Neto**, que sempre vem contribuindo valiosamente com os trabalhos do nosso grupo de pesquisa e aceitou prontamente em participar dessa banca; **Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Francisca Marina de Souza Freire Furtado**, que topou estar comigo desde a qualificação, sem contar com a própria construção do estudo em si, sendo uma parceira fiel na luta por um SUS de qualidade, trazendo suas contribuições sempre tão valiosas; **Prof<sup>s</sup>. Elís Amanda Atanázio da Silva**, que tenho a honra e a alegria de ter nessa banca e que, para além da academia, permite-me desfrutar de sua preciosa amizade desde a graduação.

**À minha amiga Pollyana Ludmilla**, que tem me acompanhado nesses últimos anos, ofertando-me uma amizade única e preciosa, me ajudando emocional, psicológica e espiritualmente, dando-me forças para acreditar em dias melhores. Louvo a Deus por sua vida, minha amiga!

**A todos os usuários e profissionais do SUS** que se disponibilizaram a participar desses estudos. Palmas para vocês que fazem o “SUS vivo”, o “SUS real” acontecer, mesmo com tantas dificuldades e entraves. Admiro-os demais! Avante!

**À família do NPVPS**, que desde a graduação me acolheu e investiu em mim, dando-me oportunidades únicas em meu processo de formação profissional. Com vocês aprendi que vale a pena construir uma profissão baseada na ética e solidariedade! Sobre tudo agradeço àqueles que participaram ativamente dessa pesquisa, disponibilizando-se a participar dos treinamentos e a percorrer os caminhos dessa Paraíba em nome de uma pesquisa comprometida com as políticas públicas de saúde.

**A todos os meus demais amigos e irmãos na fé** que se alegraram com essa minha conquista, compartilhando comigo direta ou indiretamente essa vitória. Que Deus vos abençoe!

## RESUMO

A garantia do direito à saúde no Brasil foi assegurado na Constituição Federal de 1988 e operacionalizado com a Lei 8080/90 que implantou o Sistema Único de Saúde (SUS), exigindo compromisso do Estado para com o bem-estar social. Desde então, muitos são os desafios enfrentados para a sua consolidação, tornando-se importante conhecer e discutir o “SUS vivo”, aquele que acontece nas relações estabelecidas dentro dos serviços, onde ocorre o processo de produção do cuidado em saúde. Com o aporte teórico do quadro conceitual da Vulnerabilidade e Direitos Humanos (V&DH) e da Percepção Social, este estudo teve como objetivo investigar as vulnerabilidades e as práticas de cuidado em saúde no âmbito da atenção básica que repercutem na garantia do direito à saúde e na efetivação desta enquanto tal no contexto rural paraibano. Para tanto, propôs-se dois estudos interdependentes, o primeiro partindo das percepções dos usuários e o segundo dos profissionais de saúde.

**Método:** *Estudo 1:* A amostra, por conveniência, foi composta por 689 usuários da atenção básica de 37 municípios rurais da Paraíba, representativos das regiões de saúde do Estado, a maioria do sexo feminino (75,2%), com idades variando entre 21 e 85 anos ( $M=43,5$ ;  $DP=14,7$ ), de baixa escolaridade (59,9%), sendo a agricultura a atividade mais referida (24,2%). Foi utilizado um questionário com 47 questões, incluindo dados sociodemográficos, as quais foram analisados através de estatística descritiva utilizando-se o SPSS 18.0. *Estudo 2:* A amostra, por conveniência, foi composta por 122 profissionais de 36 serviços da atenção básica de 17 municípios selecionados a partir do Estudo 1. A maioria do sexo feminino (81%), com idades variando entre 20 e 72 anos ( $M=37,1$ ;  $DP=10,2$ ), com curso superior (56,6%), da área de enfermagem (52,4%), com um bom tempo de trabalho no atual serviço (53,6%), bem como na atenção básica (60,8%). Foi utilizado um questionário estruturado com 57 questões, incluindo aspectos sócio demográficos e laborais, analisados através de estatística descritiva; sendo também utilizadas questões abertas, bem como a Técnica de Associação Livre de Palavras a partir dos estímulos “SUS” e “saúde”, categorizadas e após analisadas pelo Iramutech. Também foram realizadas 45 entrevistas semiestruturadas, as quais passaram por análise de conteúdo.

**Resultados:** *Estudo 1:* As percepções de saúde dos usuários ressaltaram mais os aspectos individuais, atribuindo a si a responsabilidade pela sua saúde. A procura pela UBS aconteceu mais em situações agudas, como pronto atendimento, sendo apontada por eles a demora ou o mau atendimento como maior dificuldade. No geral, a situação de saúde do município e da UBS foi avaliada positivamente, havendo queixa mais quanto à falta de médico diariamente, este aparecendo como uma figura central no cuidado em saúde na percepção dos usuários. *Estudo 2:* Os profissionais de saúde apresentaram percepções sobre saúde e SUS mais voltada aos aspectos programáticos. Ao avaliar a saúde local, a UBS e o próprio trabalho em si, estes ressaltaram as tecnologias leves que permeiam as relações de cuidado em saúde, como o relacionamento em equipe, a humanização e o comprometimento profissional. Também apresentaram alto nível de satisfação com o trabalho, apesar das nuances que envolvem o trabalho no contexto rural.

**Considerações Finais:** As percepções que usuários e profissionais de saúde possuem repercutem na forma como o processo de produção do cuidado em saúde se dá, podendo produzir novas vulnerabilidades em saúde. Torna-se imprescindível considerar as vulnerabilidades e necessidades de saúde do contexto rural, bem como os aspectos relacionais que permeiam a oferta do cuidado quando se busca compreender como o “SUS vivo” acontece e, consequentemente, como o direito à saúde é garantido a essa população.

**Palavras-Chave:** direito à saúde, percepção, vulnerabilidades, contexto rural, atenção básica à saúde.

## ABSTRACT

The guarantee of the right to health in Brazil was ensured in the Federal Constitution of 1988 and operationalized with the Law 8080/90 that implemented the Unified Health System (UHS), demanding commitment from the State to social welfare. Since then, many challenges have been faced for its consolidation, making it important to know and discuss the "Living UHS", which happens in the relations established within the services, where the process of production of health care occurs. With the theoretical contribution of the conceptual framework of Vulnerability and Human Rights (V&HR) and Social Perception, this study aimed to investigate the vulnerabilities and health care practices in the context of primary care that affect the guarantee of the right to health and effectiveness of this as such in the rural environment of Paraíba. For this purpose, two interdependent studies were proposed, the first based on the users perceptions and the second of the health professionals. **Method:** *Study 1:* The sample, for convenience, consisted of 689 primary care users from 37 rural municipalities in Paraíba, representing the health regions of the state, the majority of females (75.2%), with ages ranging from 21 to 85 years ( $M = 43.5$ ;  $SD = 14.7$ ), with low schooling (59.9%), with agriculture being the most mentioned activity (24.2%). A questionnaire was used with 47 questions, including sociodemographic data, which were analyzed through descriptive statistics using SPSS 18.0. *Study 2:* The sample, for convenience, consisted of 122 professionals from 36 primary care services from 17 municipalities selected from study 1. The majority of females (81%), with ages ranging from 20 to 72 years ( $M = 37.1$ ;  $DP = 10.2$ ), with a higher course (56.6%), from the nursing area (52.4%), with a good working time in the current service (53.6%), as well as in primary care (60.8%). A structured questionnaire was used with 57 questions, including socio-demographic and labor aspects, analyzed through descriptive statistics; Also used open questions, as well as the technique of free association of words from the stimuli "SUS" and "health", categorized and after analyzed by Iramutech. We also conducted 45 semi-structured interviews, which went through content analysis. **Results:** *Study 1:* Users health perceptions emphasized the individual aspects, attributing responsibility for their health. The demand for the UBS happened more in acute situations, such as emergency care, being pointed out by them the delay or bad care as the greatest difficulty. Overall, the health situation of the municipality and the UBS was positively evaluated, with more complaint regarding the lack of a physician daily, appearing as a central figure in health care in the users' perception. *Study 2:* Health professionals presented perceptions about health and UHS more focused on programmatic aspects. When evaluating the local health, the UBS and the work itself, they emphasized the light technologies that permeate the relationships of health care, such as team relationships, humanization and professional commitment. They also presented a high level of satisfaction with work, despite the nuances that involve work in the rural context. **Final considerations:** Thus, it was verified that the perceptions that users and health professionals have repercussions in the way the production process of health care occurs, and can produce new vulnerabilities in health. It is essential to consider the vulnerabilities and health needs of the rural context, as well as the relational aspects that permeate the supply of care when it seeks to understand how the "Living UHS" happens and, consequently, how the right to health is guaranteed to this population.

**Keywords:** right to health, perception, vulnerabilities, rural context, primary health care.

## LISTA DE TABELAS

|                                                                                                                                              |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Tabela 1</b> – Macrorregiões de saúde do Estado da Paraíba, Regiões e seus respectivos municípios rurais .....                            | 68  |
| <b>Tabela 2</b> – Municípios rurais selecionados para a composição amostral do Estudo I .....                                                | 69  |
| <b>Tabela 3</b> – Perfil sociodemográfico dos participantes do Estudo I .....                                                                | 72  |
| <b>Tabela 4</b> – Perfil socioeconômico dos participantes do Estudo I considerando o total e a divisão por sexo .....                        | 74  |
| <b>Tabela 5</b> – Tipos de atividades laborais referidas pelos participantes do Estudo 1, considerando o sexo dos participantes .....        | 75  |
| <b>Tabela 6</b> – Conceitos de saúde dos usuários participantes do Estudo 1 a partir do quadro conceitual da V&DH .....                      | 77  |
| <b>Tabela 7</b> – Melhorias para a saúde apontadas pelos usuários participantes do Estudo 1 a partir do quadro conceitual da V&DH .....      | 78  |
| <b>Tabela 8</b> – Informações sobre o último atendimento de saúde realizado na UBS para os usuários participantes do Estudo 1 .....          | 79  |
| <b>Tabela 9</b> – Avaliação da saúde do município realizada pelos usuários participantes do Estudo 1 .....                                   | 82  |
| <b>Tabela 10</b> – Avaliação do serviço de atenção básica à saúde do município realizada pelos usuários participantes do Estudo 1 .....      | 85  |
| <b>Tabela 11</b> – Notas avaliativas para os profissionais e para a estrutura da UBS dada pelos usuários participantes do Estudo 1 .....     | 88  |
| <b>Tabela 12</b> – Macrorregiões e Regiões de saúde com seus municípios rurais correspondentes que compuseram a amostra do Estudo 2 .....    | 91  |
| <b>Tabela 13</b> – Composição amostral do Estudo II com total de UBS e profissionais participantes e seus respectivos municípios .....       | 92  |
| <b>Tabela 14</b> – Perfil sociodemográfico dos participantes do Estudo 2 .....                                                               | 97  |
| <b>Tabela 15</b> – Perfil laboral dos participantes do Estudo 2 .....                                                                        | 98  |
| <b>Tabela 16</b> – Conceitos de saúde dos profissionais participantes do Estudo 2 a partir do quadro conceitual da V&DH .....                | 100 |
| <b>Tabela 17</b> – Avaliação dos serviços de saúde do município realizada pelos profissionais participantes do Estudo 2 .....                | 104 |
| <b>Tabela 18</b> – Avaliação do serviço de atenção básica à saúde do município realizada pelos profissionais participantes do Estudo 2 ..... | 110 |

|                                                                                                                                                     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Tabela 19</b> – Notas avaliativas para a equipe e para a estrutura das UBS dadas pelos profissionais participantes do Estudo 2 .....             | 112 |
| <b>Tabela 20</b> – Nível de satisfação com o trabalho apresentado pelos profissionais participantes do Estudo 2 .....                               | 117 |
| <b>Tabela 21</b> – Notas avaliativas para a satisfação com o trabalho dadas pelos profissionais participantes do Estudo 2 .....                     | 118 |
| <b>Tabela 22</b> – Total de entrevistas realizadas no Estudo 2, com a representatividade de cada classe profissional por município pesquisado ..... | 119 |
| <b>Tabela 23</b> - Seleção amostral das entrevistas realizadas no Estudo 2 para utilização na categorização temática .....                          | 121 |
| <b>Tabela 24</b> – Categorização temática das entrevistas realizadas no Estudo 2 .....                                                              | 122 |

## LISTA DE FIGURAS

|                                                                                                                                                              |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Figura 1</b> – Mapa da Paraíba com suas respectivas Macrorregiões de Saúde .....                                                                          | 67  |
| <b>Figura 2</b> – Análise de similitude com as evocações dos profissionais participantes do Estudo 2 provenientes da palavra estímulo “saúde” .....          | 101 |
| <b>Figura 3</b> – Análise prototípica com as evocações dos profissionais participantes do Estudo 2 provenientes da palavra estímulo “saúde” .....            | 102 |
| <b>Figura 4</b> – Análise de similitude com as evocações dos profissionais participantes do Estudo 2 provenientes da palavra estímulo “SUS” .....            | 103 |
| <b>Figura 5</b> – Análise prototípica com as evocações dos profissionais participantes do Estudo 2 provenientes da palavra estímulo “SUS” .....              | 104 |
| <b>Figura 6</b> – Análise de similitude com as evocações dos profissionais participantes do Estudo 2 sobre os aspectos positivos da saúde do município ..... | 107 |
| <b>Figura 7</b> – Análise prototípica com as evocações dos profissionais participantes do Estudo 2 sobre os aspectos positivos da saúde do município .....   | 108 |
| <b>Figura 8</b> – Análise prototípica com as evocações dos profissionais participantes do Estudo 2 sobre os aspectos negativos da saúde do município .....   | 108 |
| <b>Figura 9</b> – Análise de similitude com as evocações dos profissionais participantes do Estudo 2 sobre os aspectos negativos da saúde do município ..... | 109 |
| <b>Figura 10</b> – Análise de similitude com as evocações dos profissionais participantes do Estudo 2 sobre os aspectos positivos no trabalho .....          | 114 |
| <b>Figura 11</b> – Análise prototípica com as evocações dos profissionais participantes do Estudo 2 sobre os aspectos positivos no trabalho .....            | 115 |
| <b>Figura 12</b> – Análise prototípica com as evocações dos profissionais participantes do Estudo 2 sobre os aspectos negativos no trabalho .....            | 116 |
| <b>Figura 13</b> – Análise de similitude com as evocações dos profissionais participantes do Estudo 2 sobre os aspectos negativos no trabalho .....          | 117 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AB – Atenção Básica

ACE – Agente de Combate às Endemias

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APS – Atenção Primária à Saúde

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

DS – Distrito Sanitário

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

eAB - equipe de Atenção Básica

EACS – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

eSB – equipe de Saúde Bucal

eSF – equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Nasf-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

NOAS-SUS – Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde

NOB-SUS – Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PSF – Programa Saúde da Família

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SES/PB – Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba

SUS – Sistema Único de Saúde

TSB – Técnico de Saúde Bucal

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

|                                                                                                                                                         |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO .....</b>                                                                                                                                 | <b>16</b> |
| <b>PARTE I – MARCO TEÓRICO .....</b>                                                                                                                    | <b>23</b> |
| <b>CAPÍTULO I – O DIREITO À SAÚDE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO BRASIL:<br/>POR UM SUS UNIVERSAL, INTEGRAL E EQUÂNIME .....</b>                             | <b>24</b> |
| 1.1 Na luta pelo direito à saúde: nas entrelinhas de sua construção .....                                                                               | 24        |
| 1.2. A Legislação do SUS .....                                                                                                                          | 27        |
| 1.3 O direito à saúde no território: a atenção básica como porta de entrada e ordenadora<br>da Rede de Atenção à Saúde (RAS) .....                      | 31        |
| <b>CAPÍTULO II – A SAÚDE ENQUANTO DIREITO: O TRABALHO EM SAÚDE<br/>COMO ESPAÇO DE PRODUÇÃO DO CUIDADO .....</b>                                         | <b>39</b> |
| <b>CAPÍTULO III – RURALIDADES EM CENA NA CONTEMPORANEIDADE: UM<br/>OLHAR SOBRE OS MODOS DE VIDA E A SAÚDE .....</b>                                     | <b>47</b> |
| 3.1 Compreendendo as ruralidades emergentes: o novo “velho rural” .....                                                                                 | 47        |
| 3.2 O cuidado em saúde no contexto rural: perspectivas de uma saúde pública .....                                                                       | 52        |
| <b>CAPÍTULO IV – COMPREENDENDO O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA A PARTIR<br/>DO OLHAR DA PSICOLOGIA SOCIAL: VULNERABILIDADES E PERCEPÇÕES<br/>EM SAÚDE .....</b> | <b>56</b> |
| 4.1 Quadro conceitual da Vulnerabilidade e Direitos Humanos (V&DH) .....                                                                                | 56        |
| 4.2 Percepção social e suas implicações nas práticas de saúde .....                                                                                     | 61        |
| <b>PARTE II – ESTUDOS EMPÍRICOS .....</b>                                                                                                               | <b>65</b> |
| <b>CAPÍTULO V – ESTUDO 1: PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO<br/>BÁSICA À SAÚDE NO CONTEXTO RURAL .....</b>                                             | <b>66</b> |
| 5.1 Objetivos .....                                                                                                                                     | 66        |
| 5.1.1 Objetivo geral .....                                                                                                                              | 66        |
| 5.1.2 Objetivos específicos .....                                                                                                                       | 66        |
| 5.2 Método .....                                                                                                                                        | 66        |
| 5.2.1 Caracterização do estudo .....                                                                                                                    | 66        |
| 5.2.2 População e amostra .....                                                                                                                         | 66        |
| 5.2.3 Instrumentos .....                                                                                                                                | 70        |
| 5.2.4 Procedimentos .....                                                                                                                               | 71        |
| 5.2.5 Análise dos dados .....                                                                                                                           | 71        |
| 5.2.6 Aspectos éticos .....                                                                                                                             | 72        |

|                                                                                                               |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>5.3 Resultados e Discussão .....</b>                                                                       | <b>72</b>  |
| 5.3.1 Caracterização da amostra .....                                                                         | 72         |
| 5.3.2. <i>Percepções e vulnerabilidades em saúde .....</i>                                                    | <i>76</i>  |
| 5.3.2.1. <i>Concepções sobre saúde .....</i>                                                                  | <i>76</i>  |
| 5.3.2.2. <i>Busca por atendimento de saúde .....</i>                                                          | <i>79</i>  |
| 5.3.2.3. <i>Avaliação da situação de saúde do município .....</i>                                             | <i>82</i>  |
| 5.3.2.4. <i>Avaliação do serviço de atenção básica à saúde .....</i>                                          | <i>84</i>  |
| <b>Capítulo VI – Estudo 2: Percepções dos profissionais da atenção básica à saúde no contexto rural .....</b> | <b>90</b>  |
| <b>6.1 Objetivos .....</b>                                                                                    | <b>90</b>  |
| 6.1.1 Objetivo geral .....                                                                                    | 90         |
| 6.1.2 Objetivos específicos .....                                                                             | 90         |
| <b>6.2 Método .....</b>                                                                                       | <b>90</b>  |
| 6.2.1 Caracterização do estudo .....                                                                          | 90         |
| 6.2.2 População e amostra .....                                                                               | 91         |
| 6.2.3 Instrumentos .....                                                                                      | 91         |
| 6.2.3.1 <i>Parte I – Instrumento Quantitativo .....</i>                                                       | <i>93</i>  |
| 6.2.3.2 <i>Parte II – Instrumento Qualitativo .....</i>                                                       | <i>94</i>  |
| 6.2.4 Procedimentos .....                                                                                     | 94         |
| 6.2.5 Análise dos dados .....                                                                                 | 95         |
| 6.2.6 Aspectos éticos .....                                                                                   | 96         |
| <b>6.3 Resultados e Discussão – Parte I .....</b>                                                             | <b>96</b>  |
| 6.3.1 Caracterização da amostra .....                                                                         | 96         |
| 6.3.2. <i>Percepções e vulnerabilidades em saúde .....</i>                                                    | <i>100</i> |
| 6.3.2.1 <i>Concepções sobre saúde e SUS .....</i>                                                             | <i>100</i> |
| 6.3.2.2 <i>Avaliação da situação de saúde do município .....</i>                                              | <i>104</i> |
| 6.3.2.3 <i>Avaliação do serviço de atenção básica à saúde onde trabalha .....</i>                             | <i>110</i> |
| 6.3.2.4 <i>Avaliação do trabalho na UBS .....</i>                                                             | <i>114</i> |
| <b>6.4 Resultados e Discussão – Parte II .....</b>                                                            | <b>119</b> |
| 6.4.1. Caracterização da amostra .....                                                                        | 119        |
| 6.4.2. <i>Categorização Temática das Entrevistas .....</i>                                                    | <i>122</i> |
| 6.4.2.1 <i>Percepções acerca do usuário .....</i>                                                             | <i>123</i> |
| 6.4.2.1.1 <i>Perfil .....</i>                                                                                 | <i>123</i> |
| 6.4.2.1.2 <i>Contexto rural .....</i>                                                                         | <i>130</i> |

|                  |                                                                       |            |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>6.4.2.2</b>   | <b><i>Percepções acerca do serviço de saúde</i></b>                   | <b>145</b> |
| <b>6.4.2.2.1</b> | <b><i>Oferta do cuidado</i></b>                                       | <b>145</b> |
| <b>6.4.2.2.2</b> | <b><i>Dificuldades X Prioridades para a efetivação do cuidado</i></b> | <b>160</b> |
| <b>6.4.2.2.3</b> | <b><i>Satisfação com o trabalho</i></b>                               | <b>184</b> |
|                  | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>                                           | <b>189</b> |
|                  | <b>REFERÊNCIAS</b>                                                    | <b>192</b> |
|                  | <b>APÊNDICES</b>                                                      | <b>200</b> |
|                  | <b>ANEXOS</b>                                                         | <b>210</b> |

## INTRODUÇÃO

O processo de reforma da saúde no Brasil, garantindo-a como um direito de todos, foi marcado pela Constituição Federal de 1988, sendo sua efetivação proposta a partir da implantação do SUS, o Sistema Único de Saúde, com a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990). Esse percurso da saúde enquanto uma política pública no país tem sido marcado pelo controle e a participação social, sendo fruto das lutas populares de redemocratização do país no início da década de 80, que culminaram com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (Siqueira, Senna, Oliveira & Pinto, 2002; Brasil, 2009a).

A militância e o interesse na discussão da efetivação do SUS iniciou ainda na graduação, quando já no terceiro período do curso de Psicologia tive a oportunidade de participar e me engajar por dois anos em um projeto de extensão vinculado à Universidade Federal da Paraíba (UFPB), intitulado Projeto de Extensão Popular Atenção e Saúde da Família (PEPASF) o qual funcionava em uma comunidade de baixa renda na cidade de João Pessoa, no bairro do Grotão. Com o caráter de um projeto multiprofissional, a articulação com os equipamentos da comunidade (Unidade de Saúde da Família, associação comunitária, rádio, escolas, entre outros) era um dos diferenciais do PEPASF, enriquecendo a atuação enquanto acadêmicos. O engajamento e a fomentação de discussão políticas acerca dos direitos e deveres da população marcavam as ações de promoção à saúde daquela população.

Mais adiante, no quinto período, comecei a participar do Núcleo de Pesquisa Vulnerabilidades e Promoção da Saúde (NPVPS), também vinculado à UFPB, o qual fomentava espaços de discussão acerca do conceito de saúde, atuações profissionais e efetivação das políticas públicas de saúde, despertando ainda mais o meu interesse por estas temáticas. Aliando a extensão e a pesquisa, minha formação acadêmica enriqueceu-se, levando a investigar dentro dessas temáticas ao ingressar no mestrado.

Já no fim desta formação, passei a atuar como psicóloga no SUS da cidade de João Pessoa-PB, no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), onde passei dois anos trabalhando diretamente em seis Unidades de Saúde da Família (USF) no bairro Alto do Mateus, considerado de baixa renda. Após, atuei por quase dois anos em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) da cidade, momento no qual desvinculei-me para o ingresso no doutorado.

Como não poderia ser diferente, o meu interesse em investigar as políticas públicas de saúde continuara e, em consonância ao que estava sendo explorado por um grupo de alunos do NPVPS através de um projeto vinculado ao Ministério da Saúde, mais especificamente o

meu interesse voltou-se a um grupo populacional pouco lembrado e favorecido pelas políticas: o rural. Assim, fui convidada a estar participando da construção dos instrumentos dessa pesquisa e do treinamento para a coleta dos dados com os usuários de saúde nos diversos municípios rurais paraibanos, levando minha experiência enquanto trabalhadora do SUS na capital. Em menos de um ano depois, me submeti ao processo seletivo do doutorado e foi nesse momento que surgiu o projeto dessa tese, ampliando a pesquisa, anteriormente iniciada somente com o foco nos usuários, para os profissionais de saúde nesses contextos rurais, transbordando, sobretudo, o meu anseio em discutir a efetivação daquela que é considerada a maior política pública do Brasil: a política de saúde.

O conceito de saúde trazido na Constituição incorpora novas dimensões, indicando que, para se ter saúde, é preciso ter acesso a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação etc. Assim, aponta a necessidade de articulação entre os diversos setores das políticas sociais instituídas pelo Estado, sendo reforçado no artigo 196 que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, 1990, 2002, 2007).

E é a partir da Lei n. 8.080/90 que é instituído o SUS, sendo um sistema de cunho marcadamente social, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, podendo a iniciativa privada participar em caráter complementar, dando-se preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (Brasil, 1990). Fica claro no texto constitucional que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, resgatando o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva (Brasil, 1990, 2002, 2007).

Em seus princípios organizativos e doutrinários (Brasil, 1990, 2000), de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição, tem-se a universalidade, que garante o acesso aos serviços de assistência à saúde, em todos os níveis de complexidade; a integralidade, que garante o fornecimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços; e a equidade, que garante um princípio de justiça social, uma vez que busca diminuir as desigualdades a partir do atendimento às demandas do indivíduo a partir de suas particularidades, permitindo a redução de disparidades sociais e regionais existentes no país. Também conta-se com a participação popular, que garante o exercício do controle social a

partir da criação de canais de participação da comunidade na gestão do SUS, em todas as esferas; a regionalização e hierarquização, voltado para a organização, união e parceria entre os gestores estaduais e municipais, aplicando o princípio da territorialidade; e a descentralização político-administrativa, caracterizada pela conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos na prestação de serviços de assistência à saúde da população em cada esfera de governo.

Destaca-se que o SUS não é uma estrutura que atua isoladamente na promoção do direito à saúde, mas se insere no contexto das diversas políticas públicas, permeando-as na promoção da cidadania. Aos gestores públicos, cabe promover uma melhor articulação entre os vários níveis de governo e os diferentes segmentos sociais a fim de garantir respostas adequadas às demandas por saúde da sociedade, devendo-se valer de seu poder para agenciar e apoiar mudanças de interesse sanitário, consolidando o próprio SUS (Brasil, 2007).

Vale salientar, que a função de gerir a saúde, em qualquer esfera institucional, de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2009b), coloca vários desafios que precisam ser enfrentados, sendo o primeiro deles, conseguir dominar toda a complexidade das políticas de saúde e a sua consequente articulação com as demais políticas sociais. Além disso, cada território possui peculiaridades que dizem respeito a seus usuários e equipes de saúde, à sua capacidade em termos de estrutura e recursos financeiros, organização social, conflitos e contradições locais, sendo necessária a consideração dessas diferenças regionais e territoriais para melhor condução dos investimentos públicos.

Assim, ao considerar essas diferenças, tem-se constatado a insuficiência na oferta dos serviços de saúde para a população, verificada principalmente em regiões mais pobres, incluindo áreas rurais, juntamente com o descompasso entre o aumento das necessidades e demandas e a diminuição da oferta e dos investimentos financeiros em políticas nessas regiões, refletindo em desigualdades sociais no acesso (Travassos, Oliveira & Viacava, 2006) e remetendo à discussão sobre a efetivação dos princípios previstos pela legislação do SUS e, consequentemente, ao direito constitucional à saúde.

Logo, parece evidente que as populações territorialmente definidas como urbana e rural são marcadamente diferentes no que se refere ao acesso e à utilização de serviços de saúde, a rural tendo desvantagens em ambos os aspectos, dispondo de menor cobertura médica, menor cobertura por planos de saúde e pior condição de saúde (Vieira, 2010), conforme também corroborado por estudo realizado por Kassouf (2005). Assim, o contexto rural, permeado por essas disparidades e vulnerabilidades, necessita de atenção quanto ao investimento em políticas que visem a efetivação da garantia do direito à saúde da população.

Ressalta-se que, embora muitos fatores, particularmente socioeconômicos, contribuam para a situação de saúde nas áreas rurais, Vieira (2010) elenca o acesso inadequado ao sistema de cuidados efetivos à saúde como um dos seus pilares, seguido pelos problemas relacionados à oferta e a organização dos serviços de saúde, a dificuldade de se atrair médicos e outros profissionais de saúde, além da grande rotatividade destes profissionais e a qualidade da assistência oferecida.

Quanto a esta última, enquanto elemento importante na efetivação das políticas públicas de saúde entra em cena a discussão sobre o processo de produção do cuidado, considerando a oferta do cuidado enquanto um complexo ato e espaço onde a saúde é produzida, gerada e (re)inventada, no qual relações e vínculos são estabelecidos, fragilizando ou potencializando as possibilidades de prevenção e/ou cura.

Sobre esse processo, Ayres (2004) aponta que é comum associar a aplicação de tecnologias, saberes e instrumentos com o bem estar físico e mental das pessoas, na suposição de que profissionais de saúde são aqueles que sabem os aplicar, promovendo a saúde da população. Porém, quando se trata de assistir o outro, de promover o cuidado, para além da promoção da saúde, o profissional deve compreender que a sua presença nunca se resumirá ao papel de aplicador de conhecimentos, mas, sim, um sujeito ativo, trazendo consigo, inclusive, suas percepções e concepções de mundo e de saúde.

Neste sentido, Merhry (1998) ressalta que a maior reclamação dos usuários dos serviços de saúde não diz respeito à falta de conhecimento tecnológico dos profissionais, mas à falta de interesse e de responsabilização em torno dele e do seu problema em diferentes serviços, fazendo com que se sintam inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados e desprezados. Acrescenta também que, do ponto de vista do usuário, pode-se afirmar que existe uma crise nos serviços de saúde, uma vez que, com raras exceções, não há uma resolubilidade dos problemas individuais ou coletivos, sendo uma área de prestação pública que os brasileiros mais se sentem descobertos, apesar de uma das mais fundamentais.

E quando se trata do contexto rural, estudos (Guimarães, Martin & Quirino, 2007; Gerhardt, 2006) enfatizam que os fatores culturais, onde as noções populares sobre as doenças e seus meios de infecção refletem normas culturais e sociais arraigadas na população, contribuem para uma exposição diferenciada aos problemas de saúde, podendo levar a uma baixa demanda por modernas intervenções na saúde. Ou seja, a diversidade regional pode provocar reflexos nos investimentos em políticas públicas, no processo relacional do cuidado em saúde e na sua consequente busca pela população.

Em documento intitulado “Carta de Brasília” (Ando; Targa; Almeida; et al, 2011), redigido no transcurso do XI Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, foram feitas ressalvas em relação à prática dos profissionais e serviços de saúde situados na área rural, sendo necessárias competências específicas para lidar com condições de saúde em cidades com ausência de recursos, além de uma ampliação da escala de habilidades no que diz respeito ao manejo integral e sócio familiar do usuário, incluindo competência dialógica intercultural. E, inclusive competência técnica quanto ao tempo e ritmo de manejo de problemas de saúde, pois, como no caso das emergências, necessitam que os profissionais façam uma estabilização inicial para posterior transporte para outros pontos do sistema de saúde ou outros profissionais.

Ainda em relação ao acesso aos serviços de saúde em cidades de pequeno porte ou rurais, Almeida, Mascena e Souza (2004) destacam que o enfrentamento de obstáculos, muitas vezes intransponíveis, é parte do dia-a-dia dos moradores, consequência das longas distâncias de suas moradias até um serviço de saúde e suas precárias condições, da falta de transporte, longas horas, ou mesmo dias, nas filas, à espera da “senha” para conseguir uma consulta ou uma marcação de exames. Assim, a descrença no SUS, segundo estes autores, faz com que a maioria procure algum serviço somente quando se esgotam todas as alternativas de tratamentos caseiros à base de ervas, chás e outros produtos.

Observa-se, portanto, que a saúde enquanto um direito ainda está distante da maioria, em especial nas zonas distantes dos grandes centros, onde os serviços inexistem ou são insuficientes e, em geral, de baixa qualidade, além de travestida pelo favoritismo de alguns em detrimento de outros, patriarcalismo e politicagem. Esse tipo de desigualdade gera uma cultura de desequilíbrios que se reflete nas leis políticas e nas práticas sociais, o que aprofunda outras desigualdades, como a discriminação de classe, raça, etnia, idade, orientação sexual, entre outros.

Frente a isso, perguntou-se: “Quais as vulnerabilidades, percepções e práticas de cuidado que repercutem na efetivação do direito à saúde em contextos rurais? Será que o contexto rural influencia as percepções de usuários e profissionais dos serviços da atenção básica de modo a repercutir na garantia da saúde enquanto um direito?”

A tese defendida nesse estudo é que as vulnerabilidades e necessidades de saúde do contexto rural são produtoras de percepções estereotipadas sobre o cuidado, o que produzirá práticas de cuidado que interferem na efetivação do direito à saúde e desvirtuam a saúde enquanto direito, produzindo, por sua vez, novas vulnerabilidades.

Neste sentido, esse trabalho de tese teve como objetivo investigar as vulnerabilidades, as percepções e as práticas de cuidado em saúde no âmbito da atenção básica que repercutem na efetivação do direito à saúde e na garantia desta enquanto tal no contexto rural paraibano. Para tanto, foram consideradas as percepções dos atores diretamente envolvidos nesse processo de produção do cuidado: usuários e profissionais de saúde desses serviços.

Ressalta-se que esse estudo faz parte de um estudo maior realizado em municípios rurais do Estado da Paraíba, aprovado e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPq e Ministério da Saúde (Processo 405252/2012-0 – MCTI/CNPq/SPM-PR/MDA Nº 32/2012).

Salienta-se a necessidade de estudos sobre a efetivação da saúde enquanto direito nesses contextos, uma vez que, quando comparadas às áreas urbanas, há um menor número de pesquisas voltadas às populações de áreas rurais e cidades de pequenos portes, com menos de 50.000 habitantes, sugerindo que as disparidades nas políticas e no acesso aos cuidados de saúde nestas populações não estão sendo adequadamente monitoradas, sendo contextos comumente invisibilizados nas pesquisas, sobretudo na área da Psicologia. De acordo com Vieira (2010), os estudos voltados para a avaliação do acesso e utilização de serviços de saúde existentes no Brasil, em sua maioria, utilizam fontes secundárias de dados, geradas principalmente a partir de inquéritos populacionais de âmbito nacional, estadual ou regional, os quais não consideram as especificidades de cada território.

Investigar e discutir acerca da saúde enquanto um direito a partir de sua amplitude, complexidade e articulação com as demais políticas sociais do Brasil torna-se cada vez mais urgente. Assim, é necessário compreender, de forma ampla, as disparidades em investimentos públicos que contribuem para a manutenção de desigualdades e iniquidades sociais nos territórios, e, especificamente, as nuances do contexto rural quanto ao acesso às políticas de saúde. Por isso, buscou-se trazer a discussão sobre o cuidado em saúde ofertado nos serviços de atenção básica que o compõem, enquanto ferramenta prática utilizada no cotidiano dos serviços para efetivar o acesso a esse direito pela população, e sobre sua oferta enquanto um favor ou um benefício com caráter paternalista. Enfatizando o contexto rural, partiu-se da noção de território, destacando suas vulnerabilidades e necessidade de saúde para melhor compreensão do objeto de estudo e das necessárias intervenções pelo poder público.

Portanto, considerando as percepções dos usuários e profissionais de saúde desses contextos rurais, espera-se contribuir de forma direta e indireta na construção de um SUS efetivo nos lócus de pesquisa, de um “SUS vivo” que esteja em consonância com o “SUS do papel”. Aqui está se adotando o conceito de “SUS vivo” como aquele que acontece no

cotidiano dos serviços, sem desconsiderar o que se preconiza na legislação, mas indo para além dela. Refere-se ao SUS que acontece nas relações de cuidado, na realidade e “em ato”, com todos os seus entraves, manejos e desafios da lida diária dos serviços de saúde, a partir de relações de cuidado que são estabelecidas entre os atores envolvidos nesse processo de cuidar. Interessou-se em discutir o SUS que acontece, o “SUS vivo”, a partir do proposto em sua legislação, o “SUS do papel”, o SUS que executa aquilo que fora tão idealizado e construído por meio da participação social.

Sendo assim, que “SUS vivo” é esse no qual se fala? Como o direito à saúde tem se efetivado nas práticas cotidianas dos serviços de saúde? Tal direito tem se efetivado enquanto tal ou ainda se observam práticas legitimadoras de uma exclusão social, carregadas de um favoritismo, de uma politicagem e travestidas pela caridade? A produção do cuidado remete a um espaço de produção de autonomias e de garantias de direitos ou coloca o usuário numa posição de subordinado, daquele que precisa de cuidados, no sentido de carecer, de “coitadinho” e o profissional numa posição de provedor, de curador, daquele que se compadece do usuário para cuidar do mesmo?

Assim, mediante tais inquietações e reflexões, esperou-se contribuir na construção do conhecimento no sentido de propor ao espaço científico um caráter crítico e comprometido com a responsabilidade social, articulado com as discussões que abrangem as políticas públicas do país.



## **CAPÍTULO I – O DIREITO À SAÚDE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO BRASIL: POR UM SUS UNIVERSAL, INTEGRAL E EQUÂNIME**

### **1.1 A luta pelo direito à saúde: nas entrelinhas de sua construção**

A Constituição de 1988, a chamada Constituição Cidadã, a qual foi um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da Saúde Pública, bem como a posterior implantação do SUS com a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, já como desdobramento daquela, marcaram o processo de reforma da saúde no Brasil. Esse percurso foi marcado pela garantia do controle e da participação social, sendo fruto das lutas populares de redemocratização do país no início da década de 1980, que culminaram com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, cuja pauta principal foi saúde e democracia (Siqueira et al., 2002, Brasil, 2009a).

Assim, torna-se importante e necessário entender como se chegou nessa consolidação do que seria uma política pública de saúde para o país. Aqui, faz-se uma ressalva sobre o que se chama de política pública, entendendo-a como um conjunto de ações realizadas pelo Estado e seus agentes, tendo a participação ou não da sociedade, com o objetivo de cumprir os direitos previstos em lei (Sousa e Batista, 2012). No caso da saúde, como já dito anteriormente, destaca-se a relevância do movimento popular, sobretudo em um contexto de ditadura e de repressão em que o Brasil se encontrava às vésperas da Constituição de 1988.

No Brasil, as primeiras leis sociais só ganham destaque no fim do século XIX, porém as primeiras políticas públicas de proteção social só aparecem com a consolidação do processo de industrialização, a partir do movimento operário grevista. No setor saúde, as campanhas sanitárias ganharam força no início do século, em 1904, sobretudo a partir das campanhas de vacinação contra varíola, febre amarela e peste bubônica como uma forma de controle das pestes advindas da economia agrário-exportadora (Sousa e Batista, 2012).

Em 1920 cria-se o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), resultante do movimento de reorganização sanitária, o qual substituiu e ampliou as atribuições e o alcance da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), que havia sido criada em 1896, assumindo a direção dos serviços sanitários dos portos; a fiscalização do exercício da medicina e da farmácia; os estudos sobre doenças infectocontagiosas; a organização de estatísticas demográfico-sanitárias; e o auxílio aos Estados, mediante solicitação dos respectivos governos, em situações especiais como epidemias.

Porém, foi com a promulgação da Lei Eloy Chaves, em 1923, a qual criou as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), administradas pelas empresas, que se considerou o início

das políticas sociais no Brasil, apesar de ter sido resultante do movimento operário grevista e não devido à preocupação com o bem estar da população. Destaca-se que essa Lei assistia aos “segurados”, ou seja, aos trabalhadores das indústrias, ofertando, além da seguridade social, medicamentos e serviços médicos de caráter assistenciais. Em 1933, no governo de Getúlio Vargas, as CAPs receberam reformulação e criou-se os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), sendo agora organizados por categorias profissionais e administrados pelo Estado. Nesse mesmo período, após a Revolução de 30 havia-se criado o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), sendo outro marco nesse processo de construção das políticas sociais (Sousa e Batista, 2012).

Já na década de 1940, os órgãos de saúde dos Estados foram reestruturados e ampliados; na década de 1950 houve a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), de grande importância no combate à malária, nas pesquisas de doenças tropicais e educação sanitária; e somente em 1953 houve a separação entre a educação e a saúde, instituindo-se o Ministério da Saúde. Em 1966, já sob o Regime Militar (1964-1985), os IAPs se unificam e se transformam no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), posteriormente, em 1974, transformando-se em Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), hoje sendo o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Vale salientar que esse foi um período de tomada do poder pelos militares e que medidas antidemocráticas foram estabelecidas no país, dissolvendo o Congresso Nacional e ceceando liberdades individuais, conforme destaca Sousa e Batista (2012).

Conforme pode-se observar, a assistência em saúde durante todo esse período era direcionada para alguns grupos ligados especificamente ao trabalho formal, sendo o restante da população assistida pela filantropia, especialmente vinculadas à Igreja Católica. Para estes, diga-se de passagem maior parte da população, a saúde era ofertada como uma caridade, um favor, assumindo um caráter religioso, de bondade, sendo o Estado omissor com relação a estes, havendo sua intervenção apenas em casos mais graves, nos quais envolvessem risco para a economia ou de epidemia para a população. Ou seja, a saúde era apresentada a partir de dois polos, sendo, por um lado vista como pública quando se tratava de ações para a prevenção, para o ambiente e para a coletividade; e, por outro, a saúde do trabalhador de carteira assinada, de responsabilidade do Ministério do Trabalho.

Neste sentido, devido sua forma de organização não igualitária, descoordenada, ineficiente e insuficiente, o sistema de saúde brasileiro entrou em crise, sobretudo com o desenvolvimento do país e o crescimento populacional, aparecendo como uma questão social, sendo então organizado um movimento social com vistas a mudar tal realidade. Tal

movimento foi nomeado de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e era composto por estudantes, pesquisadores, profissionais de saúde, sindicatos, entre outros, com a proposta de resolver esses problemas a partir da reestruturação dos serviços e da democratização da saúde no país (Sousa e Batista, 2012). Inclusive, tal movimento foi de grande importância na construção do debate na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, sendo esta fundamental para a organização e o fortalecimento de uma proposta política de saúde pública. Assim, observa-se que, se inicialmente a saúde já se despontou como fruto da luta dos movimentos de operários, aqui a organização e a participação popular aparecem com ainda mais força na criação de um sistema público de saúde.

Em 1979, no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados que surgiu, pela primeira vez, a proposta do SUS, a qual foi apresentada pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), o qual fazia parte do movimento da RSB. Após nove anos, em 1988, foi promulgada a Constituição Federal, contemplando os princípios e diretrizes levantados pelo CEBES, passando a saúde a ser um direito de todos e dever do Estado. Logo, destaca-se que a discussão sobre a criação do SUS se deu a partir da sociedade, advinda da organização da RSB, apesar de ter sido necessário o debate no Congresso Nacional para que se transformasse em Lei (Sousa e Batista, 2012).

Ressalta-se que é necessário compreender o conceito de saúde trazido pela Constituição Federal de 1988, a qual a define a partir de várias dimensões, apontando que, para se ter saúde, é preciso ter acesso a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação etc. Complementarmente, o artigo 196 destaca que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, já definindo a universalidade da cobertura do SUS (Brasil, 1990, 2002, 2007).

Dois anos depois, promulga-se a Lei n. 8.080/90, a qual institui o SUS, momento em que o processo da RSB ganha corpo a partir da deliberação de um sistema de cunho marcadamente social, fazendo parte das ações definidas na Constituição como sendo de relevância pública, atribuindo-se ao poder público a sua regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde. Constitucionalmente, fica evidente que a concepção do SUS deveria basear-se na construção de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, resgatando o compromisso do Estado com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, preconizando-o como um dos direitos da

cidadania, não mais restringindo o seu acesso, mas garantindo que, a partir de então, há um SUS para todos (Brasil, 1990, 2002, 2007).

## **1.2. A Legislação do SUS**

A Lei n. 8.080/90, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, além de regular as ações e os serviços de saúde em todo o território nacional, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Assim, institui-se o SUS como sendo constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. Há um destaque para a possibilidade de participação da iniciativa privada em caráter complementar, priorizando-se as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. Enquanto campo de atuação do SUS, encontram-se a execução de ações de vigilância sanitária; vigilância epidemiológica; saúde do trabalhador; e assistência terapêutica integral, incluindo a farmacêutica.

Além de outras atribuições dispostas na lei, ao SUS compete, de acordo com o artigo 200 da Constituição Federal de 1988:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

As ações e serviços que integram o SUS seguem as diretrizes previstas no artigo 198, obedecendo ainda a princípios doutrinários (*universalidade, integralidade e equidade*, sendo

estes os de maior interesse na construção e discussão dessa tese) e organizativos (Brasil, 1990, 2000):

- *universalidade*: garante o acesso aos serviços de atenção e assistência à saúde, em todos os níveis de complexidade, ou seja, a saúde sendo reconhecida como um direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado garantir as condições para seu pleno exercício;
- *integralidade*: garante o fornecimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos e coletivos, indicando que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de cada pessoa ou grupo de pessoas;
- *equidade*: garante o princípio de justiça social, diminuindo as desigualdades, visando o atendimento às demandas do indivíduo a partir de suas particularidades e permitindo a redução de disparidades sociais e regionais existentes no país;
- *participação popular*: garante o exercício do controle social, criando canais de participação da comunidade na gestão do SUS, em todas esferas, municipal, estadual e federal;
- *regionalização e hierarquização*: garante o princípio da territorialidade, voltando-se para a organização, união e parceria entre os gestores estaduais e municipais, visando efetividade do SUS na busca de uma lógica sistêmica dos serviços e a economia de escala, ou seja, a diminuição dos custos médios de longo prazo investidos nos serviços à medida que estes passam a dar conta de um maior número de atividades e os custos mantem-se fixos;
- *descentralização*: garante o funcionamento político-administrativo, com direção única em cada esfera de governo, caracterizado pela conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, do Distrito Federal, dos estados e dos municípios na prestação dos serviços de saúde para a população.

Considerando as diretrizes, o SUS estrutura seus serviços em três níveis de atenção, organizado a partir da complexidade da ação ou do serviço ofertado, sendo eles: atenção primária, secundária e terciária (Brasil, 1990, 2000).

A atenção primária, no Brasil sendo referenciada como atenção básica, é tida como a porta de entrada preferencial do usuário no SUS, ou seja, preferentemente, o primeiro contato desse se daria através dos serviços que compõem esse primeiro nível de atenção. Tais serviços são majoritariamente representados pelas USF, onde são disponibilizadas consultas com as

especialidades básicas e ofertadas diversas ações que envolvem a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doenças mais frequentes (Brasil, 1990, 2000).

A atenção secundária é composta pelas ações e serviços de média complexidade, cuja prática demanda disponibilidade de profissionais especializados e recursos tecnológicos para diagnóstico e tratamento, como exames de ultrassom e raio-X, fisioterapia, terapias especializadas, cirurgias ambulatoriais, etc (Brasil, 1990, 2000).

Já a atenção terciária, de alta complexidade, corresponde ao conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, composta sobretudo pelos serviços de urgência e emergência, bem como a assistência ao paciente com câncer, cirurgia cardiovascular, transplantes, procedimentos de neurocirurgia, exames mais complexos e outros (Brasil, 1990, 2000).

Neste sentido, como citado anteriormente, o contato inicial do usuário com o SUS deve ser feito preferencialmente via atenção básica, ou seja, na USF mais próxima do seu local de residência, garantindo a territorialidade do cuidado. Os encaminhamentos para serviços especializados devem ser feitos sempre que necessário, garantindo a integralidade do cuidado e a atenção nos três níveis de complexidade (Brasil, 1990, 1996, 2001). Assim, articulam-se as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação tanto na dimensão individual quanto na coletiva/familiar (Giovanella, Lobato, Carvalho, Conill & Cunha, 2002).

Destaca-se que o SUS deve atuar de modo articulado na promoção dos direitos básicos de cidadania, se inserindo no contexto das políticas públicas de seguridade social, abrangendo, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social. Para tanto, os gestores públicos devem promover uma melhor articulação entre os níveis de governo e os diferentes segmentos sociais, garantindo respostas adequadas às demandas de saúde da sociedade, agenciando e apoiando mudanças de interesse sanitário a fim de consolidar o próprio SUS (Brasil, 2007).

Em cada esfera do governo a direção única do SUS é exercida pelos seguintes órgãos (artigo 9 da Lei 8.080, de 1990): no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, bem como dos Municípios, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente. Neste, o SUS também pode ser organizado em distritos sanitários, integrando e articulando recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

A função de gerir a saúde, em qualquer esfera institucional, conforme aponta o Ministério da Saúde (Brasil, 2009b), coloca vários desafios a serem enfrentados, sendo o primeiro deles dominar toda a complexidade de conceitos, nomenclaturas, ações e serviços

que o SUS abrange. Na prática, há uma ampla e diversificada gama de situações e problemas, de diferentes naturezas, com que se deparam os gestores, podendo estes serem abordados de diversas maneiras, a depender de combinações entre técnicas/métodos e tecnologias/equipamentos disponíveis para organização dos processos de trabalho, além da diversidade de itens e recursos que precisa lidar diariamente. Além disso, vale ressaltar que cada território possui peculiaridades próprias de seus usuários e equipes, com diferentes demandas locais e caracterização. Por isso, é importante adequar as estratégias considerando as diferenças regionais e territoriais na condução dos serviços de saúde, não engessando o modelo de gestão do SUS.

Aqui, destaca-se que, ao se falar em território, está se referindo a uma noção ampliada do mesmo, que vai além de uma delimitação geográfica de uma determinada área pela qual o serviço de saúde é responsável, como apontado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2009c), sendo este dinâmico, espaço de produção da vida e da saúde, construído coletivamente pelos sujeitos e instituições a que ele pertence. Tal conceito é fundamental na execução do cuidado na atenção básica, de modo a nortear as ações da equipe de Saúde da Família, vinculando-a à comunidade que nele vive e produz saúde e/ou doenças.

Os gestores devem buscar soluções que viabilizem o planejamento, a melhor aplicação dos recursos e a condução das equipes, norteados sempre pelos princípios do SUS, conforme recomenda o Ministério da Saúde. Além disso, deve-se romper com modelos hierárquicos e estanques e substituí-los pela noção de pertencimento e empoderamento dos sujeitos, construindo um sistema que contemple ampla participação social e cogestão, como historicamente foi sua construção (Brasil, 2009b).

Nessa cogestão as responsabilidades sanitárias devem ser pactuadas, expressadas no compromisso estabelecido entre os entes no enfrentamento dos problemas de saúde e na garantia da atenção às necessidades de saúde da população, organizando os serviços e gerindo o sistema a partir destas. Por sua vez, a equipe de saúde, que assume as funções cotidianas de gestão, exercendo uma micropolítica, deve privilegiar as capacidades técnicas e o trabalho em grupo, potencializando as necessidades coletivas e possibilitando o matriciamento das relações e a responsabilização de cada profissional. Tais caminhos têm mostrado sucesso na execução do SUS, principalmente quando associados à educação permanente dos profissionais pertencentes às equipes (Brasil, 2009b).

Vale destacar que esse processo de descentralização do SUS, marcado pela municipalização avançou de forma quantitativa e qualitativa, de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2002), a partir da edição das três Normas Operacionais Básicas/NOB-SUS, em

1991, 1993 e 1996, e das Normas de Assistência à Saúde/NOAS-SUS, em 2001 e 2002. Foi a partir destas que a atenção básica à saúde se ampliou e aprofundou seu escopo de ações, incluindo segmentos sociais outrora excluídos do sistema, colocando para os municípios a autonomia e a responsabilidade pela gestão da rede de serviços locais de saúde e sua prestação direta (Bodstein, 2002). Por isso, consolidar esse processo de municipalização é uma prioridade do Ministério da Saúde, sendo uma estratégia fundamental para assegurar o acesso integral da população à promoção, proteção e recuperação da saúde, buscando sempre a resolubilidade, qualidade e humanização das ações e serviços prestados à população, fim último de todos os esforços (Brasil, 2006a).

Nesta perspectiva, em setembro de 2005 o Ministério da Saúde definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: O Pacto em Defesa do SUS, O Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Dessa forma, percebe-se grande esforço do governo na busca por um modelo de atenção à saúde que dê prioridade a ações de melhoria na qualidade de vida dos sujeitos e dos coletivos (Brasil, 2006a).

Partindo para a realidade prática, o que Campos (2007) vai discutir é que sugestões sobre como organizar e gerir o SUS é reduzido na medida em que se restringe apenas a construir agendas, regular e avaliar, mas que não dão conta na prática de um sistema tão complexo como o SUS. O que se vê é a classe média e as empresas buscando uma saúde suplementar; os governantes restringindo-se a programas focais; a mídia, sempre que falando do SUS, referindo-se a filas, hospitais, ignorando o sistema sem mencionar o controle social e a gestão participativa; e os pesquisadores, por sua vez, se segmentando e sendo empurrados para temas como governança, avaliação, integralidade, promoção e humanização, sendo difícil avaliações articuladas e aprofundadas sobre o sistema em si (Campos, 2007).

Por fim, vale destacar que, apesar dos muitos desafios que o SUS apresenta, há uma grandiosidade e relevância que precisam ser notadas, sobretudo sua universalidade. Desde a rede de transplantes, do avançado programa de combate à Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), da atenção básica aos procedimentos de alta complexidade, da vigilância sanitária aos ordenados programas de vacinação, tudo é resultado do SUS, presente desde as mais isoladas comunidades amazônicas às megalópoles brasileiras, está presente na vida de todos os que vivem no Brasil (Brasil, 2009a).

### **1.3 O direito à saúde no território: a atenção básica como porta de entrada e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS)**

No Brasil, a atenção primária à saúde é expressa pela atenção básica, a qual foi definida inicialmente pela Portaria Nº 648/2006, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como um conjunto de ações de saúde que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, nos âmbitos individual ou coletivos (Brasil, 2006b).

A partir de práticas gerenciais e sanitárias pautadas na democracia e participação popular, e sob forma de trabalho em equipe multiprofissional baseado na Estratégia de Saúde da Família (ESF), os serviços da atenção básica são representados pelas USF e as ações ali efetuadas são direcionadas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, devendo considerar, para tanto, tal dinâmica territorial (Brasil, 2006b).

Ressalta-se que, além das equipes multiprofissionais que ofertam o cuidado nas USF, também pertence à atenção básica outras estratégias de atuação, entre elas tem ganhado destaque o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que complementa o cuidado em saúde das equipes das USF no território proposto pela PNAB, criado através da Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Além disso, há várias outras políticas, programas, ações e estratégias que integram o conjunto de iniciativas do Departamento de Atenção Básica com o intuito de ofertar o cuidado à população no território.

Inicialmente, como forma de reorganizar a atenção básica, o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, municipalizando os serviços a ela pertencentes, seguindo o princípio da descentralização. Mas, como o programa ganhou ampla aceitação nacional, superando os limites do modelo vigente, em 1997 o Ministério da Saúde propôs uma nova interpretação para o “saúde da família”, desta vez compreendido como uma estratégia de atenção e não mais como um programa. Assim, a ESF passou a ser entendida como a porta de entrada do sistema e não mais como uma atividade assistencial paralela à rede implantada (Brasil, 1997; Henrique & Calvo, 2008).

Neste sentido, a Portaria Nº 648/2006 que aprovou a PNAB, instituiu a ESF como estratégia prioritária para organização da atenção básica à saúde, tendo como marca o trabalho em equipe multiprofissional, objetivando ofertar o cuidado de modo equânime e integral, consonante os preceitos do SUS. A partir de então, a forma tradicional de organizar a atenção básica, pautada no modelo biomédico, passou a ser substituída pela ESF, devendo: atuar no território, realizando cadastramento domiciliar; realizar diagnóstico situacional com foco na família e comunidade, planejando e desenvolvendo atividades de acordo com este; dirigir ações voltando-se aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua;

garantir a longitudinalidade do cuidado aos indivíduos e famílias, com postura sempre proativa frente aos problemas de saúde-doença da população; buscar parcerias com instituições e organizações sociais, sobretudo em sua área de abrangência; e ser um espaço de construção de cidadania (Brasil, 2006b).

Assim, a ESF busca o fortalecimento da clínica ampliada e a integralidade no atendimento às necessidades de saúde da população, impactando sobre os diferentes fatores que interferem no processo de saúde e doença da população. A partir do trabalho em equipe, esse modelo organizativo permite que a prática de um profissional se ressignifique na prática do outro, possibilitando a transformação de ambos para a intervenção na realidade territorial em que estão inseridos, pautando-se nos princípios da promoção da saúde (Araújo e Rocha, 2007).

Com a revisão da PNAB pela Portaria de Nº 2.488 GM/2011, algumas diretrizes e normas para a organização da atenção básica foram revistas, tendo como foco o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a ESF, mas confirmando esta como estratégia prioritária de expansão, qualificação e consolidação desse nível de atenção no Brasil, favorecendo a reorientação do processo de trabalho, potencializando o aprofundamento dos princípios, diretrizes e fundamentos, ampliando a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades e propiciando uma importante relação custo-efetividade, corroborando a proposta da Portaria Nº 648/2006.

Porém, mais recentemente a PNAB passou por nova reformulação, através da Portaria de Nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Após muitos debates, o texto que regulamenta a PNAB foi alterado, trazendo consigo algumas discussões, polêmicas e críticas no que diz respeito à ESF como estratégia prioritária para organização da atenção básica, à composição das equipes de profissionais e ao seu trabalho em si, sobretudo repercutindo na figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Nesta Portaria, além de ressaltar que os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS) são equivalentes, amplia-se o seu conceito, caracterizando-a por um conjunto de ações de saúde, individuais, familiares e coletivas, as quais envolvem a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Recomenda-se que estas sejam desenvolvidas através de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, por meio de equipe multiprofissional e direcionada à população em território definido, tendo as equipes responsabilidade sanitária sobre o mesmo (Brasil, 2017).

Aponta-se que a atenção básica passa a ser, além de porta de entrada, centro de comunicação da RAS (Rede de Atenção à Saúde), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços que compõem a rede. Inclusive, essa Portaria trouxe como preocupação a proibição de quaisquer formas de exclusão, discriminação ou estigmatização, em relação à “idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras” (Brasil, 2017, p. 2). Assim, devem ser adotadas estratégias que busquem minimizar desigualdades/iniquidades que impactem na autonomia e na situação de saúde de pessoas e/ou grupos. Para tanto, suas diretrizes também foram ampliadas, além dos princípios da universalidade, equidade e integralidade, sendo elas:

- a) *Regionalização e hierarquização*, sendo a atenção básica o ponto de comunicação entre a RAS;
- b) *Territorialização*, permitindo o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais voltadas a um território específico, dinamizando as ações em saúde pública;
- c) *População adscrita*, a qual a equipe é diretamente responsável pelo cuidado, estimulando o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre estas;
- d) *Cuidado centrado na pessoa*, permitindo desenvolver ações de cuidado singulares, promovendo o cuidado em saúde de forma mais efetiva e a autonomia deste;
- e) *Resolutividade*, devendo utilizar e articular diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo através de uma clínica ampliada, construindo vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, buscando resolver a maioria dos problemas de saúde da população;
- f) *Longitudinalidade do cuidado*, construindo uma relação de cuidado contínua, o vínculo e a responsabilização entre equipe e usuários de modo permanente e consistente, permitindo a construção de referências e o acompanhamento dos efeitos das intervenções realizadas;
- g) *Coordenação do cuidado*, sendo o centro da comunicação e da responsabilização do cuidado dos usuários em qualquer ponto de atenção da rede, inclusive organizando os fluxos e promovendo uma gestão compartilhada da atenção integral;
- h) *Ordenação da rede*, reconhecendo e organizando as necessidades de saúde da população a qual é responsável, inclusive em relação aos outros pontos da RAS;
- i) *Participação da comunidade*, estimulando-a, orientando a comunidade e ampliando sua autonomia e capacidade de construir o cuidado à saúde das pessoas e coletivos pertencentes ao território.

Apesar dessa Portaria reforçar a ESF como estratégia prioritária para expansão e consolidação desse nível de atenção, passa a reconhecer outras estratégias, desde que considerem os princípios e diretrizes propostos na mesma e que seja de caráter transitório. Aqui, abre-se espaço para que outras propostas organizativas da atenção básica tomem o espaço ocupado antes apenas pela ESF e assumam a organização desse nível de cuidado, o que deve ser observado com cautela pelo poder público para que não se desvirtue a proposta da própria PNAB ou se retroceda para modelos centrados na figura do profissional médico, como ainda ocorre em alguns municípios. Aqui, ressalta-se que a nova PNAB dá autonomia para os gestores municipais gerirem os recursos recebidos do governo federal, direcionando-os e deslocando-os para outras iniciativas organizativas desse nível de atenção, que não a ESF.

Outro destaque mais técnico que essa nova Portaria trouxe foi no que diz respeito à nomenclatura utilizada para referir-se aos serviços que compõem a atenção básica, agora nomeados unanimemente de Unidades Básicas de Saúde (UBS), apontados como espaços potenciais de educação, formação, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS. Também se consideram como unidades ou equipamentos de saúde da atenção básica a UBS Fluvial e a Unidade Odontológica Móvel, atendendo a populações em contextos específicos.

Sobre a composição da equipe de profissionais de saúde que atendem nas UBS, a nova PNAB estabelece quatro tipos:

a) *Equipe de Saúde da Família (eSF)*: constituída, no mínimo, por médico, de preferência especialista em medicina de família e comunidade, enfermeiro, de preferência especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e ACS, também podendo pertencer à equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal, sendo o cirurgião-dentista, de preferência especialista em saúde da família, e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (ASB/TSB). A carga horária semanal obrigatória é de 40h para todos os profissionais dessa modalidade, a qual, diga-se de passagem, deve ser a estratégia prioritária para a composição profissional das UBS. A quantidade de ACS por equipe deve ser definida a partir de critérios locais, devendo, em áreas territoriais amplas, áreas de risco e vulnerabilidade social, a cobertura populacional ser de 100%, com no máximo 750 pessoas por ACS.

b) *Equipe de Atenção Básica (eAB)*: constituída, no mínimo, por médicos, de preferência especialista em medicina de família e comunidade, enfermeiro, de preferência especialista em saúde da família, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, podendo agregar outros

profissionais como dentistas, ASB e/ou TSB, ACS e ACE. A carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais.

c) *Equipe de Saúde Bucal (eSB)*: constituída por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal, podendo compor as eSF ou eAB, devendo, portanto, estar vinculada a uma UBS ou a uma Unidade Odontológica Móvel.

d) *Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)*: composto por diferentes categorias profissionais da saúde, trata-se de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar com caráter complementar às eSF e eAB, atuando de modo integrado para dar suporte clínico, sanitário e pedagógico a estas, fazendo parte do cotidiano das UBS.

e) *Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS)*: aparece como uma possibilidade para reorganização inicial da atenção básica, visando a implantação gradual da ESF ou como forma de agregar ACS a outras formas de organização da atenção básica, conforme previsto nessa Portaria.

Além destas cinco equipes listadas na nova PNAB, também aponta-se como possibilidade a existência de equipes para populações específicas, sendo elas: Equipes de Saúde da Família para o atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantaneira, podendo ser Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) ou Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF); Equipe de Consultório na Rua (eCR); e Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP). Porém, a Portaria propõe e espera que consiga se fazer uma transição até que as eSF possam atender todas as pessoas e populações, incorporando as tecnologias dessas equipes específicas, de modo que elas não sejam mais necessárias.

Sobre o funcionamento das UBS, este deve ser, no mínimo, de 40 horas/semanais, 5 (cinco) dias da semana e 12 meses do ano, podendo ser pactuados horários alternativos de modo a atender a demanda do território, mas sempre obedecendo a essa carga horária mínima. As eSF e as eAB devem ser responsáveis por 2.000 a 3.500 pessoas no âmbito do território, podendo-se agrupar quatro equipes por UBS a fim de garantir a resolutividade. Sobre isso, a Portaria destaca que:

Para que as equipes que atuam na Atenção Básica possam atingir seu potencial resolutivo, de forma a garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso, é necessário adotar estratégias que permitam a definição de um amplo escopo dos serviços a serem ofertados na UBS, de forma que seja compatível com as necessidades e demandas de saúde da população adscrita, seja por meio da Estratégia Saúde da Família ou outros arranjos de equipes de Atenção Básica (eAB), que atuem em conjunto, compartilhando o cuidado e apoiando as práticas de saúde nos territórios. Essa oferta de ações e serviços na Atenção Básica devem considerar políticas e programas prioritários, as diversas realidades e necessidades dos territórios e das pessoas, em parceria com o controle social (Brasil, 2017, p. 12).

Além de trazer as especificidades na atuação de cada profissional que atua nas eSF e eAB, a nova PNAB destaca as atribuições concernentes a todos, dentre elas: participação na definição do território de atuação; realização do cadastro das famílias e indivíduos do território e atualização do mesmo; realização do cuidado integral à saúde na UBS, prioritariamente, bem como no domicílio e em outros locais do território, como associações e escolas, de acordo com as demandas dos usuários individualmente e coletivamente; participação no acolhimento, proporcionando um cuidado humanizado; responsabilização pela longitudinalidade do cuidado; gestão das filas de espera, evitando os encaminhamentos desnecessários; realização de trabalhos interdisciplinares e em equipe, incorporando práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento no processo de trabalho; participação em reuniões de equipe para acompanhamento, discussão, planejamento e avaliação das ações desta; realização de ações de educação em saúde à população; participação em espaços de educação permanente e continuada; entre outros.

Além disso, destacam-se os aspectos estruturais das UBS, as quais devem promover um espaço acolhedor e humanizado, diminuindo as barreiras quanto à acessibilidade do serviço. A Portaria ressalta, por exemplo, que não deve haver grades na recepção, como ocorre em muitos serviços, pois isso pode intimidar o usuário ou até mesmo dificultar a comunicação. Assim, observa-se que mudanças estruturais devem ocorrer nos serviços de modo a atender às demandas subjetivas envolvidas durante a oferta do cuidado em saúde, possibilitando e ampliando o acolhimento.

Sobre isso, aponta-se que, mesmo diante dos avanços e da atual consolidação da atenção básica no Brasil, sua construção é marcada por problemas estruturais dos serviços, insuficiência e perfil inadequado de profissionais de saúde, além do acesso inoportuno a recursos e dificuldades na efetivação de políticas e ações de saúde (Facchini, Piccini, Tomasi, Thumé, Silveira, Siqueira & Rodrigues, 2006). Na prática, muitos são os entraves encontrados nos serviços, indo para além de entraves estruturais, como a alocação destes em ambientes inapropriados, com precárias condições de trabalho, a falta de medicação, de insumos e materiais diversos, entre outros; mas, sobretudo, subjetivos, que envolvem as tecnologias leves, a vida dos profissionais, incluindo a precarização do trabalho e as próprias percepções de saúde e de SUS que estes e usuários possuem, interferindo diretamente na produção do cuidado e no modo como o direito à saúde é efetivado.

Mas, apesar dos entraves, vale ressaltar que a PNAB apresenta-se como uma das políticas públicas brasileiras, se não a maior, que tem apresentado grande êxito, sobretudo

quanto à sua proposta de descentralização, como já fora explanado. Além disso, aponta-se para sua importante construção de cunho social, sendo, de fato, uma política fundada nas discussões do movimento da RSB frente às demandas de saúde da população, trazendo como forte elemento a participação popular e o controle social, apesar de, na prática, isso vir se enfraquecendo nos últimos anos com propostas de governo que deslegitimam a força da organização da sociedade na luta pelos seus direitos.

Sobre isso, Campos, Bedrikow, Santos, Terra, Fernandes e Borges (2016) apontam que o SUS, assim como outras políticas, tem vivido uma crise, visto que o Brasil tem vivido um impasse quanto à consolidação de políticas sociais que fomentam a cidadania em detrimento da volta a políticas assistenciais que possuem em sua marca um caráter residual. Nesse contexto, após mais de 25 anos, volta-se a discutir os impasses frente o direito à saúde de todos e para todos, buscando a superação de contradições que se apresentam cotidianamente em medidas governamentais baseadas no argumento da insustentabilidade fiscal. Conforme esses autores discutem:

Existe um cenário preocupante para a sustentabilidade do SUS frente à contra-reforma neoliberal. Fatos que atentam contra o direito universal à saúde, como: a abertura ao capital estrangeiro para investimento em saúde no Brasil, pela lei 13.097/2015, a presença de seguradoras transnacionais de saúde no mercado brasileiro, a privatização dos serviços do SUS, e as propostas para a obrigatoriedade da disponibilização de seguros-saúde pelos empregadores, pelo Projeto de Emenda Constitucional 451, confirmam esse cenário sombrio, além do fato do progressivo desfinanciamento do SUS (Campos, Bedrikow, Santos, Terra, Fernandes e Borges, 2016, p. 261).

Para além dessas questões, também faz-se necessário compreender que o SUS real, ou seja, o SUS que se apresenta na realidade do cotidiano dos serviços, é feito, sobretudo a partir das práticas de cuidado dos profissionais de saúde que ali se encontram e suas relações com os usuários, entre eles mesmos e entre eles e os gestores. Tais práticas são compostas por diferentes sujeitos, diferentes modos de pensar, diferentes subjetividades que traduzem o SUS nas relações cotidianas. Por isso, conforme apontam Oliveira, Gomes, Sá e Acioli (2007), acessar essas construções psicossociais dos atores que fazem o SUS acontecer torna-se um importante recurso para se compreender o “SUS vivo” e como está se dá enquanto uma garantia de um direito constitucional, que é o direito à saúde.

## **CAPÍTULO II – A SAÚDE ENQUANTO UM DIREITO: O TRABALHO EM SAÚDE COMO ESPAÇO DE PRODUÇÃO DO CUIDADO**

Sabe-se que, para além de uma luta específica pelo direito à saúde o movimento da RSB pertenceu a um movimento mais amplo, múltiplo, pelos direitos democráticos que diversos setores da sociedade brasileira se mobilizavam, sendo capaz de reunir diferentes modos de pensar em torno de um alvo comum: o direito à saúde e à vida (Feuerwerker, 2014).

Conforme discute essa autora, tal movimento trouxe, em sua essência, e pelo próprio contexto de fim da ditadura e de construção e efetivação da Constituição brasileira, a capacidade de participação social e a potência de se construir coletivamente e a partir da diversidade, o direito democrático à saúde, buscando a igualdade em uma sociedade desigual. Por isso, a luta pela construção de uma política pública de saúde universal, equânime e integral mistura-se com a luta pela redemocratização do país, ao menos em um primeiro momento, assumindo, no presente, uma resistência ao conservadorismo proposto pelas políticas mais atuais (Camargo Jr., 2009).

Mas, para além dos aspectos técnicos e históricos que permeiam a construção de um sistema de saúde público no Brasil, é importante considerar que a efetivação do SUS acontece no ato da produção do cuidado. Por isso, diante desse próprio processo histórico de construção e de luta de direitos, faz-se necessário discutir sobre o “SUS vivo”. Conforme aponta Camargo Jr. (2009), as propostas do SUS tem efeitos amplos no cotidiano da população, fazendo-se, portanto, necessário esclarecer os princípios que regem a organização do sistema, sendo necessário, porém, ir além de discussões acadêmicas e legislativas.

Neste sentido, para além do conhecimento sobre a política pública de saúde, sobre os instrumentais teóricos e técnicos que subsidiam as práticas de cuidado nos serviços de saúde que compõem o SUS, neste trabalho está se considerando importante conhecer e discutir o “SUS vivo”, ou seja, aquele que acontece nas relações estabelecidas dentro desses espaços, o SUS que chega até à população, o SUS que se dá nas relações cotidianas estabelecidas entre profissionais e usuários do serviço.

Para tanto, conforme Feuerwerker (2014) aponta, tal discussão deve partir do ponto de vista da micropolítica – plano molecular em que se dão os processos de subjetivação e permeado pelas relações de poder –, sendo no território que o cuidado em saúde acontece, pois é nele em que se fabricam as relações, seus limites e suas possibilidades, o qual pertence aos atores envolvidos nesse processo de produção, a saber, usuários e profissionais.

Ao se falar em micropolítica do trabalho vivo em saúde, estabelece-se, portanto, que há no ato do cuidado um emaranhado que configura o real social naquele momento (Feuerwerker, 2014), que permite, mesmo que sutilmente, a visualização das relações de poder estabelecidas no processo de produção do cuidado, sendo a compreensão destas imprescindível quando se busca conseguir transformar as práticas cotidianas em saúde. Ou seja, entende-se que, apesar de aspectos macrosociais que permearam e ainda permeiam a própria construção da saúde pública no país serem de grande importância na compreensão da efetivação da saúde enquanto um direito, é nas relações de cuidado que se verifica essa efetivação. Dito de outro modo, compreende-se que são nos processos de subjetivação do cuidado, nos espaços relacionais, que o SUS se objetiva, se materializa, indo além de uma objetivação a partir da legislação e do cumprimento do “SUS do papel”.

Tais inquietações fazem com que, ao se buscar compreender a efetivação do direito à saúde e da oferta desta enquanto um direito, o olhar se volte para a produção do cuidado dentro dos serviços de saúde. Aqui, não se está propondo negar o papel e a importância dos gestores no que se refere à provisão de estabelecimentos de saúde bem estruturados e devidamente equipados com os insumos necessários para a oferta do cuidado. Sabe-se que estes aspectos, inclusive, são relevantes quando se fala na satisfação de usuários e trabalhadores de saúde, uma vez que boas condições de trabalho e disponibilidade de insumos, materiais e equipamentos de saúde produzem consideráveis mudanças no leque de serviços ofertados e na qualidade dos mesmos.

Entretanto, mais importante que tal disponibilidade, entende-se que o manejo desses próprios recursos materiais depende dos recursos humanos, pois são profissionais e usuários que vão estabelecer vínculos e relações para que o cuidado seja efetivado. Sobre isso, Feuerwerker (2014) vai dizer que no contexto da produção do cuidado em saúde, o “trabalho vivo” é o trabalho em si, enquanto os instrumentos de trabalho e o próprio processo organizativo são o “trabalho morto”, estando ali para serem utilizados ou influenciando no modo como o processo ocorrerá, enquanto ferramenta.

Vale ressaltar, porém, que apesar de se falar na existência desse “trabalho morto”, Merhy (1997) destaca que este já é produto de um trabalho vivo anterior e, por isso, não há como um libertar-se totalmente do outro, uma vez que estas ferramentas de trabalho fazem parte do cuidar, sendo mais importante o compromisso com o sujeito da ação, e em ação, podendo, a partir disso, reinventar o próprio processo de trabalho, bem como sua gestão, organização e finalidade. Ou seja, não é por ser considerado “morto” que seja sem vida, uma vez que é resultado do próprio “trabalho vivo”.

Destaca-se que, para tanto, está se considerando as práticas de saúde como um trabalho, sob o ponto de vista da produção do cuidado. Isto porque, como toda atividade humana, as práticas de saúde também são atos produtivos e, como tal, visam produzir efeitos e alterar um estado de coisas priorizadas como necessidades. Logo, além de serem norteadas pelos saberes científicos, estas se constituem a partir de sua finalidade social, a qual é historicamente construída, ou seja, necessidades sociais relativas à estrutura produtiva da sociedade; bem como necessidades do usuário diretamente, que, ainda assim, são perpassadas por aquelas que a sociedade capitalista, por exemplo, produz (Feuerwerker, 2014).

Além disso, conforme aponta esta autora:

(...) nos serviços de saúde, os atos da produção e do consumo do produto ocorrem ao mesmo tempo - como na produção de serviços em geral - mas com a singularidade que o produto oferecido varia de acordo com a singularidade da relação usuário-trabalhador, configurando uma relação “interseçora” (de interseção, de afetamento mútuo). Quando um trabalhador de saúde encontra-se com o usuário no interior de um processo de trabalho dirigido à produção de atos de cuidado, estabelece-se entre eles um espaço de interseção que sempre existirá, em ato, em seus encontros. Portanto, no processo de trabalho em saúde há um encontro do agente produtor (com suas ferramentas - conhecimentos, equipamentos - e concepções) e do agente consumidor (com suas intencionalidades, conhecimentos e concepções). Desse modo, o agente consumidor é, em parte, objeto daquele ato produtivo, mas também é um agente ativo, que interfere no processo. Nessa situação, a ação intencional do trabalho realiza-se num processo em que o trabalhador, por meio do trabalho vivo em ato, captura interessadamente um objeto/natureza para produzir bens/produtos (Feuerwerker, 2014, p. 38).

Assim, a produção do trabalho em saúde sempre é marcada pelo encontro entre o trabalhador, ou seja, o profissional de saúde, e o usuário. Nesse encontro, Merhy e Feuerwerker (2009) destacam que há o uso de “caixas de ferramentas tecnológicas”, as quais, a depender do modo como são utilizadas e combinadas, produzem diferentes modelos de atenção à saúde. Estes apontam três categorias de tecnologias: 1) as *tecnologias duras*, vinculadas à propedêutica e aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, correspondendo aos instrumentos, equipamentos, rotinas, protocolos e outros, a exemplo do estetoscópio e dos exames laboratoriais; 2) as *tecnologias leve-duras*, que corresponde aos saberes, conhecimentos técnicos, como a clínica e a epidemiologia, aplicados pelos profissionais de saúde no ato da produção do cuidado; e 3) as *tecnologias leves*, que correspondem às relações de cuidado em si, à própria postura profissional, seu modo de ser, subjetividade, permitindo a criação de vínculos, de confiança, a captação da realidade, dos modos de vida, das singularidades, ampliando o raciocínio clínico do profissional.

É nessa última “caixa de ferramenta tecnológica” que entram em cena a ética do exercício da profissão e as próprias concepções e percepções sobre a relação trabalhador-usuário, evidenciando a importância do trabalho vivo do profissional neste momento, sendo

um espaço que possibilita que o usuário interaja, participe e afete, uma vez que é um espaço de interseção entre esses dois atores do cuidado (Merhy & Feuerwerker, 2009).

Sobre isso, Ayres (2004a) aponta que é comum fazer uma associação de que a aplicação de tecnologias para a produção do cuidado em saúde parte de uma formulação simples: a ciência produz o conhecimento sobre as doenças e este transforma-se em saberes e instrumentos de intervenção através da tecnologia, sendo os profissionais de saúde aplicadores destes. Porém, ele vai dizer que nunca a relação de cuidado se resumirá a uma simples aplicação de conhecimentos e, por isso Merhy (2004), apesar de considerar todas as ferramentas importantes, enfatiza as tecnologias leves nesse processo, visto que, no campo da saúde, o objeto não é a cura ou promoção, proteção da saúde, mas sim a produção do cuidado, sendo por meio deste que se atingirá a cura e a saúde, que são os objetivos últimos a serem atingidos.

É nessa produção que está a importância do cuidar nas práticas de saúde, segundo Ayres (2004a), pois é quando se constroem espaços de encontro entre subjetividades, permitindo o exercício de uma sabedoria prática para a saúde, subsidiada pela tecnologia mas não resumida a ela. Isto porque, segundo ele, o sentido da intervenção clínica está para além do alcance da saúde e por isso não visa apenas a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para tanto, mas, sim, qual o seu sentido prático para o usuário, abrindo-se um diálogo o mais horizontal possível entre o profissional e este.

Nesse espaço da clínica, a disponibilidade e adequada utilização das tecnologias duras e leve-duras são eficazes para apresentação de respostas rápidas a situações que envolvam, sobretudo, casos agudos e centrados nos aspectos biológicos, como um infarto agudo do miocárdio e uma descompensação diabética, ou seja, situações em que o usuário não possui autonomia sobre seu estado de saúde, de vida, passando a governabilidade para os profissionais de saúde. Porém, passadas estas, a possibilidade de negociação entre profissional-usuário deve ser considerada para que se produza o cuidado, não aprisionando-o aos saberes técnicos e à razão instrumental, mas articulando os saberes que estes atores da relação possuem, os quais estão relacionados ao mundo da vida, fabricando autonomia para os usuários e para o trabalho da equipe de saúde (Feuerwerker, 2014). Por isso,

(...) o cuidado (e não a clínica) é a alma dos serviços de saúde e a estratégia radical para defesa da vida. A clínica é o território das tecnologias leve-duras – pertence aos trabalhadores (e a certos trabalhadores mais que a outros) - portanto uma negociação em seu território pressupõe subordinação de uns (desprovidos do saber) por outros (detentores do saber e da única verdade cientificamente admissível). No território das tecnologias leves, os saberes estruturados acerca do corpo de órgãos podem ser apresentados como oferta e não como imposição de um estilo de vida ou de única explicação válida para

os desconfortos e sofrimentos. Podem ser ferramenta para lidar com a diferença na produção da vida e não como uma carapaça que nos aprisiona na repetição (Feuerwerker, 2014, p. 62).

Apesar disso, Braga (2006) relata que as relações interpessoais envolvidas na produção do cuidado mostram-se fragilizadas e as decisões em saúde são pouco discutidas, pautadas numa orientação verticalizada do saber e configurando um cuidado fragmentado no qual o diálogo e a negociação não são utilizados como instrumentos na construção da integralidade. Isso compromete o próprio cuidado, uma vez que, segundo ela aponta, somente se constrói e se produz cuidado em um espaço no qual se exercita a escuta, o diálogo, a relação ética entre profissionais e usuários, promovendo o acolhimento destes.

Mas, conforme propõe Ayres (2004b), tal acolhimento, para além de uma recepção ou um atendimento imediato, corresponde a uma interação contínua entre usuários e trabalhadores de saúde, possibilitando todas as oportunidades de escuta do outro, exercitando a capacidade de escuta. Para Merhy (1998), é no espaço clinicamente ampliado que espaços de trocas de falas e escutas, cumplicidades e responsabilizações, relações e intervenções são produzidos, sendo esse o espaço propício para as tecnologias leves. Apesar disso, reconhece que há diferentes modos de gerir o cuidado em saúde, sendo os profissionais que darão sua marca ao tipo de clínica que irão ofertar, trabalhando e combinando de modos diferentes as ferramentas tecnológicas.

Sobre esse espaço clinicamente ampliado, Cruz (2009) aponta que a inserção de profissionais não médicos vem reconfigurando as práticas de saúde e as próprias formas de cuidado, as quais vem sofrendo transformações a partir da possibilidade de um cuidado mais integral e completo por uma equipe multidisciplinar. Neste sentido, observa-se que essas transformações vêm pautando a saúde pública que ora se apresenta, sobretudo com destaque para o modelo organizativo da atenção básica, no qual se prioriza o cuidado compartilhado por uma equipe de diferentes classes profissionais de saúde. A ESF e o NASF são exemplos disso, abrindo os espaços das ações de saúde para interações dialógicas não só entre profissional-usuário, mas também profissional-profissional, bem como potencializando a construção de novos modos de se produzir o cuidado em saúde, saindo de um modelo médico centrado.

Em consonância a isso, Deslandes (2004) questiona se há realmente espaço para mudanças estruturais e para a construção de novos conceitos e práticas que estejam voltados para a humanização da assistência, uma vez que sejam consideradas a organização e a estrutura física dos serviços públicos de saúde, a formação biomédica, as relações de trabalho e sua lógica de produção. Por isso, Ayres (2004b) ressalta que, assim como é importante

investir na reflexão e na transformação das características das interações interpessoais que perpassam o cuidado em saúde, é necessário debruçar-se sobre as raízes e os significados sociais dos adoecimentos, uma vez que, conforme corroborado por Feuerwerker (2014, p. 67), “muito longe de serem ‘caixas vazias’, cada trabalhador e cada usuário tem ideias, valores e concepções acerca de saúde, do trabalho em saúde e de como ele deveria ser realizado” e tais aspectos subjetivos certamente interferem no modo em que o cuidado é ofertado e recebido.

Destarte, fica clara a importância de considerar esse encontro de intersubjetividades que ocorre no processo de produção do cuidado em saúde, sendo os serviços, para além de espaços estruturais, espaços onde a micropolítica acontece em ato. Por isso, considerar todos os atores envolvidos nesse processo e trazê-los à cena quando se quer compreender como se dá a efetivação do direito à saúde e desta enquanto um direito torna-se um caminho possível e importante.

Salienta-se que, atentar para o trabalhador de saúde torna-se necessário, uma vez que ele está diretamente envolvido nesse processo de cuidar, necessitando inclusive de um ambiente de trabalho acolhedor e humanizado, além dos instrumentos e insumos para uma boa atuação, possibilitando um bom cardápio de oferta do cuidado. Sobre isso, Rios (2008) aponta que há angústias que afloram no cotidiano do trabalho em saúde que, por vezes, são reveladas nos fatores subjetivos que permeiam a prática profissional. Por isso, essa autora sugere que todo profissional de saúde, desde sua formação acadêmica, reflita sobre sua existência, sobre si mesmo e sobre suas limitações para que lidem melhor com as inevitáveis frustrações decorrentes da realidade que se apresenta no cotidiano dos serviços de saúde. Só assim ele será capaz de suportar esses sentimentos inerentes à prática profissional e continuar com o desejo de cuidar do outro, afetando e se deixando afetar, mesmo diante o sentimento de impotência que lhe possa surgir diante da vida e dadas condições de saúde-doença (Rios, 2008).

Nesse contexto da saúde, sobretudo na atenção básica que tem como forma de organização prioritária a ESF, a qual pauta-se no trabalho em equipe, é importante mais uma vez ressaltar que não se fala em uma atuação isolada de um profissional, apesar de haver momentos em que a intervenção clínica se dá desta forma, aqui entendendo isolamento como o momento em que o usuário encontra-se sozinho com o profissional no âmbito do consultório. Mas, fala-se, prioritariamente, em um cuidado compartilhado, em uma intervenção conjunta, a qual nunca está isolada, uma vez que toda a equipe é corresponsável pelo cuidado daquele usuário. Assim, para que o processo de trabalho ocorra de forma

harmoniosa, é necessário considerar o arranjo organizativo do serviço, sendo este norteador da atuação profissional.

Sobre isso, em estudo feito por Lima, Pires, Forte e Medeiros (2014) em serviços da atenção básica, observou-se que independente do arranjo organizacional, seja de uma atenção básica tradicional ou na ESF, a satisfação que os profissionais tinham com o seu trabalho estava relacionada a três aspectos principais: a identificação com o trabalho, a resolubilidade da assistência (e aqui tem forte relação com a própria satisfação dos usuários) e o trabalho em equipe, sendo apenas diferente na ESF a importância dada ao estabelecimento de vínculo entre os colegas de trabalho e também com os usuários, já que nesse modelo organizativo se permite e se estimula uma maior vinculação durante a construção do cuidado. Estes autores sinalizam o efeito positivo que o trabalho multiprofissional tem sobre o trabalhador, fazendo com que os resultados do atendimento em saúde sejam potencializados a partir da colaboração, do compartilhamento de objetivos e da soma dos esforços para tanto, apontando inclusive para a eficácia da proposta da ESF como promotora da satisfação no trabalho.

Já com relação à satisfação dos usuários, em estudo realizado por Arruda e Bosi (2017) com usuários de serviços da atenção básica da cidade de Fortaleza, Ceará, observou-se que sua satisfação vincula-se a amplas e diferentes dimensões, mas sobretudo às relacionais, à atenção recebida e à presença de afeto no ato do cuidado, apontando que a forma como ele é tratado pelos membros da equipe de saúde é um aspecto central na percepção que ele tem sobre a qualidade do serviço, superando a percepção da qualidade técnica. Verificou-se também que a insatisfação destes estava mais relacionada às questões técnicas, como a ausência e a dificuldade de acesso a especialistas e a pouca articulação entre os serviços da rede, mas, unanimemente, as práticas de cuidado humanizadas, acolhedoras, com abertura ao diálogo, vínculo e negociação apareceram como sendo a base de um cuidado em saúde de qualidade.

Diante do exposto, torna-se evidente que a construção de um SUS efetivo, que garanta o direito à saúde, o acesso aos serviços, a operacionalização dos princípios da universalidade, integralidade, equidade, além da participação e controle social, se dão na medida em que a micropolítica do trabalho vivo acontece, partindo de uma dimensão transformadora do cuidado em saúde, conforme discute Feuerwerker (2014).

Parece não ser suficiente gerir os espaços de saúde focando apenas no suprimento de questões estruturais e materiais, uma vez que são os recursos humanos que faz o SUS acontecer, que faz ele “sair do papel”, efetivando a garantia do direito à saúde e o apresentando como tal, e não como uma oferta de caridade. Estar implicado e implicar-se no

cuidado em saúde é reconhecer os aspectos subjetivos subjacentes à produção do mesmo, reconhecendo que há uma micropolítica acontecendo nesse ato e que esta é permeada por múltiplos atravessamentos sociais, contextuais e individuais (Feuerwerker, 2014). Por isso, é a partir dessas questões que pode-se compreender como se dá a construção da saúde pública em contextos menos favorecidos, compreendendo como as vulnerabilidades interferem direta e indiretamente no modo como o cuidado é ofertado, como o SUS é percebido e executado.

## **CAPÍTULO III – RURALIDADES EM CENA NA CONTEMPORANEIDADE: UM OLHAR SOBRE OS MODOS DE VIDA E A SAÚDE**

### **3.1 Compreendendo as ruralidades emergentes: o novo “velho rural”**

Na contemporaneidade, pensadores e gestores governamentais vem se preocupando com a concepção, a magnitude e as especificidades do mundo rural no contexto brasileiro, sobretudo mediante as suas repercussões nas políticas públicas de desenvolvimento (Bezerra & Bacelar, 2013).

Conforme apontam os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa (IBGE, 2015), a maior concentração da população brasileira está em áreas urbanas (84,72%), enquanto que 15,28% vive em áreas rurais, sendo a Região Nordeste a que possui maior percentual (26,88%). Apesar do intenso êxodo rural ocorrido no Brasil em 1970 e 1980, os censos mostram que essa saída do campo para a cidade continua, mas em menores percentuais.

Ao se tentar conceituar o rural, parece natural pensar em algo bem definido, considerando vários aspectos da realidade, a exemplo da atividade econômica, caracterizada pela produção de alimentos através da criação de plantas e animais. Assim, no geral, o rural é visto como sinônimo de atraso, caracterizado por uma população “parada no tempo” e que não tem a iniciativa de contribuir para o seu desenvolvimento, enquanto o espaço urbano é sinônimo de progresso. Tais concepções são reforçadas pela mídia que, por um lado, noticia informações meramente voltadas à economia e à produção agrícola e, por outro, mostra os conflitos agrários, questão de posse de terras e o acesso a créditos predominado pelos pequenos produtores (Bezerra & Bacelar, 2013).

Porém, para Bezerra & Bacelar (2013), foram esses aspectos que embasaram a construção de conceitos dicotomizadores entre rural e urbano, apresentando, sobretudo, a ideia que este seria mais complexo que aquele. Assim, se estaria diante de uma distinção entre duas realidades diferentes e majoritariamente opostas, sendo uma, por um lado, sinônimo de progresso, do capitalismo, caracterizada pelo avanço da técnica, e outra resistente, retrógrada, refratária ao capitalismo e à técnica, conservadora de antigas relações e modos de vida (Bezerra & Bacelar, 2013). E é nessa ideia que se (re)produzem os contrastes e se perde a interdependência e as relações entre essas dimensões, que apesar de sempre terem existido, promovem um distanciamento ainda maior entre o rural e o urbano, legitimando essa oposição (Siqueira & Osório, 2001).

Enquanto o urbano é definido considerando a mobilidade espacial e a organização da vida cotidiana movimentada, o rural se caracteriza pela pouca mobilidade, já que diversas atividades são agrupadas quase em um mesmo local, a exemplo do local da habitação ser o mesmo do local de trabalho, de cultivo da terra. Aqui, predominam as relações de solidariedade e confiança com a vizinhança, enquanto que no espaço urbano há uma desvalorização destas em detrimento das relações institucionais (Wanderley & Favareto, 2013).

Todavia, Bezerra e Bacelar (2013) ressaltam que olhar para o rural apenas como espaço periférico e residual do urbano seria equivocado, prejudicando a compreensão de sua complexidade, sobretudo diante da diversidade do território brasileiro. Há de se considerar as diferentes formas de relacionamento entre o rural e o urbano, sendo observadas relações distintas entre esses espaços que são interdependentes e complementares. Por isso, integrar as dimensões geográficas, sociais, econômicas, administrativas, públicas, jurídicas e estatísticas do rural brasileiro é evidenciar a importância da abordagem territorial do desenvolvimento, possibilitando ações públicas que considerem as especificidades dos contextos rurais.

De acordo com Tuller, Ferreira & Paula (2014), as cidades, ou seja, o considerado espaço urbano, apresenta diferentes modos de vida quando comparadas às comunidades menores, fazendo com que estas se ressaltem ainda mais. Porém, há de se considerar que o próprio processo de urbanização tende a diminuir essas diferenças, multiplicando a sua cultura, mesmo que plural, nos espaços da cidade e do campo, fazendo surgir “novas ruralidades”. Daí, emerge a necessidade de formulação de metodologias alternativas e diferentes propostas de identificação e classificação dos espaços rurais, as quais não os apontem como oposto e resíduo do urbano (Bezerra & Bacelar, 2013).

Especificamente no que se refere ao território brasileiro, vale ressaltar que o rural não é uma categoria a-histórica, definida independente de tempo e lugar, mas carrega em si a trajetória social da formação do país. Sendo assim, para defini-lo é necessário ir além de critérios técnicos, devendo-se considerar outras esferas da vida social, ou seja o rural enquanto uma categoria relacional que reflete as singularidades territoriais e, ao mesmo tempo, sua heterogeneidade (Wanderley & Favareto, 2013).

Neste sentido, as tipologias acerca do rural no Brasil enfatizam critérios como tamanho da população, densidade demográfica, disponibilidade de instituições públicas, a distância dos centros urbanos, tipo de vegetação entre outros. Necessita-se, porém, de metodologias alternativas que auxiliem na demarcação do lugar e da magnitude que o rural

ocupa em determinada economia, informando decisões sobre políticas públicas e, em particular, alocando investimentos públicos e privados (Bezerra & Bacelar, 2013).

Em termos de economia, comumente fala-se no contexto rural como um espaço de produção primária, ligada à agricultura, por exemplo, como já exposto anteriormente. Porém, há de se convir que o rural não se restringe à produção agropecuária, representando também produção de modos de vida e de moradia. Por sua vez, para compreensão do rural, a sociologia vai se apoiar na oposição comunidade-sociedade, buscando compreender a vida social nos pequenos lugares, colocando-a como relativamente autônoma e em contraste ao seu entorno social (Wanderley & Favareto, 2013).

Nessa compreensão, também deve-se pensar no rural a partir de sua representação para a sociedade atual, entendendo-o como um modo de organização da vida social, considerando o acesso aos recursos naturais e aos bens e serviços de cidadania, bem como as classes e categorias sociais vigentes nesse espaço e os valores culturais que dão base e singularizam esses modos de vida. Assim, esse rural se expressa de forma real e concreta a partir de suas particulares paisagens, modos de habitar e de conviver de sua população, constituindo-se em uma “forma territorial da vida social” (Wanderley & Favareto, 2013).

Partindo dessa complexidade, estes autores apontam que é impossível conceber o rural de forma isolada ou independente da dinâmica das sociedades modernas, as quais tem a cidade, o urbano, como referência. Mas, também destacam que, mesmo diante das tipologias traçadas pela geografia, economia, história e sociologia, as ruralidades se apresentam de formas singulares nas sociedades, assumindo um sentido particular, revelando, inclusive, relações de dominação e poder (Wanderley & Favareto, 2013).

Assim, o conceito de rural deve ser considerado em sua pluralidade, uma vez que as “ruralidades emergentes” vêm produzindo “novas ruralidades” (Wanderley & Favareto, 2013). Porém, observa-se que o desenvolvimento dos contextos rurais ainda é uma realidade longínqua no território brasileiro e, por isso, a conceituação tradicional ainda pode ser eficiente para compreensão de realidades onde a dicotomia impera e o rural ainda está longe do urbano, a exemplo da região Nordeste do Brasil. Assim, pode-se pensar nesse “novo rural” como uma categoria que emerge, principalmente nas áreas mais ligadas aos grandes centros urbanos; mas, não se deve desconsiderar que, em boa parte do país, a população rural vive em condições economicamente precárias, como outrora (Siqueira & Osório, 2001), ou seja, evidenciando, na verdade, a emergência de um “velho novo rural”.

Um dos aspectos que chamam a atenção nessas novas ruralidades é o enfraquecimento das relações agrícolas, que, com o avanço da industrialização vai perdendo força nesses

espaços e dando lugar a outros modos de vida e de produção. Sobretudo, tem se desenvolvido atividades não agrícolas, principalmente relacionadas ao lazer e ao turismo nesses espaços, valorizando-os inclusive como uma possibilidade de “fuga” da vida urbana agitada, passando, assim, a ser objeto de consumo e, ao mesmo tempo, alternativa de renda para áreas rurais menos favorecidas (Teixeira, 2016).

Sobre isso, Teixeira (2016) aponta que essa apropriação e mercantilização do espaço rural reforça a imagem bucólica do campo como sinônimo de qualidade de vida, havendo uma revalorização e uma nova roupagem para as consideradas arcaicas e atrasadas formas de vida deste espaço, com a finalidade de transformá-las para o consumo. Porém, há de se considerar, conforme apontam Candiottto & Corrêa (2008) que isso acaba gerando uma idealização do campo e do rural como um espaço confortável e sem inconvenientes, suprimindo as realidades locais, caracterizadas, sobretudo, pela pauperização e precarização dos modos de vida. Se, por um lado, isso pode incentivar investimentos públicos e privados para o desenvolvimento desse espaço, a fim de trazer uma maior lucratividade; por outro, com essa idealização acaba se correndo o risco de “maquiar” a realidade e naturalizar as condições precárias típicas do contexto rural.

Além disso, conforme aponta o estudo de Teixeira (2016), reforça as relações de opressão do mundo capitalista, uma vez que o investimento turístico nesses espaços é ordenado pelos empresários, os quais utilizam os moradores locais para a proletarização, sendo contratados como funcionários de seus empreendimentos, reforçando seu modo de vida e produção e, sobretudo, as relações de poder. O mesmo ocorre quando se trata do desenvolvimento da agropecuária, conforme apontam Siqueira e Osório (2001), o qual é marcado por relações de poder crescentemente desiguais entre os produtores e o mercado capitalista, sinalizadas pela expropriação, a expulsão do campo e a precarização do trabalho.

Assim, apesar de Silva (2001), a partir de alguns estudos, tentar desconstruir o rural enquanto sinônimo de atraso, o qual vai perdendo força a partir do momento em que surgem novas ruralidades, o que se observa é que grande parte das famílias vivem em situações precárias, sem acesso à água canalizada, energia elétrica, esgoto ou fossa séptica. São famílias que vivem, em sua maioria, exclusivamente de atividades agrícolas, sem acesso à educação de qualidade, sendo a maioria dos chefes de família considerados analfabetos (Silva, 2001).

Por isso, para além da complexidade conceitual de rural, é importante que estas concepções reverberem em políticas públicas que considerem a sua diversidade, singularidades enquanto espaço de trabalho e produção, mas também de vida e de expressão

cultural, não desconsiderando as disparidades e iniquidades sociais tão marcantes nesses espaços.

Entre essas iniquidades ressalta-se o acesso à educação, conforme apontam os dados da Síntese dos Indicadores Sociais (IBGE, 2018). Ao comparar os espaços urbanos e rurais, a proporção de crianças de 0 a 5 anos que não frequentavam a escola ou creche por ausência de vaga ou de escola no local de moradia era de 23,4% nos espaços urbanos, enquanto que nos espaços rurais esse número sobe para 43,9%, podendo remeter para os limites de acesso aos estabelecimentos de ensino nessa região.

Já quando se fala da escolarização dos adultos, verifica-se que entre aqueles que tem 25 anos ou mais de idade, a média de anos de estudo dos que residem em áreas urbanas foi de 8,2 anos, enquanto que nas áreas rurais esse número cai pela metade (4,4 anos); e a taxa de analfabetismo em pessoas de 15 anos ou mais de idade foi de 6,4% em áreas urbanas e 20,8% nas rurais (IBGE, 2014). Tais dados sinalizam as disparidades entre esses espaços, devendo ser consideradas quando se pensa nas ruralidades emergentes.

Portanto, observa-se que há a permanência de características que fazem desses espaços áreas ainda em permanente necessidade de atenção por parte do poder público. O distanciamento das atividades agrícolas, por exemplo, não necessariamente implica em avanços nesse contexto, uma vez que houve a substituição destas por atividades, em sua maioria, de baixa qualificação e precárias, como o trabalho doméstico, reforçando a disparidades sociais, além de muitas famílias ainda residirem no campo e a agricultura ainda ser a única alternativa para a maioria delas, sobretudo as mais pobres (Silva, 2001).

Por isso, ao se analisar esses contextos, Caldas e Sampaio (2015) sugerem que sejam consideradas as condições de vida da população, habitação e consumo, o que envolve o acesso a diversos recursos e a carências de serviços essenciais. Ou seja, o ideal é que se parta de uma análise das diversas vulnerabilidades as quais essas famílias são expostas, compreendendo de forma complexa e múltipla os modos de vida e as reais necessidades destas, oportunizando políticas públicas mais eficientes, visão adotada no presente estudo.

Diante do exposto, mais uma vez ressalta-se que é preciso definir o rural para além de uma visão físico-geográfica, considerando as relações e os processos sociais e econômicos que circundam esses espaços. Assim, compreendendo as nuances da realidade rural do Nordeste brasileiro e, especificamente, do Estado da Paraíba, considerou-se nesse estudo como municípios rurais todos aqueles que tivessem até 11.000 habitantes. A realidade desses municípios paraibanos aponta que estes são espaços de pouca urbanização e desenvolvimento, modos de vida precários, condições climáticas que remetem a um ambiente seco e quente,

apresentando vulnerabilidades e iniquidades sociais por vezes naturalizadas e consequentemente invisibilizadas pelas políticas públicas, a exemplo do saneamento básico e das condições de moradia que remetem a uma pauperização.

### **3.2 O cuidado em saúde no contexto rural: perspectivas de uma saúde pública**

Partindo das necessidades da população em contextos rurais, este trabalho debruça-se em entender as relacionadas à saúde, sem excluir as demais, mas considerando-as nesse complexo e dinâmico aspecto da vida ao pressupor que as vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas se entrelaçam na compreensão do que seja saúde para essa população, conforme será melhor explicitado em um capítulo correspondente.

Quando se fala na saúde da população rural, uma das principais preocupações que repercutem diretamente em suas condições de vida e de saúde diz respeito ao acesso à água potável e ao saneamento (Soares, Moraes, Vianna, Pessoa & Carneiro, 2015; Razzolini & Günther, 2008). A partir da discussão trazida por Razzolini e Günther (2008), mais importante do que para o desenvolvimento socioeconômico, o adequado abastecimento de água contribui efetivamente para as condições de saúde e bem estar da população local, trazendo benefícios como o controle e a prevenção de doenças.

Sobre isso, estes autores destacam que, apesar de se ressaltar a falta de água repercutindo em hábitos alimentares e de higiene, por exemplo, ela também pode representar o aumento de doenças crônicas, como as dores nas costas, já que o transporte da água é feito de modo inadequado, o qual exige esforço físico, ou até mesmo na lavagem das roupas, as quais geralmente são colocadas nas bacias em altura inadequada ou no chão. Aqui, ressalta-se uma questão de gênero, já que essas são tarefas atribuídas às mulheres e compartilhadas com as crianças, deixando-as mais vulneráveis ao adoecimento (Razzolini & Günther, 2008).

Ressalta-se que o abastecimento de água em quantidade e qualidade é apenas um dos problemas enfrentados por essa população rural, inclusive também apresentado nas áreas periféricas dos próprios centros urbanos, uma vez que a expansão urbana não necessariamente significa acesso a condições sanitárias ideais, sobretudo em áreas ocupadas pela população mais pobre (Razzolini e Günther, 2008). Porém, outra preocupação que aparece diz respeito às precárias condições de trabalho, apesar do avanço tecnológico da agricultura.

Em estudo realizado por Faria, Fachinni, Fassa e Tomasi (2000) com 1.479 trabalhadores de ambos os sexos, de 495 estabelecimentos agrícolas de áreas rurais da serra gaúcha, verificou-se que 12% dos entrevistados relataram que já se intoxicaram de forma aguda pelo menos uma vez por agrotóxicos, bem como 10% já se envolveram em algum

acidente decorrente do trabalho agrícola, destes, 7% se acidentaram pelo menos duas vezes. Ou seja, é preciso ter cuidados ao se falar dos avanços tecnológicos na agricultura como representativo de um suposto aumento de qualidade de vida e saúde para a população rural, além de todos os impactos ambientais que trazem consigo.

Para além disso, verificou-se repercussões do trabalho na saúde mental desses trabalhadores, havendo 36% de prevalência de transtornos psiquiátricos menores (Faria, Fachinni, Fassa & Tomasi, 2000). Sobre isso, esses autores apontam que a migração dos filhos para a cidade e/ou até mesmo o prejuízo das safras podem contribuir para o aumento desses números, uma vez que gera preocupação e incerteza sobre a provisão alimentícia familiar.

Sobre esse sofrimento mental masculino, Bezerra (2017) ressalta que, apesar de no contexto urbano os homens serem mais expostos a estressores, como a violência urbana, a sobrecarga de trabalho, a falta de vitalidade física, as dificuldades financeiras, problemas relacionais/afetivos, entre outros, tornando-os mais vulneráveis ao adoecimento psíquico; as singularidades territoriais precisam ser consideradas quando se fala na saúde mental masculina em contextos rurais, uma vez que neste há iniquidades sociais e vulnerabilidades em saúde sobressalentes quando comparadas ao espaço urbano.

Ainda sobre a saúde mental, desta vez considerando mulheres residentes em contextos rurais da Paraíba, em estudo realizado por Furtado, Saldanha, Moleiro e Silva (2019) verificou-se que a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) foi de 31,6%, com maior índice em mulheres acima dos 50 anos, separadas/divorciadas, com baixa escolaridade e renda. Entre as variáveis preditoras para o TMC tiveram destaque ser vítima de violência doméstica, vivência de situação estressora, além da inter-relação entre variáveis, como ter mais de 50 anos, antecedentes familiares com sofrimento psíquico e baixa renda, sinalizando elementos socioculturais ligados às relações de gênero (Furtado, Saldanha, Moleiro & Silva, 2019). Assim, o rural e suas nuances exige políticas públicas de saúde abrangentes, mas que também considerem as suas singularidades, de modo a colaborar de forma direta e indireta para a saúde e qualidade de vida das pessoas.

Ampliando a discussão, destaca-se que as iniquidades apresentadas nesses espaços rurais percorrem também os aspectos programáticos, como a ausência ou a frágil presença de serviços públicos que consigam garantir com qualidade o acesso ao direito à saúde para a população, agravando ainda mais o contexto sanitário e a qualidade de vida desta.

Sobre isso, em estudo realizado por Sousa (2017) em municípios rurais paraibanos, verificou-se a precariedade dos serviços de saúde que são ofertados nesses espaços,

descumprindo-se os princípios do SUS e sobressaindo a política partidária como opressora, a falta de estrutura física e investimentos nos serviços. Além disso, observou-se que as concepções de gênero que os moradores das regiões rurais possuem promovem formas diferenciadas no cuidado, nas práticas de saúde e no acesso aos serviços de saúde, acentuando a vulnerabilidade de homens e de mulheres ao adoecimento e ao agravamento de doenças.

Já no estudo realizado por Soares, Moraes, Vianna, Pessoa e Carneiro (2015), verificou-se que a população de municípios mais rurais possui um perfil de saúde mais precário quando comparada com os mais urbanos com alta incidência de doenças relacionadas à pobreza, como leishmaniose tegumentar americana e esquistossomose. Também verificaram que em áreas rurais a expectativa de vida ao nascer e a longevidade são menores, podendo representar uma menor qualidade de vida dessa população e o pouco acesso a serviços de saúde.

Tendo em vista essas dificuldades, ressalta-se a utilização de medidas caseiras e fitoterápicas para dar conta das necessidades de saúde como uma das características da população residente em áreas rurais, seja pela falta de acesso aos serviços de saúde, sobretudo quando se buscam medidas curativas, seja pelas crenças e tradições da população local.

Sobre isso, em estudo realizado por Rezende e Cocco (2002) em uma população rural do interior de Minas Gerais, observou-se que as plantas são utilizadas tanto em casos agudos quanto crônicos e que há uma troca de conhecimentos entre as pessoas, as quais compartilham saberes sobre essa forma de cuidado em saúde. Porém, eles também observaram que o uso de fitoterápicos não anula o uso de medicação farmacológica, considerada também pela população como uma forma de tratamento, sobretudo para doenças mais graves.

Já em estudo realizado no município de Sousa-PB, com profissionais de saúde e usuários, verificou-se que 96,7% destes fazem uso de plantas medicinais de forma rotineira, destes apenas 3,3% foi por indicação médica, o que aponta para a pouca adesão terapêutica por parte dos profissionais de saúde que atuam nessas áreas quanto a medidas alternativas de cuidado em saúde (Gadelha, Pinto, Bezerra, Maracajá & Martins, 2015). Aqui, destaca-se a necessidade de discussão sobre as possibilidades do cuidar para além da medicina tradicional, sobretudo em contextos que nem sempre o medicamento industrializado pode ser acessado pela população, como o caso de áreas rurais, a qual tem que recorrer a outras alternativas curativas.

Neste sentido, Rezende e Cocco (2002) apontam que o ideal era a presença de um profissional especializado e com competência para orientar a população sobre o uso adequado das plantas, já que, conforme verificaram, a maioria das pessoas têm dúvidas sobre como

utilizá-las, seja quanto ao preparo, à dosagem ou sua correta indicação, além de desconhecerem várias outras. Mas, também aponta que profissionais que já atuam nos serviços de saúde que dão cobertura nessas áreas, a exemplo dos enfermeiros, poderiam ser capacitados para tanto. Desse modo, poder-se-ia unir o conhecimento popular com o científico na promoção da saúde.

Diante do exposto, torna-se importante a investigação das vulnerabilidades em saúde nas áreas rurais a partir de uma visão ampliada, contextualizada e múltipla, de modo a compreender as demandas da população residente em tais espaços. Verificar como os modos de vida repercutem no adoecimento da população é importante à medida em que direciona as demandas de cuidado em saúde. Estar atento a essa dinamicidade da vida e suas implicações deve ser uma das atribuições dos serviços de saúde locais, permitindo a garantia do direito à saúde e a sua oferta enquanto um direito.

## **CAPÍTULO IV – COMPREENDENDO O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA A PARTIR DO OLHAR DA PSICOLOGIA SOCIAL: VULNERABILIDADES E PERCEPÇÕES EM SAÚDE**

### **4.1 Quadro conceitual da Vulnerabilidade e Direitos Humanos (V&DH)**

O conceito de vulnerabilidade traz consigo a discussão acerca da prevenção e da promoção da saúde enquanto práticas tradicionalmente ligadas ao modelo biomédico de cuidado em saúde. Apesar de, com a legislação do SUS, o conceito de saúde se ampliar e se ligar aos diversos aspectos e condicionantes que permeiam a vida cotidiana para além dos biológicos, como os econômicos, sociais e culturais, nas concepções e nas práticas ainda se prevalecia um discurso baseado no aspecto biológico e com um caráter individual. Como prova disso, tinha-se o modelo da História Natural das Doenças (HND) como prevalente no planejamento das ações em saúde, focando no combate aos agentes etiológicos das doenças (Mendonça, 2012).

Utilizando o HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) como exemplo, sobretudo diante sua epidemia na década de 1980, Mendonça (2012) destaca que o modelo da HND buscava evitar com que o vírus entrasse em contato com o organismo humano, sendo a unidade biológica-comportamental como a responsável pela prevenção. Para tanto, promovia-se o uso do preservativo como alternativa única, excetuando a abstinência sexual.

Nesse momento histórico, a noção de “grupo de risco” era amplamente utilizada, direcionando as ações de prevenção para populações específicas, justamente por acreditar que estas eram o público suscetível à doença. Em se tratando de HIV, os considerados grupos de risco, formados sobretudo pelos homossexuais, profissionais do sexo, hemofílicos e usuários de drogas injetáveis, acabaram por criar e fortalecer estigmas e preconceitos frente a estes (Mendonça, 2012).

Sobre esse contexto da epidemia da Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e tais aspectos que legitimaram preconceitos, Rocha (2016) aponta que a terminologia “grupo de risco”, apesar de substituir “fator de risco”, a qual destituía as pessoas caracterizadas como tais de sua própria humanidade, corroborada inclusive pelas campanhas de prevenção, traz um caráter de responsabilização ao indivíduo, uma vez que se liga ao conceito de “comportamento de risco”. Para Albuquerque (2014), este conceito imprime ao indivíduo a responsabilidade pela infecção bem como pela prevenção, atribuindo consequentemente uma culpabilização para o mesmo em caso de adoecimento, o que denota um caráter inclusive

punitivo pelo seu comportamento, pelas suas escolhas, as quais são exclusivamente individuais.

Mediante tais inquietações, o conceito de “vulnerabilidade” passa a ganhar espaço nas discussões que permeavam a epidemia do HIV por permitir que os horizontes fossem ampliados nos estudos, ações e políticas para o seu enfrentamento (Rocha 2016; Ayres, França, Calazans & Saletti Filho, 1999). Além disso, permitiu a problematização dos aspectos negativos trazidos pelos termos anteriormente citados (fator, grupo e comportamento de risco), os quais contribuíram para que a Aids fosse entendida como “doença do outro”, provocando o aumento da exclusão social dos considerados “grupos de risco”, marginalizando-os e gerando o individualismo e o insucesso das campanhas de prevenção (Rocha, 2016).

Com os crescentes casos de HIV (Vírus da Imunodeficiência Adquirida) e Aids no mundo, foi-se verificando que esses conceitos já não davam mais conta de compreender o avanço da epidemia, sobretudo por trazerem à tona novas características, como a pauperização e a heterossexualização. Inclusive, tendo em vista os avanços tecnológicos frente ao diagnóstico, prognóstico e tratamento, estes foram progressos insuficientes para o controle da epidemia, tendo-se a emergência de intervenções com um alcance social, a nível macro, como destaca Rocha (2016), saindo, como até então se propunha, do caráter biológico-comportamental, meramente individual, na compreensão do complexo processo saúde-doença.

Assim, apesar de ser utilizada na literatura científica em saúde de forma multifacetada, observa-se que a partir da década de 1980 a vulnerabilidade foi se estabelecendo conceitualmente, sendo intensificados estudos nesse sentido (Nichiat, Bertolozzi, Takahashi e Fracoli, 2008), consolidando-se como o quadro conceitual da Vulnerabilidade e Direitos Humanos (V&DH). Somente no fim da década de 1990, este quadro foi se legitimando, refletindo criticamente sobre a noção de “grupo de risco” e as ações de prevenção baseadas na HND, evidenciando que a história social da doença é um fator fundamental a ser considerado na compreensão da epidemia do HIV/Aids. Sobre isso,

(...) cabe destacar, como a resposta à Aids mostrou, que não há um único e necessário modo de descrever os determinantes, distribuição e desdobramentos de um processo saúde-doença-cuidado. A HND de uma doença e as formas de intervir sobre ela admitem diferentes leituras, segundo a perspectiva de quem as descreva, de que recursos científicos e tecnológicos se disponha, de que saberes e princípios ético-políticos se lance mão. O que o quadro da vulnerabilidade nos mostra é que não há uma História Natural da Doença, senão uma História Social da Doença, não só porque são sociais e históricos os conteúdos dessa História, mas porque social e histórica é também a forma de “contá-la” (Ayres, Paiva e França Jr., 2012, p. 81).

Portanto, conforme destacam Ayres, Paiva e França (2012), apesar do termo “vulnerabilidade” não ser novo, seu advento como um conceito aplicado na saúde pública emerge a partir de reflexões e construções de respostas à epidemia do HIV/Aids. Estas denunciavam que partir de uma concepção de prevenção e cuidado à saúde de um ponto de vista estritamente individualizante, como remontava o conceito de “grupos de risco”, mostrava-se limitada e, mais que isso, prejudicial, gerando o “isolamento sanitário” de grupos; acirrando preconceitos e discriminação, dificultando ainda mais a condição social e clínica das pessoas acometidas com o HIV; e desprotegendo o restante da população (Ayres et al., 2012).

Com o avanço da epidemia, foi-se verificando que há aspectos sociais que influenciam diretamente na sua caracterização, e que, para além de questões individuais que definem o comportamento de prevenção com o uso de preservativo, por exemplo, a Aids tem relação com a classe sócio econômica, atingindo muito mais os pobres; com o acesso à informação e/ou serviços de saúde de qualidade; poder na garantia de seus direitos, como as mulheres que precisam dialogar com seus parceiros sobre o uso do mesmo; entre outros (Mendonça, 2012). Ou seja, era emergente a necessidade de ir além de uma “mudança de comportamento” individual e mudanças de crenças e atitudes, ideias bem estabelecidas no quadro epidemiológico de risco, apesar das propostas de prevenção e promoção à saúde serem pautadas nisso, mesmo quando se buscava propor o quadro conceitual da V&DH.

Aqui, vale salientar que esse quadro conceitual se situa na perspectiva dos direitos humanos por propor pensar o processo saúde-doença-cuidado numa perspectiva compreensiva do sujeito enquanto sujeito de direitos. Bem como enfatiza a responsabilidade e a ação de governos e programas públicos de saúde como integrante dos determinantes contextuais e sociais desse processo, sobretudo no Brasil em que as respostas à epidemia da Aids se deu no âmbito do SUS, estando essa responsabilidade implicada desde o nível individual a partir da concepção do sujeito de direitos, devendo o poder público garantir o acesso à saúde de forma universal, equânime e integral (Ayres et al., 2012). Logo, nessa perspectiva, entende-se que contextos que favorecem a vulnerabilidade é uma negação em termos de direitos humanos, ao passo que, ao nega-los as vulnerabilidades se evidenciam. Conforme apontam estes autores, o trabalho em saúde pública tem evidenciado que a atenção aos direitos humanos, para além de mostrar quem está ou não em desvantagem, aponta se determinadas disparidades em saúde são decorrentes de uma injustiça.

E foi nesse contexto de emergentes discussões acerca do processo saúde-doença-cuidado que Man, Tarantola e Netter (1993), trouxeram de forma mais sólida o quadro da

V&DH, ampliando a visão acerca da epidemia do HIV/Aids, inicialmente, e consequentemente da prevenção e da promoção à saúde, sendo inclusive incorporado em outros âmbitos. Vale ressaltar que o conceito de vulnerabilidade aqui adotado refere-se a um “conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, menor disponibilidade de recursos para sua proteção” (Ayres et al., 2012, p. 78). Assim, na compreensão do processo saúde-doença, enquanto a noção de risco aponta para probabilidades, a de vulnerabilidade indica iniquidades e desigualdades sociais (Nichita et al., 2008).

Para Man, Tarantola e Netter (1993), a vulnerabilidade estrutura-se de forma individual ou coletiva, esta compreendendo a social e a programática. Mediante discussões sobre a epidemia da Aids no Brasil e em consonância ao que fora proposta por esses autores, Ayres (2002) adapta esse modelo, indicando que para a compreensão do quadro conceitual de vulnerabilidade e direitos humanos é preciso considerar três planos interdependentes: individual, social e programático.

Em referência à vulnerabilidade individual, pressupõe-se alguns determinantes, como o fato de toda pessoa ser suscetível à infecção, bem como as pessoas já infectadas serem mais suscetíveis à morbidez, invalidez ou morte. Também destaca-se que há precondições cognitivas, comportamentais e sociais que interferem na vulnerabilidade de cada indivíduo em particular (Man, Tarantola e Netter, 1993). Para Ayres et al. (1999) a avaliação dessa vulnerabilidade deve ser feita de modo qualitativo, a partir de uma ação crítico-reflexiva, uma vez que, os comportamentos não são determinados somente pela ação voluntária da pessoa, mas pela sua capacidade de aplicar todo o conhecimento que possui, transformando-os.

Conforme apontam Ayres et al. (2012), para entender a vulnerabilidade no plano individual, é necessário conceber cada pessoa como sujeito de direito para que depois se verifique quais aspectos de sua vida cotidiana, sejam eles físicos e/ou psicossociais, a deixa exposta à infecção ou ao adoecimento. Aqui, falar em sujeito de direito é remeter essa dimensão individual à esfera do sujeito-cidadão, à concepção do ser em relação, ao indivíduo como intersubjetividade, ser ativo e não apenas produto das relações sociais. Para tanto, ressalta-se que as pessoas devem se reconhecer e serem reconhecidas como tais, efetivando o princípio da participação e do controle social.

Logo, ao se falar em vulnerabilidade individual, reconhece-se que cada trajetória pessoal e psicossocial está ligada a contextos intersubjetivos e a relações de poder, os quais só podem ser compreendidos a partir de seus significados locais e contextuais. Assim, a

vulnerabilidade individual compreende a trajetória pessoal, além do corpo e estado de saúde individuais, envolvendo as relações estabelecidas no cotidiano (de amizade, familiares, afetivo-sexuais, profissionais), escolaridade, nível de conhecimento, acesso à informação, entre outros, além da subjetividade intersubjetiva, como valores, crenças e desejos, os quais são dinamicamente conflitantes e construídos ao longo do processo de socialização, tendo o sujeito que lidar diariamente com tais conflitos em cenas (Ayres et al., 2012).

No que se refere à vulnerabilidade social, remete-se às relações sociais em que as práticas individuais acima discutidas se inserem, a análise das relações sociais, dos marcos da organização e da cidadania e o cenário cultural, buscando avaliar a dimensão do adoecimento, quer seja, o aspecto social ou contextual geral deste (Ayres et al., 2012; Nichiata et al., 2008). Ou seja, essa dimensão da vulnerabilidade foca nos aspectos contextuais que conformam vulnerabilidades individuais, considerando as relações econômicas, de gênero, raciais e étnicas, entre gerações, mobilização e participação, instituições e poderes, proteção ou discriminação sistemática de direitos, além de crenças religiosas e a religiosidade na prática, a pobreza, exclusão social ou aspectos que mantêm a desigualdade (Ayres et al., 2012).

De acordo com Nichiata et al. (2008), a vulnerabilidade social está relacionada a processos de exclusão, discriminação ou enfraquecimento dos grupos sociais, bem como sua capacidade de reação. Ao se avaliar a vulnerabilidade das coletividades, fornece-se aos indivíduos subsídios para que se auto avaliem em termos do componente social, permitindo a construção e o planejamento de suas ações nos movimentos sociais e potencializando os recursos disponíveis no enfrentamento das doenças, inserindo à discussão uma compreensão mais ampla e coletiva dos fenômenos de saúde (Ayres et al., 1999; Nichiata et al., 2008).

Já a vulnerabilidade programática apresenta-se como uma ligação entre os planos individual e social, levando em conta o acesso aos serviços de saúde e a análise de quanto e como o poder público respeita, protege e promove o direito à saúde. É aqui que também é avaliado o vínculo entre usuários e profissionais dos serviços de saúde, bem como as ações instituídas nesses espaços para a prevenção e o controle dos agravos, bem como os recursos disponíveis (Nichiata et al., 2008).

Aqui, na compreensão do processo saúde-doença-cuidado, aponta-se para a discussão se os serviços de saúde, participantes da realidade individual e social, estão atentos a esse processo e aos diversos contextos do território de saúde em que estão inseridos. Ou seja, a dimensão programática da vulnerabilidade busca refletir sobre essas relações e dar respostas que sejam capazes de problematiza-las e supera-las. Dito de outra forma, faz-se necessário saber de que modo as políticas e as instituições, sobretudo as de saúde, educação, bem estar

social, justiça e cultura, atuam na redução, reprodução e/ou aumento das condições de vulnerabilidades individuais em seus contextos sociais (Ayres et al., 2012).

Destaca-se a inseparabilidade das três dimensões de análise da vulnerabilidade, como apontam Ayres et al. (2012), havendo maneiras e intensidades diferentes para cada situação concreta em que os aspectos (inter)subjetivos, contextuais e programáticos irão se combinar. Assim sendo, “a sinergia das três inextricáveis dimensões da vulnerabilidade é a dinâmica que precisa ser considerada para tornar os conceitos da prevenção e da promoção da saúde mais realistas, pragmáticos e eticamente orientados” (Ayres et al., 2012, p. 84).

Em reflexões trazidas por Sousa, Miranda e Franco (2011) acerca da aplicabilidade do quadro conceitual da V&DH na prática profissional do enfermeiro em um ambulatório de HIV/Aids, elas destacam que esse conjunto de aspectos trazidos por essa noção ampliada do processo de adoecimento deve ser analisado de forma objetiva e subjetiva, considerando a dimensão simbólica e a construção de identidades que permeiam as vulnerabilidades das pessoas. Também apontam que no espaço da consulta narrativas são produzidas pelos sujeitos, emergindo a necessidade de compreender como estes organizam suas vivências a partir do modo como sentem, representam e dão sentido às mesmas. A partir disso, potencializa-se a construção de novas histórias, de novos significados frente o adoecimento, sendo necessário, para tanto, pensar sobre a noção de sujeito que profissionais de saúde têm e como se dá sua relação consigo e com os outros, já que essas concepções norteiam e fundamentam a própria prática do cuidado em saúde (Sousa, Miranda & Franco, 2011).

Sob esta perspectiva ampla da compreensão dos processos de saúde-doença permitida pelo quadro da V&DH, diversos estudos na área da saúde coletiva tem sido realizados, levando o conceito de vulnerabilidades para além do HIV/Aids, entre eles: transtornos mentais em mulheres de cidades rurais (Furtado, Saldanha, Moleiro & Silva, 2019); o cuidado de bebês com microcefalia (Pimentel, Furtado & Saldanha, 2018), práticas afetivo-sexuais de lésbicas (Lima, 2016); atitudes frente o aborto provocado (Wiese, Souza, Silva, Pimentel & Saldanha, 2019), entre outros. Neste sentido, o quadro da V&DH desponta como uma possibilidade de pensar as práticas de saúde sob uma perspectiva mais ampla, saindo da lógica biologicista e individual para a compreensão das situações de saúde e considerando os aspectos éticos, políticos e intersubjetivos que permeiam o cuidado.

#### **4.2 Percepção social e suas implicações nas práticas de saúde**

Conforme ressalta Freire (2009), as questões que perpassam o trabalho em saúde estão ligadas às situações sociais, culturais e econômicas, devendo estas serem considerados quando

se busca compreender e/ou provocar mudanças nas práticas. Porém, também ressalta que são os aspectos subjetivos que devem dar subsídio a essa discussão, visto que o modo como os atores envolvidos no processo de saúde-doença-cuidado vivenciam e percebem esses elementos que vai ser norteador e orientador dessas relações de cuidado. Aqui, portanto, ganham destaque os aspectos intersubjetivos, uma vez que estes se expressarão inevitavelmente nos comportamentos de profissionais e usuários no cotidiano dos serviços de saúde, sendo então importante conhecê-los para problematizá-los, e, conseqüentemente, verificar a efetivação do direito à saúde e desta enquanto um direito.

Sobre os aspectos subjetivos, Ronzani (2007) afirma que estes expressam fontes de ideologia, além de guiar e sustentar determinados comportamentos individuais. Por isso, ele destaca a formação dos profissionais de saúde como fundamental para a efetivação de políticas de saúde, uma vez que é nesse processo formativo que se compartilham percepções, crenças e se fortalecem e se mantêm ideologias e práticas em saúde. Assim, corrobora-se que os aspectos subjetivos permeiam o processo saúde-doença-cuidado, interferindo diretamente na qualidade da oferta do cuidado.

Nessa perspectiva compreensiva sobre tais aspectos, a Psicologia Social traz como um de seus temas clássicos o estudo da percepção, sobretudo da percepção social, conceituando-a como sendo o processo pelo qual os indivíduos interpretam a realidade social. O estudo da percepção social pertenceu a uma das grandes linhas de pesquisa em psicologia social da Escola da Gestalt, em meados de 1950. Esta apoiou-se na hipótese de que as mesmas leis enunciadas para explicação da percepção dos objetos, explicaria a percepção das pessoas e seus comportamentos sociais (Álvaro & Garrido, 2006).

Contudo, Fritz Heider (1944, 1958) trouxe importantes contribuições para o desenvolvimento dessa linha de pesquisa, analisando como as pessoas percebem as relações interpessoais, defendendo que as pessoas tendem a perceber seu meio de forma organizada, como um todo coerente e estruturado, notando como estáveis características físicas e outros tipos de traços, como personalidade, crenças, capacidade intelectual, entre outros. Porém, para ele, o que difere a percepção de objetos físicos e a percepção das pessoas é a atribuição de causalidade, sendo estas percebidas como causa de suas próprias ações. Aqui, considera-se que a causalidade é uma forma de organização cognitiva que advém da percepção do meio social, o qual é composto pelas pessoas e suas ações, sendo tanto uma quanto outra uma unidade perceptiva, na qual a primeira é a causa e a segunda o efeito (Álvaro & Garrido, 2006).

Ressalta-se que essa tendência de atribuir causalidade às próprias ações e aos comportamentos das pessoas é motivada pela necessidade que as pessoas têm de organizar e dar sentido ao mundo físico e social no qual estão imersos, podendo-se atribuir o comportamento a fatores internos (personalidade, por exemplo) ou a fatores externos, como a própria situação. Aqui, a intencionalidade é bastante levada em consideração, ou seja, a intenção de uma pessoa causar algo, sendo somente consideradas, portanto, as ações que possuem um caráter propositivo para a atribuição de causalidade (Álvaro & Garrido, 2006).

Outros estudos em Psicologia Social utilizaram-se da percepção social como base para compreensão de fenômenos sociais, conforme apontam Álvaro e Garrido (2006), a exemplo dos estudos de Asch sobre formação de impressões e os estudos de Sherif sobre influência social. De modo que as percepções são aspectos subjetivos que precisam ser considerados quando se quer entender a realidade social. Não obstante, no contexto do cuidado em saúde tais percepções são relevantes para a compreensão de como se dá, na prática, a efetivação do direito à saúde e desta enquanto um direito, sobretudo pelo percurso histórico da saúde no Brasil, o qual traz repercussões da saúde enquanto um favorecimento e de sua prestação à maior parte da população enquanto uma caridade.

De acordo com Pereira (2012), a investigação dos aspectos subjetivos que permeiam as relações de cuidado em saúde é uma das formas mais efetivas de conhecer como se dá a atuação dos profissionais de saúde nessas relações. Assim como destaca Ronzani (2007), as percepções de profissionais e usuários devem ser considerados quando se trata da efetivação de políticas públicas de saúde, visto que, na prática, isso se dá na dimensão relacional que ocorre nos serviços de saúde. Ou seja, para além de questões estruturais, o “SUS vivo” acontece no encontro entre as subjetividades dos atores envolvidos no espaço de cuidado, se dá permeado pelas percepções, crenças, atitudes e outros aspectos subjetivos inerentes ao humano enquanto ser social.

Articulando com o quadro conceitual da V&DH, aponta-se que as percepções que as pessoas têm acerca de seu próprio contexto de vida, sobre suas condições de vida e de saúde, sobre saúde e adoecimento, sobre os serviços de saúde que lhe são ofertados e sobre a própria relação de cuidado em si estabelecida nestes espaços, revelam o modo como enxergarão a efetivação da política pública de saúde. Do mesmo modo, as percepções que profissionais de saúde possuem acerca do contexto e da realidade local onde o serviço em que trabalha está inserido, bem como suas percepções sobre saúde-doença, sobre a própria política de saúde, sobre o SUS, sobre o cuidado em saúde e a própria relação de cuidado em si, permearão suas

práticas cotidianas e o conduzirão a contribuir ou não para a efetivação do direito à saúde e desta enquanto um direito.

Desta forma, aponta-se a relevância desse estudo, no sentido de considerar as contribuições da Psicologia Social e da Psicologia Social da Saúde para a investigação das políticas públicas de saúde no contexto rural brasileiro. Assim, além de outras, aqui busca-se trazer à discussão questões comumente invisibilizadas quando se busca compreender a saúde no Brasil: o contexto rural, as vulnerabilidades e as percepções envolvidas na efetivação da política.



## **CAPÍTULO V – ESTUDO 1: PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO CONTEXTO RURAL**

### **5.1 Objetivos**

#### *5.1.1 Objetivo geral*

Investigar as vulnerabilidades e as práticas de cuidado em saúde a partir das percepções dos usuários de serviços da atenção básica no contexto rural.

#### *5.1.2 Objetivos específicos*

- Identificar o perfil dos usuários da atenção básica à saúde no contexto rural;
- Investigar as vulnerabilidades e necessidades de saúde dos usuários da atenção básica à saúde no contexto rural;
- Conhecer as percepções que permeiam os conceitos de saúde que os usuários possuem;
- Investigar as percepções dos usuários acerca da situação de saúde do município e especificamente da atenção básica à saúde local;
- Investigar as percepções dos usuários acerca do cuidado em saúde que lhe é ofertado na UBS local.

### **5.2 Método**

#### *5.2.1 Caracterização do estudo*

Tratou-se de um estudo exploratório, design descritivo e analítico de caráter transversal, cujo os aspectos quantitativos e qualitativos possibilitaram a análise das vulnerabilidades de saúde de municípios rurais e do cuidado ofertado em serviços da atenção básica à saúde nesses locais a partir das percepções dos usuários, permitindo uma melhor compreensão da efetivação do direito à saúde.

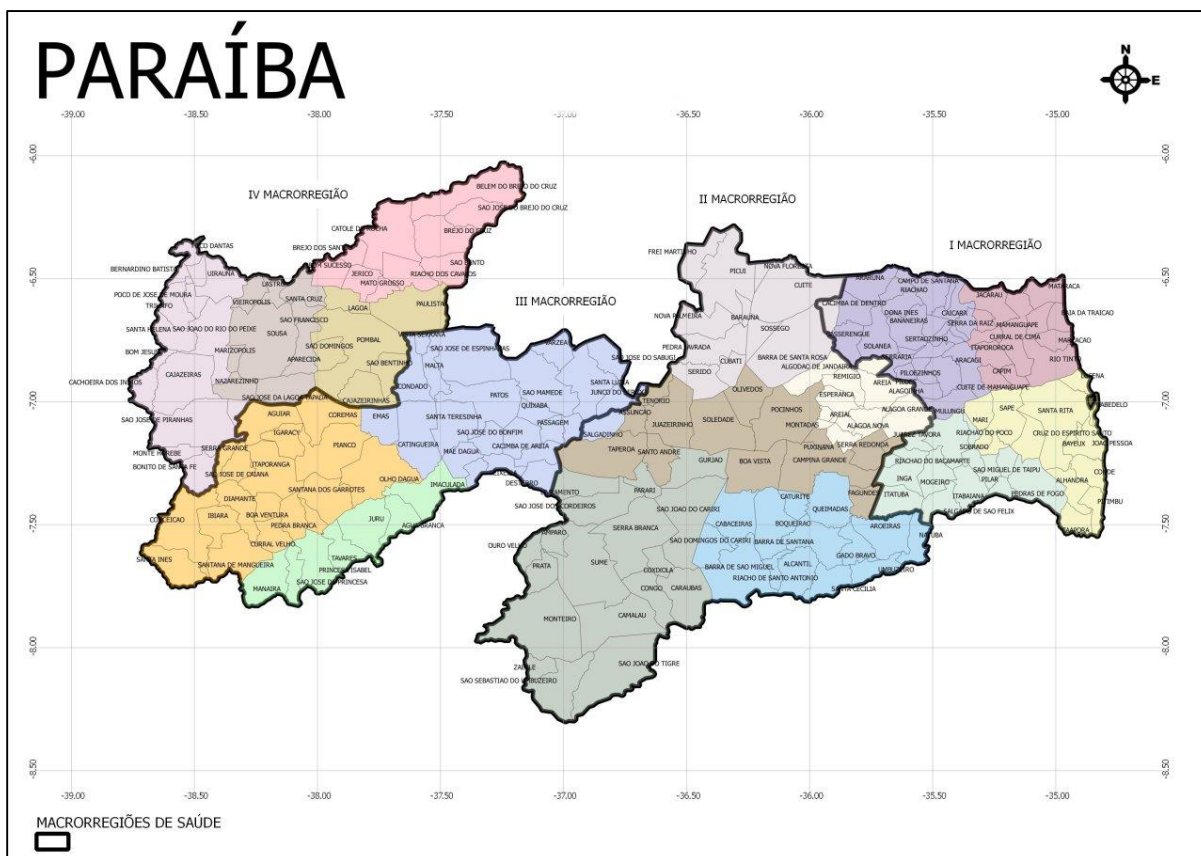
#### *5.2.2 População e amostra*

A população geral desse estudo foi composta pelos usuários dos serviços da ESF dos municípios considerados rurais do Estado da Paraíba.

De acordo com os dados do Censo do IBGE de 2010, o Estado da Paraíba possui um total de 223 municípios, com uma população de 3.766.528 habitantes. Para a composição amostral, considerou-se a divisão do Estado a partir da sua organização de assistência à saúde, dividida atualmente em quatro Macrorregiões de saúde, as quais possuem 16 Regiões de

saúde, que abrangem um número específico de municípios, incluindo os rurais, conforme a **Figura 1** com o mapa abaixo representa.

**Figura 1 – Mapa da Paraíba com suas respectivas Macrorregiões de Saúde**



**Fonte:** <<http://cosemspb.org/cir/>>

A I Macrorregião de saúde é a de João Pessoa, a qual possui 4 Regiões de saúde e um total de 64 municípios, 51,6% sendo rurais; a II Macrorregião de saúde é a de Campina Grande, a qual possui 5 Regiões de saúde e um total de 70 municípios, 64,3% sendo rurais; a III Macrorregião de saúde é a de Patos, a qual possui 3 Regiões de saúde e um total de 49 municípios, 79,6% sendo rurais; e a IV Macrorregião de Saúde é a de Sousa, a qual possui 4 Regiões de saúde e um total de 40 municípios, 75% sendo rurais. Ressalta-se que, para esse estudo, foram considerados como municípios rurais todos aqueles que tivessem abaixo de 11.000 habitantes, totalizando 147 municípios, como pode ser visto na **Tabela 1**.

**Tabela 1 – Macrorregiões de saúde do Estado da Paraíba, Regiões e seus respectivos municípios rurais**

| <b>MACRORREGIÃO DE SAÚDE (quantidade de municípios rurais)</b> | <b>REGIÕES DE SAÚDE (quantidade de municípios rurais)</b> | <b>MUNICÍPIOS RURAIS</b>                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I - João Pessoa (33)                                           | 1ª (2)                                                    | Riachão do Poço e Sobrado.                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                | 2ª (17)                                                   | Borborema, Caiçara, Casserengue, Cuitegi, Dona Inês, Duas Estradas, Lagoa de Dentro, Logradouro, Mulungu, Pilões, Pilõezinhos, Pirpirituba, Riachão, Serra da Raiz, Serraria, Sertãozinho e Tacima.                                                                                    |
|                                                                | 12ª (7)                                                   | Caldas Brandão, Itatuba, Juarez Távora, Juripiranga, Riachão Bacamarte, São José dos Ramos e São Miguel de Taipú.                                                                                                                                                                      |
|                                                                | 14ª (7)                                                   | Baía da Traição, Capim, Cuité de Mamanguape, Curral de Cima, Marcação, Mataraca e Pedro Régis.                                                                                                                                                                                         |
| II - Campina Grande (45)                                       | 3ª (4)                                                    | Algodão de Jandaira, Areial, Matinhas e Montadas.                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                | 4ª (9)                                                    | Baraúnas, Cubati, Damião, Frei Martinho, Nova Floresta, Nova Palmeira, Pedra Lavrada, Sossêgo e São Vicente do Seridó.                                                                                                                                                                 |
|                                                                | 5ª (15)                                                   | Amparo, Camalaú, Caraúbas, Congo, Coxixola, Gurjão, Livramento, Ouro Velho, Parari, Prata, São João do Cariri, São João do Tigre, São José dos Cordeiros, São Sebastião do Umbuzeiro e Zabelê.                                                                                         |
|                                                                | 15ª (11)                                                  | Alcantil, Barra de Santana, Barra de São Miguel, Cabaceiras, Caturité, Gado Bravo, Natuba, Riacho de Santo Antônio, Santa Cecília, São Domingos do Cariri e Umbuzeiro.                                                                                                                 |
|                                                                | 16ª (6)                                                   | Assunção, Boa Vista, Olivedos, Santo André, Serra Redonda e Tenório.                                                                                                                                                                                                                   |
| III - Patos (39)                                               | 6ª (21)                                                   | Areia de Baraúnas, Cacimba de Areia, Cacimbas, Catingueira, Condado, Desterro, Emas, Junco do Seridó, Mãe D'Água, Malta, Matureia, Passagem, Quixaba, Salgadinho, Santa Terezinha, São José de Espinharas, São José do Bonfim, São José do Sabugi, São Mamede, Várzea e Vista Serrana. |
|                                                                | 7ª (14)                                                   | Aguiar, Boa Ventura, Curral Velho, Diamante, Ibiara, Igaracy, Nova Olinda, Olho D'Água, Pedra Branca,                                                                                                                                                                                  |

|                 |         |                                                                                                                                                                           |
|-----------------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| IV - Sousa (30) |         | Santa Inês, Santana de Mangueira, Santana dos Garrotes, São José de Caiana e Serra Grande.                                                                                |
|                 | 11ª (4) | Água Branca, Juru, Manaíra e São José de Princesa.                                                                                                                        |
|                 | 8ª (7)  | Belém Brejo Cruz, Bom Sucesso, Brejo dos Santos, Jericó, Mato Grosso, Riacho dos Cavalos e São José do Brejo Cruz.                                                        |
|                 | 9ª (11) | Bernardino Batista, Bom Jesus, Bonito Santa Fé, Cachoeira dos Índios, Carrapateira, Monte Horebe, Poço Dantas, Poço José de Moura, Santa Helena, Triunfo e Joca Claudino. |
|                 | 10ª (8) | Aparecida, Lastro, Marizópolis, Nazarezinho, Santa Cruz, São Francisco, São José da Lagoa Tapada e Vieirópolis.                                                           |
|                 | 13ª (4) | Cajazeirinhas, Lagoa, São Bentinho e São Domingos.                                                                                                                        |

É importante destacar que essa atual divisão do Estado em territórios de saúde considera as características sociais, demográficas, econômicas, geográficas, sanitárias e epidemiológicas da população, além da oferta de serviços de saúde e as relações entre os municípios (Paraíba, 2015).

Para composição da amostra, foi realizada uma estratificação considerando as quatro Macrorregiões de saúde do Estado, onde foram selecionados, por conveniência, 37 municípios rurais, sendo pelo menos um de cada Região de saúde, ficando no total: 4 da Macrorregião de João Pessoa, 6 da Macrorregião de Campina Grande, 20 da Macrorregião de Patos e 7 da Macrorregião de Sousa, conforme melhor pode ser visto a seguir na **Tabela 2**:

**Tabela 2 – Municípios rurais selecionados para a composição amostral do Estudo I**

| MACRORREGIÃO DE SAÚDE | REGIÕES DE SAÚDE | MUNICÍPIOS RURAIS     |
|-----------------------|------------------|-----------------------|
| João Pessoa           | 1ª               | Sobrado               |
|                       | 2ª               | Pilões                |
|                       | 12ª              | Caldas Brandão        |
|                       | 14ª              | Mataraca              |
| Campina Grande        | 3ª               | Areial e Matinhas     |
|                       | 4ª               | São Vicente do Seridó |
|                       | 5ª               | São João do Cariri    |
|                       | 15ª              | Barra de Santana      |

|       |                 |                                                                                                                   |
|-------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       | 16 <sup>a</sup> | Serra Redonda                                                                                                     |
| Patos | 6 <sup>a</sup>  | Cacimbas, Condado, Desterro, Emas, Junco do Seridó, Malta, Matureia, Quixaba, São Mamede, Várzea e Vista Serrana. |
|       | 7 <sup>a</sup>  | Diamante, Ibiara, Igaracy, Nova Olinda, Olho D'Água e Santana de Mangueira                                        |
|       | 11 <sup>a</sup> | Água Branca, Juru e Manaíra                                                                                       |
| Sousa | 8 <sup>a</sup>  | Belém do Brejo do Cruz e Riacho dos Cavalos                                                                       |
|       | 9 <sup>a</sup>  | Cachoeira dos Índios                                                                                              |
|       | 10 <sup>a</sup> | Aparecida e São José da Lagoa Tapada                                                                              |
|       | 13 <sup>a</sup> | Lagoa e São Bentinho                                                                                              |

Após a seleção dos municípios para a realização da coleta de dados, seguiu-se para a amostra da pesquisa, a qual foi composta por 689 usuários da atenção básica à saúde destes municípios, os quais foram abordados em locais públicos da cidade, como praças e logradouros. Ressalta-se que esse estudo faz parte de um estudo maior, no qual fizeram parte um total de 1.238 participantes. Porém, para esse estudo, foi considerado apenas aqueles que, na questão que versava sobre a última vez em que foram a um serviço de saúde, responderam que se tratou de um serviço do SUS e especificamente da atenção básica, ou seja, uma UBS, ficando, portanto, 689 participantes.

Na realização da coleta, foram adotados os seguintes critérios de exclusão:

- I) recusa a participar do estudo;
- II) ausência de informações importantes no questionário;
- III) questionários devolvidos com muitas questões em branco ou contendo respostas inválidas ou absurdas.

### 5.2.3 Instrumentos

Foi utilizado um questionário estruturado com um total de 48 questões, sendo 12 questões sociodemográficas para melhor caracterização da amostra; e 36 questões, divididas em quatro blocos temáticos, como consta no Apêndice A:

- I) Concepções em Saúde: 3 questões, incluindo Técnica de Associação Livre de Palavras/TALP com a palavra estímulo “saúde”;
- II) Busca por atendimento de saúde: 10 questões;
- III) Avaliação dos serviços de saúde do município: 3 questões; e
- IV) Avaliação do serviço de atenção básica à saúde: 20 questões.

A maioria das questões eram fechadas, alguma com opções de alternativas para marcar “X” e outras elaboradas a partir de escala dicotômica (sim/não). Já outras questões foram formuladas em formato de questão aberta, dando uma maior liberdade aos participantes para se expressarem e consequentemente uma melhor apreensão de suas respostas, as quais eram anotadas pelo pesquisador enquanto verbalizadas.

#### *5.2.4 Procedimentos*

As seguintes providências foram tomadas para o desenvolvimento do projeto:

- a) apreciação do projeto pelo Comitê de Ética;
- b) autorização formal da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba-PB (SES/PB) para o desenvolvimento do projeto;
- c) seleção definitiva da amostra e coleta dos dados.
- d) montagem do banco de dados, análise descritiva dos dados e interpretação dos resultados;
- e) divulgação e devolução dos resultados.

Especificamente na fase de coleta dos dados, os pesquisadores (devidamente treinados) entravam contato com os participantes em locais públicos dos municípios, como praças e logradouros, ou em suas residências, informando-os sobre os objetivos da pesquisa, esclarecendo que a participação era voluntária, que as informações fornecidas seriam mantidas em sigilo, sendo utilizadas somente para fins de pesquisa. Assim, foi solicitado aos participantes que lessem e assinassem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE (Apêndice B), sendo orientados a não se identificarem e esclarecido sobre a garantia e o direito de interromper sua cooperação na pesquisa a qualquer momento, caso julgasse necessário, sem que isso provocasse qualquer tipo de prejuízo.

Preferencialmente, a aplicação dos instrumentos se deu em locais mais reservados, tentando preservar o sigilo e a privacidade inclusive quando na presença de terceiros, momento em que também foi indagado se haveria problemas em este ouvir suas respostas, sendo utilizados os seguintes materiais: questionário e caneta esferográfica. Predominantemente a aplicação dos questionários se deu em formato de conversa, na qual o pesquisador fazia as perguntas e o participante respondia, inclusive porque muitos não sabiam ler ou preferiam que fosse feito dessa forma, havendo raras exceções em que o usuário preferia ler e ele próprio responder.

#### *5.2.5 Análise dos dados*

Foi montando um banco de dados com as respostas dos questionários, os quais foram analisados através de estatística descritiva, com a utilização de medidas de posição (Média, Mediana) e de variabilidade (Desvio Padrão, Amplitude). Para tanto, fora utilizado o software SPSS versão 18.0.

Ressalta-se que, para possibilitar a inclusão no banco de dados, as respostas da questão em que se utilizou a TALP, bem como as questões abertas que existiam no questionário, passaram por uma categorização temática, a qual foi averiguada por três juízes com conhecimento qualificado na área.

Salienta-se que todas essas etapas foram realizadas pela pesquisadora responsável, estando sobre ela a responsabilidade pela guarda de todo o material concernente à pesquisa.

#### 5.2.6 Aspectos éticos

Foram considerados todos os aspectos éticos pertinentes a pesquisas envolvendo seres humanos, conforme orientações da Resolução nº 466/12, sendo inclusive submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa - CEP/Unipê, com Protocolo nº 316.559, conforme Anexo A.

Vale ressaltar que o TCLE foi elaborado de acordo com as orientações do Conselho Nacional de Saúde e que esta pesquisa não acarretou em nenhum risco ou prejuízo à amostra em questão.

### 5.3 Resultados e Discussão

#### 5.3.1 Caracterização da amostra

Para melhor compreensão do perfil amostral desse Estudo I, segue uma tabela com algumas características sociodemográficas destes participantes:

**Tabela 3 – Perfil sociodemográfico dos participantes do Estudo I**

| Variável                           |                | n   | % (N=689) |
|------------------------------------|----------------|-----|-----------|
| <b>Sexo</b>                        | Feminino       | 518 | 75,2      |
|                                    | Masculino      | 171 | 24,8      |
| <b>Faixa etária</b>                | Até 29 anos    | 149 | 21,6      |
|                                    | 30-49 anos     | 324 | 47,0      |
|                                    | 50-59 anos     | 109 | 15,8      |
|                                    | 60 anos e mais | 107 | 15,5      |
| <b>Macrorregião de Saúde da PB</b> | João Pessoa    | 212 | 30,8      |
|                                    | Campina Grande | 209 | 30,3      |
|                                    | Patos          | 175 | 25,4      |

|                     |                          |     |      |
|---------------------|--------------------------|-----|------|
|                     | Sousa                    | 93  | 13,5 |
| <b>Escolaridade</b> | Sem escolarização        | 75  | 11   |
|                     | Fundamental menor        | 228 | 33,5 |
|                     | Fundamental maior        | 105 | 15,4 |
|                     | Médio                    | 202 | 29,7 |
|                     | Superior                 | 70  | 10,3 |
| <b>Estado civil</b> | Casado/Mora junto        | 480 | 70,2 |
|                     | Solteiro                 | 117 | 17,1 |
|                     | Separado/Divorciado      | 47  | 6,9  |
|                     | Viúvo                    | 40  | 5,8  |
| <b>Religião</b>     | Católico                 | 541 | 79,9 |
|                     | Evangélico               | 113 | 16,7 |
|                     | Outras                   | 19  | 2,8  |
|                     | Sem religião             | 4   | 0,6  |
| <b>Religioso</b>    | Nada Religioso (0 a 2)   | 19  | 2,8  |
|                     | Pouco Religioso (3 a 5)  | 96  | 14,1 |
|                     | Religioso (6 a 8)        | 222 | 32,6 |
|                     | Muito Religioso (9 a 10) | 343 | 50,4 |

A amostra desse estudo foi predominantemente do sexo feminino, com idades variando entre 21 e 85 anos ( $M=43,5$ ;  $DP=14,7$ ), sendo a faixa etária de maior frequência de 30-49 anos, ou seja, de adultos. Destaca-se que, além de serem encontradas nas ruas, praças e logradouros dos municípios com mais facilidade; quando contatadas, as mulheres se apresentavam mais disponíveis para participar da pesquisa do que os homens, havendo, por isso, um maior predomínio destas na amostra desse Estudo 1. Além disso, aqui também é importante destacar a atividade profissional mencionada por estas mulheres, sendo a maioria dona de casa (30,7%;  $N=159$ ), o que pode ter sido um fator que contribuiu para uma maior participação destas na pesquisa.

Observou-se um predomínio da baixa escolaridade dos participantes, tendo a maioria o ensino fundamental menor (33,5%), sinalizando uma possível precarização dos investimentos públicos locais em educação, reforçando uma cultura de desvalorização desta e o pouco acesso aos estabelecimentos de ensino, confirmando também o perfil da Região Nordeste e dos espaços rurais apresentados nos dados do IBGE (2014; 2018).

Quanto aos 10,3% referir o ensino superior, isso pode indicar ainda o pouco acesso da população rural a essas instituições, o que é, muitas vezes, dificultado pelo deslocamento que precisa ser feito para outras cidades, o que nem sempre é possível devido às precárias condições financeiras, não permitindo o custeio com o investimento em um curso superior.

Porém, se considerada a faixa etária da amostra, a qual se encontra em sua maioria entre 30 e 9 anos de idade, observa-se que estes 10,3% pode representar um bom número de pessoas que conseguiram o acesso ao ensino superior, tendo em vista as barreiras contextuais.

A maioria indicou estar em relacionamento estável, podendo indicar uma valorização cultural da família tradicional nesses contextos, sobretudo ligada à religião cristã, uma vez que a maioria dos participantes também indicaram ser católicos e muito religiosos. Ressalta-se que os aspectos culturais e religiosos são uma das características das cidades “do interior” do Estado da Paraíba, onde há o cultivo de tradições, ritos e festas religiosas anuais ligadas ao catolicismo.

Partindo para os aspectos socioeconômicos, a **Tabela 4** traz alguns dados, descrevendo-os também a partir do sexo, possibilitando verificar diferenças quanto aos papéis de gênero nesse contexto:

**Tabela 4 – Perfil socioeconômico dos participantes do Estudo I considerando o total e a divisão por sexo**

| Variável                         |                             | n   | % (N=689) | % Masc | % Fem |
|----------------------------------|-----------------------------|-----|-----------|--------|-------|
| <b>Renda mensal</b>              | Nenhuma                     | 3   | 0,4       | -      | 100   |
|                                  | < 1 salário mínimo          | 187 | 27,1      | 16,6   | 83,4  |
|                                  | 1-2 salários mínimos        | 343 | 49,8      | 26,2   | 73,8  |
|                                  | 3-4 salários mínimos        | 34  | 4,9       | 58,8   | 41,2  |
|                                  | > 5 salários mínimos        | 3   | 0,4       | 33,3   | 66,7  |
|                                  | Não responderam             | 119 | 17,3      | 24,4   | 75,6  |
| <b>Situação Laboral</b>          | Empregado                   | 268 | 38,9      | 34,3   | 65,7  |
|                                  | Desempregado                | 113 | 16,4      | 20,4   | 79,6  |
|                                  | Aposentado                  | 96  | 13,9      | 38,5   | 61,5  |
|                                  | Não responderam             | 212 | 30,8      | 9,0    | 91,0  |
| <b>Tipo de Atividade Laboral</b> | Formal                      | 174 | 25,3      | 34,5   | 65,5  |
|                                  | Informal                    | 136 | 19,7      | 27,9   | 72,1  |
|                                  | Autônomo                    | 135 | 19,6      | 36,3   | 63,7  |
|                                  | Não responderam             | 244 | 35,4      | 9,8    | 90,2  |
| <b>Benefício</b>                 | Nenhum                      | 492 | 71,4      | 29,7   | 70,3  |
|                                  | Bolsa Família               | 171 | 24,8      | 11,1   | 88,9  |
|                                  | Auxílio Doença              | 7   | 1,0       | 42,9   | 57,1  |
|                                  | Aposentadoria por invalidez | 6   | 0,9       | 33,3   | 66,7  |
|                                  | BPC                         | 10  | 1,5       | 10,0   | 90,0  |
|                                  | Pensão                      | 2   | 0,3       | -      | 100,0 |
|                                  | Garantia Safra              | 1   | 0,1       | -      | 100,0 |

Como pode ser observado, os usuários eram em sua maioria de baixa renda, (considerando até dois salários mínimos), com poucos referindo ganhar mais que isso, o que mostra uma pauperização desta população rural, certamente já como resultado da baixa escolarização. Apesar disso, a maioria referiu estar empregada (38,9%; N=268), em atividade formal (25,3%; N=274), apesar de boa parte da amostra não ter respondido essas questões. Assim, questiona-se se a omissão dessa informação pode sugerir um possível desemprego ou até mesmo um não acesso ao trabalho, ou ainda a não consideração da atividade de auto-subsistência enquanto um trabalho por parte da amostra.

Sobre isso, a **Tabela 5** ilustra as atividades profissionais mencionadas pelos usuários da pesquisa e, como pode ser observado, a agricultura (29,2%; N=50) foi a atividade mais referida pelos participantes do sexo masculino, seguida de serviços gerais (25,7; N=44) e comerciante (10,5; N=18). Já os do sexo feminino citaram mais as atividades “do lar” ou “dona de casa” (30,7%; N=159), seguida da agricultura (22,6; N=117) e serviços gerais (9,3%; N=48).

**Tabela 5 – Tipos de atividades laborais referidas pelos participantes do Estudo 1, considerando o sexo dos participantes**

| SEXO                 |          | Agricultura | Autônomo (Superior) | Funcionário Público | Estudante | Profissional de saúde | Do lar | Serviços gerais | Comerciante | Comerciário | Doméstica | Professor | Não responderam |
|----------------------|----------|-------------|---------------------|---------------------|-----------|-----------------------|--------|-----------------|-------------|-------------|-----------|-----------|-----------------|
| <b>Feminino</b>      | <b>n</b> | 117         | 2                   | 14                  | 9         | 9                     | 159    | 48              | 25          | 21          | 21        | 44        | 49              |
|                      | <b>%</b> | 22,6        | 0,4                 | 2,7                 | 1,7       | 1,7                   | 30,7   | 9,3             | 4,8         | 4,1         | 4,1       | 8,5       | 9,5             |
| <b>Masculino</b>     | <b>n</b> | 50          | 1                   | 11                  | 2         | -                     | 1      | 44              | 18          | 10          | -         | 7         | 27              |
|                      | <b>%</b> | 29,2        | 0,6                 | 6,4                 | 1,2       | -                     | 0,6    | 25,7            | 10,5        | 5,8         | -         | 4,1       | 15,8            |
| <b>TOTAL (N=689)</b> | <b>n</b> | 167         | 3                   | 25                  | 11        | 9                     | 159    | 92              | 43          | 31          | 22        | 51        | 76              |
|                      | <b>%</b> | 24,2        | 0,4                 | 3,6                 | 1,6       | 1,3                   | 23,1   | 13,4            | 6,2         | 4,5         | 3,2       | 7,4       | 11              |

Assim, observa-se o predomínio de ocupações que exigem pouco nível de escolaridade, gerando vínculos empregatícios precários, por vezes, com condições insalubres. Além disso, chama atenção o fato da agricultura ser a segunda atividade mais referida pelas mulheres, rompendo a associação entre o trabalho braçal e a figura masculina, podendo também sinalizar a atividade agrícola como meio de subsistência. Neste sentido, apesar de

Teixeira (2016) indicar o crescimento de atividades não agrícolas no contexto rural propulsado pelo desenvolvimento desses espaços, os resultados desse estudo corroboram com Silva (2001), apontando que esses contextos ainda são marcados pelas disparidades sociais, onde as famílias ainda vivem em situações precárias e a agricultura muitas vezes é o único meio de sobrevivência.

Sobre o recebimento de algum benefício governamental, ressalta-se que, apesar da maioria ter indicado não receber, chama atenção o fato de boa parte destes usuários serem beneficiados com o Bolsa Família (24,8%), despontando como uma política de governo bastante popularizada e acessível à população rural, sobretudo para as mulheres.

Sobre isso, no estudo realizado Nanes e Quadros (2018) observou-se que esta é uma importante via de provimento familiar e de renda fixa para estas, as quais, na maioria das vezes, acabam se submetendo a situações de trabalho degradantes, insalubres, com jornadas de trabalho exaustivas e baixíssima remuneração, a exemplo do trabalho doméstico. Apesar de ser um valor baixo, entre R\$120,00 e R\$200,00, a sua relevância não se restringe ao valor econômico, mas sim à autonomia feminina permitida, levando-as a buscarem, inclusive, outras fontes de renda mais dignas (Nanes e Quadros, 2018).

### *5.3.2. Percepções e vulnerabilidades em saúde*

Seguindo os objetivos propostos no Estudo 1, os resultados foram organizados e discutidos a partir das temáticas abordadas no instrumento utilizado, permitindo uma melhor compreensão dos mesmos. Para tanto, as respostas foram categorizadas tematicamente tomando como base as dimensões propostas pelo quadro conceitual da V&DH.

#### **5.3.2.1. Concepções sobre saúde**

A maioria dos usuários apresentaram um conceito de saúde voltado para os aspectos individuais (75,8%), como pode ser visto na **Tabela 6**, refletindo suas percepções pessoais e também atribuindo-se a responsabilidade por tal ao referir a saúde como manutenção de “hábitos saudáveis”. Também é importante refletir que, por um lado, esses usuários podem remeter a saúde a partir de uma visão mais ampla e integral quando a colocaram como sinônimo de “bem estar”; e, por outro, a partir de uma visão biologicista, uma vez que a associou à “ausência de doença”.

Nessa dimensão individual chamou a atenção o grande número de respostas (destacadas em *itálico* na **Tabela 6**) que refletem a compreensão da saúde de forma mais geral, simbólica, a partir de aspectos que possuem um caráter mais subjetivo, colocando-a

como “tudo”, como uma “coisa boa” e “importante”, representando suas percepções e valores pessoais, os quais certamente permeiam e refletem na forma como enxergam as outras demais dimensões. Esses dados trazem à discussão as reflexões sobre o processo de produção do cuidado em saúde ser um encontro entre subjetividades, valores, percepções, permeado por aspectos relacionais que compõem o “SUS vivo” (Feuerwerker, 2014; Merhy & Feuerwerker, 2009).

**Tabela 6 – Conceito de saúde dos usuários participantes do Estudo 1 a partir do quadro conceitual da V&DH**

| DIMENSÕES DA V&DH | CATEGORIAS                   | %    | % total |
|-------------------|------------------------------|------|---------|
| INDIVIDUAL        | bem estar                    | 15,3 | 75,8    |
|                   | estar bem                    | 3,7  |         |
|                   | hábitos saudáveis            | 8,3  |         |
|                   | qualidade de vida            | 1,5  |         |
|                   | ausência de doença           | 8,8  |         |
|                   | <i>coisa boa</i>             | 11,8 |         |
|                   | <i>importante</i>            | 7,7  |         |
|                   | <i>prioridade</i>            | 5,0  |         |
|                   | <i>tudo</i>                  | 8,6  |         |
|                   | <i>vida</i>                  | 1,9  |         |
|                   | <i>sentimentos positivos</i> | 2,8  |         |
|                   | <i>Deus</i>                  | 0,4  |         |
| SOCIAL            | condições de vida            | 5,2  | 5,9     |
|                   | social                       | 0,7  |         |
| PROGRAMÁTICA      | acesso à saúde               | 14,2 | 18,3    |
|                   | cuidado                      | 3,4  |         |
|                   | prevenção                    | 0,7  |         |

Enquanto isso, também trouxeram conceitos que remetem ao lugar das políticas públicas de saúde, ou seja, aos aspectos programáticos (18,3%), como o “acesso à saúde”, o que, para essa população, acaba se tornando representativo do direito à saúde, sendo os serviços da atenção básica a garantia desse acesso.

Quando à dimensão social, apesar de permeando as respostas, ela não se mostra tão evidente na concepção dos usuários acerca do que seja saúde (5,9%). Sobre isso, Figueiredo, Martins, Damasceno, Castro, Mainegra e Akerman (2017) destacam que o direito à saúde está interconectado com o direito à cidade, ou seja, na medida em que se garante espaços urbanos saudáveis para a população, garante-se também a redução de iniquidades e a promoção da

equidade, uma vez que a produção social do processo saúde-doença é resultado de um agregado de condições materiais que repercutem na vida da população como um todo.

Ainda dentro dessas percepções que permeiam o conceito de saúde, foi indagado aos participantes o que seria necessário para que a sua saúde fosse melhorada, sendo apontadas por eles necessidades e percepções mais a nível individual (63,7%), como pode ser visto na **Tabela 7**.

**Tabela 7 – Melhorias para a saúde apontadas pelos usuários participantes do Estudo 1 a partir do quadro conceitual da V&DH**

| <b>DIMENSÕES DA V&amp;DH</b> | <b>CATEGORIAS</b>             | <b>%</b> | <b>% total</b> |
|------------------------------|-------------------------------|----------|----------------|
| <b>INDIVIDUAL</b>            | comportamentos individuais    | 35,5     | 63,7           |
|                              | qualidade de vida             | 7,8      |                |
|                              | cura de uma doença            | 7,3      |                |
|                              | ausência de doença            | 1,7      |                |
|                              | família                       | 0,9      |                |
|                              | sentimentos positivos         | 1,1      |                |
|                              | Deus                          | 0,9      |                |
|                              | nada                          | 8,5      |                |
| <b>SOCIAL</b>                | condições de vida             | 5,9      | 5,9            |
| <b>PROGRAMÁTICA</b>          | acesso à saúde                | 15,8     | 30,4           |
|                              | médico                        | 13,0     |                |
|                              | outros profissionais de saúde | 0,6      |                |
|                              | prevenção                     | 0,9      |                |

Novamente aparece a responsabilização individual quando se fala em o que pode ser feito para que a sua saúde melhore, assim como no conceito de saúde, trazendo à discussão a centralidade do sujeito quanto à sua condição de saúde, atribuindo a ele o comprometimento com a prevenção e resgatando a noção de comportamento de risco, como discutem os autores do modelo da V&DH (Ayres, Calazans, Saletti Filho & França-Júnior, 2009). Estes propõem uma mudança nesse modo de compreender o processo de saúde, visto que inevitavelmente culpabiliza o sujeito por seu adoecimento e tira o foco da importância no investimento em melhores condições sociais e de vida para a população e em políticas públicas de saúde.

Apesar de mais evidentes, não apenas os aspectos individuais se sobressaíram na fala dos usuários participantes, mas também os aspectos programáticos, trazendo à tona a discussão sobre a participação do Estado na garantia de uma saúde de qualidade, ou seja, na promoção de saúde da população. Aqui destaca-se na fala deles uma atribuição bastante presente da figura do médico enquanto provedor de uma boa condição de saúde, o que pode

ser discutido à luz do modelo biomédico ainda tão presente no cotidiano da população brasileira e, mais ainda, no ideário social.

Os aspectos sociais, apesar de permearem as demais dimensões, não apareceram de forma explícita na fala dos usuários como sendo uma necessidade, o que pode remeter novamente a uma invisibilidade dos mesmos quando se trata da percepção do usuário acerca do que seja saúde e da forma com que esses aspectos podem influenciar e/ou repercutir em melhorias de saúde, a exemplo das condições de vida a que estas pessoas estão submetidas nesses espaços rurais. Ou seja, poucos destes participantes conseguem perceber aspectos subjacentes às suas condições de vida como sendo prioridade para que haja uma promoção da saúde, atribuindo muito mais essa responsabilização a si próprio.

Em contrapartida, o que se observa é que a qualidade de vida e a saúde da população recebe influências diretas dos indicadores de urbanização, sendo, portanto, necessária a elaboração de políticas públicas efetivas voltadas desenvolvimento socioterritorial das cidades (Figueiredo, Martins, Damasceno, Castro, Mainegra & Akerman, 2017). Segundo esses autores discutem, isso romperia com o modelo tradicional da área biomédica, uma vez que a abordagem da saúde urbana se daria de modo transversal e multidimensional, envolvendo economia, emprego, educação, habitação, transporte, cultura, família, lazer e acesso à saúde, sendo este o caminho para a equidade e, conseqüentemente, para a garantia do direito à saúde.

### 5.3.2.2. Busca por atendimento de saúde

Nesse momento é importante lembrar que a seleção da amostra desse estudo (a qual pertenceu a um estudo maior) foi realizada a partir da pergunta feita aos participantes sobre o tipo de serviço de saúde que utilizou pela última vez em que buscou um atendimento de saúde, sendo apenas selecionados aqueles que referiram ter utilizado uma UBS, ou seja, um serviço da atenção básica do município.

Neste sentido, abaixo encontram-se algumas informações levando em consideração este último atendimento:

**Tabela 8 – Informações sobre o último atendimento de saúde realizado na UBS para os usuários participantes do Estudo 1**

| Variável                                 |                 | n   | % (N=689) |
|------------------------------------------|-----------------|-----|-----------|
| <b>Há quanto tempo foi o atendimento</b> | < 6 meses       | 507 | 73,8      |
|                                          | 6 meses a 1 ano | 92  | 13,4      |
|                                          | > 1 ano         | 84  | 12,2      |
|                                          | Não lembra      | 4   | 0,6       |

|                                                                    |                                               |     |      |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----|------|
| <b>Motivo</b>                                                      | Prevenção                                     | 96  | 15,1 |
|                                                                    | Doenças respiratórias                         | 69  | 10,8 |
|                                                                    | Ginecologia (Pré-natal)                       | 52  | 8,2  |
|                                                                    | Pronto atendimento<br>(hipertensão/dor aguda) | 213 | 33,5 |
|                                                                    | Outros                                        | 206 | 32,4 |
| <b>Acesso</b>                                                      | Fácil                                         | 596 | 86,8 |
|                                                                    | Difícil                                       | 91  | 13,2 |
| <b>Dificuldades do Acesso<br/>(N=91; 13,2%)</b>                    | Distância                                     | 13  | 14,6 |
|                                                                    | Locomoção/transporte                          | 17  | 19,1 |
|                                                                    | Agendamento/Fichas                            | 31  | 34,8 |
|                                                                    | Falta de médico                               | 9   | 10,1 |
|                                                                    | Demora no atendimento                         | 12  | 13,5 |
|                                                                    | Desorganização                                | 7   | 7,9  |
| <b>Tipo de<br/>locomoção/transporte</b>                            | Caminhando                                    | 473 | 69,3 |
|                                                                    | Carro (próprio/alugado)                       | 117 | 17,1 |
|                                                                    | Moto                                          | 67  | 9,8  |
|                                                                    | Ambulância                                    | 16  | 2,3  |
|                                                                    | Outros                                        | 16  | 1,4  |
| <b>Maior dificuldade para<br/>o atendimento<br/>(N=205; 29,8%)</b> | Distância                                     | 28  | 13,7 |
|                                                                    | Indisponibilidade                             | 33  | 16,1 |
|                                                                    | Agendamento                                   | 32  | 15,6 |
|                                                                    | Demora/Mau atendimento                        | 51  | 24,9 |
|                                                                    | Transporte                                    | 27  | 13,2 |
|                                                                    | Falta de médicos                              | 25  | 12,2 |
|                                                                    | Outros                                        | 9   | 4,4  |
| <b>Acompanhante</b>                                                | Sim                                           | 342 | 50,4 |
|                                                                    | Não                                           | 336 | 49,6 |
| <b>Tipo de acompanhante<br/>(N=342; 50,4%)</b>                     | Cônjuge/Parceiro                              | 132 | 33,8 |
|                                                                    | Mãe                                           | 56  | 14,4 |
|                                                                    | Filho(a)                                      | 103 | 26,4 |
|                                                                    | Outro familiar                                | 68  | 17,4 |
|                                                                    | Amiga/vizinha                                 | 22  | 5,6  |
|                                                                    | ACS                                           | 9   | 2,3  |

A maioria daqueles que relataram ir com alguém até à UBS, apontaram o cônjuge/parceiro, podendo ser sugestivo de demanda de planejamento familiar e/ou acompanhamento pré natal neste serviço, além dos idosos que geralmente não conseguem se locomover sozinhos até a UBS. Aqui se destaca a distância e a dificuldade de locomoção ou

disponibilidade de transporte referidas por alguns usuários como sendo entraves para o acesso ao serviço, inclusive a maioria referindo ter ido caminhando até lá (69,3%; N=673).

Porém, os dados sinalizam sobretudo a acessibilidade da UBS para estes usuários, considerando que a ida havia sido há pouco tempo, há menos de seis meses (73,8%; N=507) e sem dificuldades no acesso (86,8%; N=596). Quando referidas pelos usuários (13,2%; N=91), essas dificuldades foram por questões organizativas do serviço referentes à entrega de fichas, havendo necessidade de agendamento (34,8%; N=31), interferindo, portanto, na percepção do usuário sobre a acessibilidade do serviço.

Já quando indagados sobre as dificuldades para o atendimento, as queixas aumentaram (29,8%; N=205), aparecendo a demora e o mau atendimento por parte dos profissionais (24,9%; N=51), além da indisponibilidade destes (16,1%; N=33) e, novamente, da necessidade de agendamento (15,6%; N=32). Aqui aponta-se a importância das tecnologias leves enquanto ferramentas que geram a satisfação do usuário quanto ao cuidado que lhe é ofertado. Conforme Lisboa, Santos e Lima (2017) apontam, ao receber um atendimento qualificado e humanizado o usuário se sente motivado a retornar ao serviço de saúde, sendo a comunicação, o respeito e o acolhimento ferramentas importantes nesse processo de cuidar que permite a criação de vínculos do usuário com os profissionais e com o próprio serviço. Do contrário, a insatisfação gera desconfiança e distanciamento do usuário da UBS, além de reforçar a percepção de que o SUS não dá conta das suas necessidades e, portanto, não merece credibilidade, repercutindo na efetivação do direito à saúde.

Os usuários também foram indagados se, no momento, estavam realizando algum tratamento de saúde e a maioria (68%) informaram que não. Dos que afirmaram estar, o tratamento tratava-se, em sua maioria, de doenças crônicas (40,8%), como diabetes e hipertensão. Relacionado a isso, ainda como demonstrado na **Tabela 8**, observou-se que a principal demanda que fez os usuários procurarem a UBS foi referente a situações agudas, que acabam configurando a UBS como pronto atendimento, entre elas a elevada pressão arterial, necessitando de cuidados específicos e urgentiais.

Essa mesma configuração é encontrada na literatura, sendo este um dos entraves para o acolhimento nos serviços de atenção básica, uma vez que esse alto número de demandas espontâneas que possuem um caráter de pronto atendimento acaba suprimindo as ações de prevenção e promoção da saúde propostas por esse nível de atenção (Santos, Shirasaki, Cangussu, Santos, Fermino, Silva & Campos, 2016).

Entretanto, vale salientar que a UBS, na maioria dos municípios participantes desse estudo, trata-se do único serviço de saúde disponível na cidade, levando os usuários a

recorrerem a ele em quaisquer situações que lhe apareçam, sendo, portanto, compreensível o abarrotamento dos serviços com esse tipo de demanda. Inclusive, destaca-se a disponibilidade dos profissionais de saúde em darem conta de todas essas demandas que aparecem no cotidiano do serviço, tentando garantir o acesso à saúde da população.

Por último, foram perguntados sobre as situações em que adoecem e não procuram atendimento no serviço de saúde, quais as alternativas que utilizam. Neste sentido, daqueles que informaram buscar alguma alternativa (79,7%), a maioria respondeu que recorre à automedicação (60,8%) ou chás/remédios caseiros (31,7%), pede orientação ao farmacêutico (6,9%) ou busca o auxílio de benzedeiras (0,5%).

Esses dados sinalizam questões culturais e religiosas, mesmo que com pouca evidência, permeando o cuidado em saúde nesses contextos; mas, sobretudo, o predomínio de alternativas que remontam a uma medicalização da vida. Sobre isso, Galindo, Lemos, Vilela e Garcia (2017) destacam que os discursos medicalizantes propostos pela indústria farmacêutica são atrativos a medida em que prometem dar conta das necessidades de saúde das pessoas de forma rápida e eficiente, ganhando sua confiança e consequente adesão. Assim, acaba-se recorrendo aos medicamentos como forma de garantir a manutenção da saúde, o que acaba se tornando um terreno perigoso quando se observa cada vez mais a prática da automedicação, conforme visto nos resultados.

### **5.3.2.3. Avaliação da situação de saúde do município**

Quando solicitados a avaliarem a saúde do município em que residem, considerando a atribuição de uma nota igual ou inferior a cinco como negativa, de seis a sete mediana e igual ou superior a oito como positiva, boa parte avaliou-a como positiva (44%). Também mostraram certo conhecimento acerca do que tem de serviço disponível na cidade em termos de oferta do cuidado em saúde, apesar do hospital ter sido referido como presente no município, porém, na maioria dos casos, estavam se referindo a uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Bem como referiram o que falta na cidade, refletindo o que eles considerariam como importante ter, conforme pode ser visto na tabela abaixo:

**Tabela 9 – Avaliação da saúde do município realizada pelos usuários participantes do Estudo 1**

| <b>Variável</b>                                   | <b>n</b> | <b>% (N=689)</b> |
|---------------------------------------------------|----------|------------------|
| <b>Nota para o atendimento em saúde da cidade</b> | 0        | 55               |
|                                                   | 1 a 3    | 38               |
|                                                   | 4 a 5    | 120              |

|                           |                             |     |      |
|---------------------------|-----------------------------|-----|------|
|                           | 6 a 7                       | 169 | 24,8 |
|                           | 8 a 9                       | 172 | 25,2 |
|                           | 10                          | 128 | 18,8 |
| <b>Na cidade tem...</b>   | UBS                         | 677 | 98,5 |
|                           | Hospital                    | 219 | 31,9 |
|                           | Médico diariamente          | 230 | 33,5 |
|                           | Equipamentos/exames         | 206 | 30,0 |
| <b>Na cidade falta...</b> | Médico                      | 158 | 19,7 |
|                           | Médico todos os dias/turnos | 85  | 13,6 |
|                           | Médico especialista         | 49  | 7,8  |
|                           | Equipamentos/exames         | 101 | 16,2 |
|                           | Hospital                    | 57  | 9,1  |
|                           | Medicamentos                | 49  | 7,8  |
|                           | Tudo                        | 57  | 9,1  |
|                           | Nada                        | 50  | 8,0  |
|                           | Outros                      | 54  | 8,7  |

Como pode ser visto, a centralidade da figura médica aparece nas falas dos usuários tanto quando se referem à sua presença, ou seja, enquanto um fator positivo que é ofertado na cidade; e também quanto à sua falta, sendo cobrada a disponibilidade de médico na cidade ou a sua presença todos os dias na semana, denotando sua importância para esses usuários. Assim, observa-se percepções que reforçam o cuidado biomédico tradicional, concentrando na figura do profissional médico a responsabilidade pelo cuidado e a associação entre este e a garantia do direito à saúde, inclusive sendo mais requerido que os próprios insumos, materiais, exames e medicamentos, conforme os resultados apontaram.

Partindo de uma visão crítica sobre essa centralidade do médico, Galindo, Lemos, Vilela e Garcia (2017) discutem que as pessoas buscam o saber médico, culturalmente instituído e reforçado, enquanto um saber-poder que normatiza e prescreve, capaz de governar seus corpos individuais, sua saúde e, para além disso, regular suas condutas e gerir sua própria vida. Eles apontam que a regulamentação de práticas preventistas, a previsão e admissão de riscos e as prescrições curativistas consolidam a lógica salvacionista da medicina, colocando esses profissionais em uma posição de autoridade frente à sociedade. É o que se observa nos resultados desse estudo, nos quais o médico apareceu com evidência na fala dos usuários.

Em estudo realizado por Marcelino (2010) em cidades paraibanas com menos de 25.000 habitantes os médicos também foram apontados como importantes para o cuidado em saúde, destacando a ausência desses profissionais todos os dias na atenção básica como um fator que dificulta ou diminui o acesso dos usuários ao serviço, comprometendo o fluxo de

sua procura. Bem como no estudo de Sousa (2017), realizado em municípios rurais da Paraíba, observando a busca dos usuários por ações de saúde alicerçadas no modelo biomédico, mas, ao mesmo tempo, a indisponibilidade desses profissionais que, apesar de assumirem um contrato de trabalho com esses municípios, acabam compilando os atendimentos em alguns dias da semana, prejudicando a oferta do cuidado aos usuários, deixando-os a mercê e sem a adequada assistência.

Aqui faz-se necessário refletir sobre a dificuldade de conseguir profissionais que se disponibilizem a trabalhar nesses contextos rurais, nos quais se esperam condições precárias de trabalho, pouca estabilidade, remuneração abaixo do esperado, e relações de poder baseada no favorecimento político, deixando o profissional a mercê da boa vontade da gestão e fazendo-o submeter-se a certas condições que não lhes sejam muito favoráveis, na maioria dos casos. Além disso, o fato de não morar no município local, acaba exigindo uma maior disponibilidade de tempo desse profissional, um maior desgaste físico devido à locomoção, além da disponibilidade de transporte particular ou a depender da gestão.

Neste sentido, torna-se compreensível que o usuário acabe percebendo a figura do médico como sendo tão primordial, colocando-o no centro do processo de produção do cuidado, tanto pelos aspectos culturais e subjetivos que permeiam essas percepções, como já discutido, quanto pelos aspectos práticos que envolvem o cotidiano do serviço de saúde, que acaba ficando limitado quando esse profissional está ausente.

De fato, reconhece-se que este profissional é realmente importante para a garantia do direito à saúde e, não à toa, o modelo médico centrado ainda é o mais presente no cotidiano dos serviços. Por isso, quando não está presente, o médico acaba se tornando o foco principal da insatisfação dos usuários, que, por sua vez, sentem que o cuidado está sendo ofertado de modo limitado e insipiente. Não obstante, os demais profissionais da equipe de saúde tentam driblar essa ausência, mas acaba esbarrando com as limitações de sua atuação profissional, repercutindo, direta ou indiretamente, no usuário, uma vez que impede a continuidade do cuidado e, consequentemente, a garantia do direito à saúde de forma integral.

Destarte, Doricci, Guanaes-Lorenzi e Pereira (2017) ressaltam que um dos grandes desafios da atenção básica é remodelar suas práticas centradas no saber médico, propondo um novo formato de atuação a partir da sensibilização de gestores, profissionais e também usuários, os quais acabam buscando o serviço apenas em momentos de crise na expectativa de receber um atendimento médico imediato.

#### ***5.3.2.4. Avaliação do serviço de atenção básica à saúde***

Considerando a última vez em que tinha ido serviço de atenção básica do município em que residiam, os usuários foram solicitados a fazerem uma avaliação do mesmo. Ressalta-se que considerou-se as respostas “sim” como uma avaliação positiva e as respostas “não” como negativa, estando os resultados descritos na Tabela 10.

**Tabela 10 – Avaliação do serviço de atenção básica à saúde do município realizada pelos usuários participantes do Estudo 1**

| ITENS AVALIADOS                                                                                                     |   | % (N=689) |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----------|------|
|                                                                                                                     |   | SIM       | NÃO  |
| <b>ORGANIZAÇÃO</b>                                                                                                  |   |           |      |
| Tinham todos os medicamentos que você precisava?                                                                    | n | 282       | 400  |
|                                                                                                                     | % | 41,3      | 58,7 |
| Tinham todos os equipamentos necessários ao atendimento do seu problema de saúde?                                   | n | 377       | 305  |
|                                                                                                                     | % | 55,3      | 44,7 |
| Foram disponibilizados os exames solicitados?                                                                       | n | 362       | 312  |
|                                                                                                                     | % | 53,7      | 46,3 |
| Tinham os profissionais de saúde adequados ao seu atendimento?                                                      | n | 476       | 207  |
|                                                                                                                     | % | 69,7      | 30,3 |
| <b>VÍNCULO E ATENDIMENTO</b>                                                                                        |   |           |      |
| Você se sentiu bem recebido pelo profissional de saúde?                                                             | n | 616       | 66   |
|                                                                                                                     | % | 90,3      | 9,7  |
| Você sentiu que ele entendeu o que você falou?                                                                      | n | 607       | 71   |
|                                                                                                                     | % | 89,5      | 10,5 |
| Você entendeu as explicações que o profissional deu?                                                                | n | 620       | 58   |
|                                                                                                                     | % | 91,4      | 8,6  |
| O profissional de saúde explicou sobre os medicamentos que passou?                                                  | n | 570       | 101  |
|                                                                                                                     | % | 84,9      | 15,1 |
| O profissional do serviço pediu informações sobre suas condições de vida e de sua família?                          | n | 177       | 503  |
|                                                                                                                     | % | 26,0      | 74,0 |
| O profissional de saúde deu tempo suficiente para você explicar bem as suas preocupações e tirar as suas dúvidas?   | n | 470       | 207  |
|                                                                                                                     | % | 69,4      | 30,6 |
| Quando você retornou ao serviço de saúde com os exames feitos, foi examinado pelo mesmo profissional que solicitou? | n | 413       | 249  |
|                                                                                                                     | % | 62,4      | 37,6 |
| Você já se sentiu rejeitado pelos profissionais deste serviço de saúde?                                             | n | 128       | 547  |
|                                                                                                                     | % | 19,0      | 81,0 |
| Você sente vergonha em falar sobre seus problemas com os profissionais de saúde?                                    | n | 124       | 552  |
|                                                                                                                     | % | 18,3      | 81,7 |
| <b>RESOLUTIVIDADE</b>                                                                                               |   |           |      |
| Você costuma fazer os exames solicitados?                                                                           | n | 586       | 95   |
|                                                                                                                     | % | 86,0      | 14,0 |
| Você costuma retornar ao serviço quando o profissional que o atendeu solicita esse retorno?                         | n | 606       | 78   |
|                                                                                                                     | % | 88,6      | 11,4 |
| Seus problemas são resolvidos nesse serviço de saúde?                                                               | n | 479       | 201  |
|                                                                                                                     | % | 70,4      | 29,6 |

| <b>PREVENÇÃO</b>                                                                 |   |      |      |
|----------------------------------------------------------------------------------|---|------|------|
| Você já foi convidado a participar de grupos sobre saúde neste serviço de saúde? | n | 230  | 451  |
|                                                                                  | % | 33,8 | 66,2 |
| Existem propagandas/campanhas/trabalhos educativos nesse serviço de saúde?       | n | 473  | 207  |
|                                                                                  | % | 69,6 | 30,4 |

Como pode ser observado, a avaliação foi positiva em praticamente todos os itens avaliados pelos usuários, denotando uma satisfação dos mesmos quando ao cuidado que lhe fora ofertado na UBS, tanto em termos de organização, vínculo, atendimento, resolutividade e prevenção.

Apesar de majoritariamente positiva, a avaliação dos aspectos estruturais e organizativos do serviço revelam um certo equilíbrio na satisfação positiva e negativa quando comparados aos demais aspectos avaliados, sendo negativa quando se falou na disponibilidade de medicamentos (58,7%), o que inclusive aparece como uma queixa dos usuários em outras questões do instrumento. Assim, pode-se inferir a ausência de mais investimentos da gestão no abastecimento de insumos, materiais e equipamentos que melhorem a oferta do cuidado em saúde nos serviços do SUS.

Sobre o vínculo e o atendimento, a maioria apresentou percepções positivas quanto ao acolhimento, respeito, escuta e disponibilidade do profissional, apesar de alguns (30,6%) referirem o pouco tempo de atendimento para que suas queixas e dúvidas sejam expostas a contento. Também chamou a atenção a ausência de um diálogo profissional que foque nas condições de vida do usuário (74%), podendo-se inferir que há uma centralidade na queixa e na sintomatologia que é apresentada por este na hora do atendimento, desprezando aspectos que revelam seus hábitos e modos de viver, bem como a dinâmica familiar, distanciando-se de um atendimento integral. Inclusive, relacionando esses resultados com as concepções de saúde apresentadas pelos usuários, discutidas anteriormente, onde se observou dificuldade dos usuários em perceberem os aspectos sociais como importantes para sua condição de saúde, essa invisibilidade acaba sendo reforçada pelos profissionais, que acabam também não considerando tais aspectos no momento do atendimento, como se estes não fizessem parte do processo saúde-doença.

Ainda sobre isso, em estudo realizado por Ilha, Dias, Beckes e Beckes (2014) com usuários e profissionais de uma equipe da ESF, verificou-se que uma das formas de construir vínculo é reconhecendo a realidade do usuário, em suas particularidades e nuances, tendo coragem para entrar na realidade familiar de cada usuário, reconhecendo a realidade singular

e subjetiva de cada um e de sua família, devendo estas ser consideradas na elaboração de estratégias de saúde eficazes.

No que se refere às percepções dos usuários sobre a resolutividade da UBS, estas revelam certo nível de satisfação, bem como a colaboração dos usuários na adesão das medidas prescritas pelos profissionais e consequentemente na continuidade do cuidado, uma vez que indicaram realizar os exames solicitados e retornarem ao serviço para uma outra consulta, sugerindo um acompanhamento da situação de saúde destes.

Sobre essa resolutividade, para além destes aspectos que representam o êxito técnico obtido pela conduta profissional, trazendo uma resposta adequada ao usuário e recebendo em troca a sua adesão e colaboração no processo de produção do cuidado, Assis, Nascimento, Pereira e Cerqueira (2015) ressaltam que ela é também resultado da relação estabelecida entre equipe de saúde e usuário. Sendo assim, torna-se indispensável a consideração do vínculo e a qualidade do atendimento para a compreensão da resolutividade do serviço.

Já com relação às práticas de prevenção ofertadas pelos profissionais, observou-se a ineficiência ou ausência destas, pois, apesar de referirem que há recursos audiovisuais no espaço da UBS que tratam sobre prevenção, como cartazes e propagandas, além de atividades educativas, a maioria dos usuários (66,2%) referiram não serem convidados para participarem de grupos de cuidado na UBS. Essas atividades educativas referem-se a ações pontuais realizadas pelos profissionais, como em campanhas de vacinação ou sobre outras temáticas mobilizadas pelo Ministério da Saúde. Mas, em se tratando de ações mais constantes, como os grupos de cuidado, as eSF parecem ter dificuldade de organiza-las e integra-las à rotina do serviço, uma vez que requerem tempo e disponibilidade dos profissionais. Além disso, há muitas vezes, o desânimo dos profissionais em realizar esses grupos pela dificuldade de adesão da população. Apesar dessas dificuldades, Menezes e Avelino (2016) destacam a importância da realização desses grupos na atenção básica, sendo uma estratégia prática e eficiente na prevenção, promoção e educação em saúde, abrindo espaço para escuta das necessidades da população e fortalecendo o autocuidado.

Ainda verificando a avaliação que os usuários fizeram da UBS, descrita na **Tabela 11**, a mesma continuou positiva (60,8%) quando solicitados que dessem uma nota para os profissionais, refletindo mais uma vez a satisfação dos usuários quanto ao tipo de relação que é estabelecida no ato do cuidado, a qual torna-se imprescindível quando se avalia a efetivação do direito à saúde. Isto porque, conforme vem sendo discutido, os aspectos relacionais que envolvem o processo de produção do cuidado revelam como o “SUS real” acontece, ou seja,

como o “SUS do papel” é operacionalizado e como chega até o “consumidor” final, que é o usuário.

E quanto à estrutura do serviço, apesar da realidade apontar, muitas vezes, precariedade nas condições físicas dos serviços do SUS, foi bem avaliada pela maioria (52,8%), além de não ter sido prioritariamente colocada como algo que necessita ser melhorado no município, conforme resultados expostos anteriormente, revelando-se como algo secundário na percepção dos usuários desse estudo quando se referem à situação de saúde do município em que residem.

**Tabela 11 – Notas avaliativas para os profissionais e para a estrutura da UBS dada pelos usuários participantes do Estudo 1**

| <b>Avaliação</b>                      | <b>Nota</b> | <b>n</b> | <b>% (N=689)</b> |
|---------------------------------------|-------------|----------|------------------|
| <b>Equipe de profissionais da UBS</b> | 0           | 27       | 4,0              |
|                                       | 1 a 3       | 22       | 3,2              |
|                                       | 4 a 5       | 77       | 11,4             |
|                                       | 6 a 7       | 140      | 20,7             |
|                                       | 8 a 9       | 240      | 35,5             |
|                                       | 10          | 172      | 25,3             |
| <b>Estrutura da UBS</b>               | 0           | 44       | 6,5              |
|                                       | 1 a 3       | 32       | 4,7              |
|                                       | 4 a 5       | 107      | 15,9             |
|                                       | 6 a 7       | 135      | 20,0             |
|                                       | 8 a 9       | 222      | 32,9             |
|                                       | 10          | 135      | 19,9             |

Assim, pode-se perceber que, no geral, os usuários que participaram desse Estudo 1 mostram-se satisfeitos com o serviço de atenção básica ofertado nesses municípios rurais onde foram coletados os dados. Sobretudo, os dados revelaram que essa satisfação é percebida pela forma com que o cuidado é ofertado, revelando a importância maior que os usuários são à assistência recebida, ao acolhimento, à disponibilidade dos profissionais na UBS, principalmente do médico, e à resolução que é dada às suas demandas. Ou seja, apesar da falta de insumos e equipamentos de saúde nesses contextos rurais, à medida em que o acesso ao serviço é facilitado com práticas humanizadas, permitindo a criação de vínculos, o usuário se dá por satisfeito, avaliando positivamente a oferta do cuidado no âmbito do SUS, destacando, portanto, a importância das tecnologias leves na percepção dos usuários sobre a efetivação do direito à saúde.

Não obstante, ressalta-se a importância do investimento público em aspectos estruturais, permitindo melhores condições de trabalho aos profissionais de saúde, bem como a continuidade das ações através da disponibilidade de exames, medicamentos e os demais insumos necessários para a boa qualidade do cuidado. Apesar destes não se destacarem na fala dos usuários, são elementos que aparecem como importantes e, portanto, merecendo a atenção dos gestores desses municípios rurais. Para além disso, investir em profissionais, garantindo contratos de trabalho com boas condições certamente refletirá em práticas de cuidado de qualidade e, conseqüentemente, na satisfação do usuário quanto à saúde.

## **CAPÍTULO VI – ESTUDO 2: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO CONTEXTO RURAL**

### **6.1 Objetivos**

#### *6.1.1 Objetivo geral*

Investigar as vulnerabilidades e as práticas de cuidado em saúde a partir das percepções dos profissionais da atenção básica à saúde no contexto rural.

#### *6.1.2 Objetivos específicos*

- Identificar o perfil dos profissionais de saúde que trabalham na atenção básica à saúde no contexto rural;
- Conhecer as percepções que permeiam os conceitos de saúde e de SUS que os profissionais possuem;
- Investigar as percepções dos profissionais acerca das vulnerabilidades e necessidades de saúde que permeiam o contexto rural;
- Investigar as percepções dos profissionais acerca do usuário que frequenta a UBS;
- Investigar as percepções dos profissionais acerca da situação de saúde e da UBS do município em que trabalham;
- Investigar as percepções dos profissionais acerca do cuidado em saúde que eles ofertam ao usuário na UBS, incluindo as práticas de cuidado em equipe;
- Analisar as percepções dos profissionais acerca de sua satisfação com o trabalho na atenção básica à saúde no contexto rural.

### **6.2 Método**

#### *6.2.1 Caracterização do estudo*

Tratou-se de um estudo exploratório, design descritivo e analítico de caráter transversal, cujo os aspectos quantitativos e qualitativos possibilitaram a análise das vulnerabilidades e das práticas de saúde de municípios rurais a partir das percepções dos profissionais, além de subsidiar melhorias nas condições de trabalho e atendimento dos serviços.

Faz-se necessário destacar que esse Estudo 2 fora construído a partir das limitações observadas no Estudo 1, buscando-se preencher as lacunas que este não conseguiu em termos de compreensão da efetivação do direito à saúde nos municípios rurais paraibanos, desta feita a partir das percepções de outros autores envolvidos no processo de cuidado em saúde: os

profissionais de saúde. Também a partir dessas lacunas observadas, foram realizadas algumas adaptações metodológicas, sobretudo no que se refere aos instrumentos utilizados, de modo a tentar corresponder aos objetivos propostos nesse Estudo 2.

Desse modo, apenas para fins didáticos, uma vez que a coleta dos dados aconteceu de forma concomitante, optou-se por dividir esse Estudo 2 em Parte I, referente aos dados obtidos a partir do instrumento quantitativo; e Parte II, referente aos dados obtidos no instrumento qualitativo, conforme melhor será descrito nos *Instrumentos*.

### 6.2.2 População e amostra

A população geral desse estudo foi composta pelos profissionais dos serviços da ESF dos municípios considerados rurais do Estado da Paraíba, conforme já mostrado na **Tabela 1**.

Para a composição da amostra desse Estudo 2, foram listados os 37 municípios participantes do Estudo I, e foram selecionados um município representativo de cada região de saúde, totalizando 17 municípios, conforme mostra a **Tabela 12**. Ressalta-se que no Estudo I teve regiões de saúde em que a coleta aconteceu em mais de um município. Nestes casos, a seleção do município para o Estudo 2 foi feita por conveniência, considerado a acessibilidade, sobretudo a viabilidade de transporte para deslocamento das equipes de pesquisadores. Outra ressalva é que foram realizadas coletas de dados em dois municípios da 11ª Região de saúde.

**Tabela 12 – Macrorregiões e Regiões de saúde com seus municípios rurais correspondentes que compuseram a amostra do Estudo 2**

| MACRORREGIÃO DE SAÚDE (quantidade de municípios da amostra) | REGIÕES DE SAÚDE (quantidade de municípios da amostra) | MUNICÍPIOS RURAIS DA AMOSTRA |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------|
| João Pessoa (4)                                             | 1ª (1)                                                 | Sobrado                      |
|                                                             | 2ª (1)                                                 | Pilões                       |
|                                                             | 12ª (1)                                                | Caldas Brandão               |
|                                                             | 14ª (1)                                                | Mataraca                     |
| Campina Grande (6)                                          | 3ª (2)                                                 | Matinhas                     |
|                                                             | 4ª (1)                                                 | São Vicente do Seridó        |
|                                                             | 5ª (1)                                                 | São João do Cariri           |
|                                                             | 15ª (1)                                                | Barra de Santana             |
|                                                             | 16ª (1)                                                | Serra Redonda                |
| Patos (20)                                                  | 6ª (11)                                                | Vista Serrana                |
|                                                             | 7ª (6)                                                 | Olho D'Água                  |
|                                                             | 11ª (3)                                                | Água Branca e Juru           |
| Sousa (7)                                                   | 8ª (2)                                                 | Belém do Brejo do Cruz       |
|                                                             | 9ª (1)                                                 | Cachoeira dos Índios         |
|                                                             | 10ª (2)                                                | São José da Lagoa Tapada     |
|                                                             | 13ª (2)                                                | São Bentinho                 |

Após a seleção dos municípios, seguiu-se para a amostra da pesquisa, a qual foi composta por profissionais de saúde que pertenciam à equipe mínima dos serviços da ESF do município, ou seja, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, cirurgião dentista, ASB e ACS. No caso do município ter mais de um serviço da ESF, a coleta também foi realizada por conveniência, sendo coletado no total de UBS possíveis, o que correspondeu a 36 serviços. Os profissionais deste serviço foram selecionados também por conveniência, a partir da disponibilidade dos mesmos, sendo feita a coleta com todos aqueles que se dispunham a participar da pesquisa.

Assim, compondo a Parte I do estudo, teve-se um total de 122 participantes. Destes, além de responderem o questionário, 72 também realizaram a entrevista, compondo a Parte II, conforme pode ser melhor visualizado no **Tabela 13**.

**Tabela 13 – Composição amostral do Estudo 2 com total de UBS e profissionais participantes e seus respectivos municípios**

| MACRO REGIÃO   | Municípios rurais da amostra | Total de UBS local* | Total de UBS da amostra | Total de questionários (Parte I) | Total de entrevistas (Parte II) |
|----------------|------------------------------|---------------------|-------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| João Pessoa    | Sobrado                      | 3                   | 2                       | 7                                | 6                               |
|                | Pilões                       | 3                   | 3                       | 8                                | 3                               |
|                | Caldas Brandão               | 3                   | 3                       | 7                                | 4                               |
|                | Mataraca                     | 3                   | 2                       | 9                                | 7                               |
| Campina Grande | Matinhas                     | 3                   | 3                       | 4                                | 3                               |
|                | São Vicente do Seridó        | 3                   | 2                       | 3                                | 0                               |
|                | São João do Cariri           | 2                   | 1                       | 8                                | 2                               |
|                | Barra de Santana             | 7                   | 2                       | 11                               | 10                              |
|                | Serra Redonda                | 4                   | 2                       | 3                                | 0                               |
| Patos          | Vista Serrana                | 3                   | 1                       | 6                                | 6                               |
|                | Olho D'Água                  | 5                   | 2                       | 8                                | 0                               |
|                | Água Branca                  | 2                   | 2                       | 13                               | 6                               |
|                | Juru                         | 4                   | 3                       | 9                                | 3                               |
| Sousa          | Belém do Brejo do Cruz       | 4                   | 1                       | 4                                | 4                               |
|                | Cachoeira dos Índios         | 3                   | 2                       | 5                                | 2                               |
|                | São José da Lagoa Tapada     | 3                   | 3                       | 9                                | 9                               |
|                | São Bentinho                 | 3                   | 2                       | 8                                | 5                               |
| <b>TOTAL</b>   |                              | <b>58</b>           | <b>36</b>               | <b>122</b>                       | <b>70</b>                       |

\*Nota: Dados retirados de <<http://www.ubsbrasil.com/>> e complementados durante as coletas de dados.

Além disso, para esta composição final da amostra, foram adotados os seguintes critérios de exclusão:

- I) recusa a participar do estudo;
- II) ausência de informações importantes no questionário;
- III) questionários devolvidos com muitas questões em branco ou contendo respostas inválidas ou absurdas;
- IV) questionários e/ou entrevistas que tiveram interferência de outro profissional no momento de sua realização, gerando viés nas respostas do participante;
- V) entrevistas escritas pelo pesquisador, ou seja, não gravadas por falta de autorização do participante;
- VI) entrevistas que não puderam ser transcritas por dificuldade de execução no arquivo da gravação do áudio;
- VII) entrevistas parciais, ou seja, que não foram completadas;
- VIII) questionários e/ou entrevistas realizadas com profissionais que não pertenciam à equipe mínima da ESF (NASF, por exemplo).

Neste sentido, ressalta-se que, na realidade, a Parte II foi composta por 74 profissionais que se prontificaram a realizar a entrevista, porém essas quatro foram excluídas a partir dos critérios acima adotados, sendo duas de Barra de Santana, um com um profissional do NASF e a outra porque ficou incompleta; uma de São Vicente do Seridó, por dificuldade de execução do áudio; e uma de Cachoeira dos Índios, por ter sido com profissional do NASF. Quanto aos questionários, foram excluídos nove, sendo sete pelo último critério (profissionais do NASF) e dois por outros motivos (III e IV).

### 6.2.3 Instrumentos

#### 6.2.3.1 Parte I – Instrumento Quantitativo

Utilizou-se um questionário estruturado com um total de 57 questões, como consta no Apêndice C, construído a partir do instrumento utilizado no Estudo 1, sendo realizadas algumas adaptações que levaram em consideração o perfil amostral e os objetivos do Estudo 2, bem como as lacunas verificadas no Estudo 1.

Destas 57 questões, 18 apreendiam aspectos sociodemográficos e laborais a fim de melhor caracterização da amostra; e 39 questões foram divididas em quatro blocos temáticos:

- I) Concepções sobre SUS e saúde: 2 *questões*, nas quais foram utilizadas a TALP com as palavras estímulo “SUS” e “saúde”;
- II) Avaliação dos serviços de saúde do município: 5 *questões*;

III) Avaliação do serviço de atenção básica onde trabalha: 23 *questões*; e

IV) Satisfação no trabalho: 9 *questões*.

Seguindo o padrão do instrumento do Estudo 1, algumas questões foram formuladas em formato de questão aberta, dando uma maior liberdade aos participantes para se expressarem. Porém, prioritariamente utilizou-se a TALP ou, mesmo quando não utilizada uma palavra estímulo, mas sim um questionamento, priorizou-se a solicitação das duas ou três primeiras respostas que lhe viessem à mente, pois viu-se no Estudo 1 que as questões abertas davam margem para ampliar muito a resposta do participante, por vezes fugindo do tema proposto, o que dificultou a tabulação dos dados e uma compreensão do grau de importância que as elaborações textuais tinham, problema sanado com essas adaptações.

Mas, a maioria das questões eram fechadas, algumas com opções de alternativas para marcar “X” e outras elaboradas a partir de escala tipo *likert* contendo cinco pontos, variando de “nada” a “sempre”. Aqui optou-se por esse tipo de escala por ter-se percebido que a escala dicotômica utilizada no instrumento do Estudo 1 limitava a apreensão das percepções dos participantes e, conseqüentemente, a análise dos resultados.

#### **6.2.3.2 Parte II – Instrumento Qualitativo**

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, a partir de nove perguntas norteadoras, com o objetivo de apreender as percepções dos profissionais frente o cuidado em saúde no contexto rural, quais os determinantes e as demandas de saúde locais, como se dão as práticas de cuidado no serviço em que trabalha e sua avaliação, como consta no Apêndice D.

Ressalta-se que a necessidade de inclusão desse instrumento no Estudo 2 se deu, sobretudo, por ter se observado no Estudo 1 que a utilização apenas de um instrumento quantitativo foi insuficiente para uma apreensão mais acurada das percepções dos participantes. Como o Estudo 2 foi construído a posteriori do Estudo 1, foi possível realizar essas avaliações, permitindo essas adaptações e acréscimos em termos metodológicos, enriquecendo, assim, o Estudo 2.

#### **6.2.4 Procedimentos**

As seguintes providências foram tomadas para desenvolvimento do projeto:

- a) apreciação do projeto pelo Comitê de Ética;
- b) autorização formal da SES-PB para o desenvolvimento do projeto;
- c) seleção definitiva da amostra e coleta dos dados.

- d) montagem dos bancos de dados, análise descritiva dos dados, categorização das entrevistas e interpretação dos resultados;
- e) divulgação e devolução dos resultados.

Especificamente na fase de coleta dos dados, buscou-se os serviços de atenção básica do município, contatou-se o responsável, informando-o sobre os objetivos da pesquisa e solicitando o contato com os profissionais disponíveis no serviço naquele momento. Feito isto, o pesquisador (devidamente treinado) contatou os profissionais que se dispunham, os informou sobre os objetivos da pesquisa, esclarecendo que a participação era voluntária, que as informações fornecidas seriam mantidas em sigilo, não influenciando no seu trabalho e que só seriam utilizadas para fins de pesquisa. Nesse momento foi esclarecido sobre a utilização dos instrumentos, que seria aplicado um questionário (Parte I) e logo após, caso também se voluntariasse, realizada uma entrevista (Parte II), a qual seria registrada com gravador de voz. Para esta etapa de coleta de dados foi solicitado aos participantes que lessem e assinassem um TCLE (Apêndice B).

Assim, procedeu-se com a aplicação dos instrumentos a partir da disponibilidade dos profissionais, alguns optando apenas por responder o questionário, alguns preferindo que fosse feito em formato de conversa (o pesquisador perguntando e ele respondendo), mas a maioria preferindo responder sozinho, entregando-o preenchido ao pesquisador ao término. Neste caso, o pesquisador se colocava à disposição para responder quaisquer dúvidas que pudessem surgir durante a leitura.

Os profissionais que também se voluntariaram a realizar a entrevista, foram orientados a não se identificarem no momento da gravação, e foi esclarecido que a qualquer momento eles poderiam desistir. Como se tratou de uma entrevista semiestruturada, a participação do pesquisador se deu de forma efetiva, norteando-a partir das questões que foram levantadas em seu decorrer.

Ressalta-se que, em alguns municípios, houve a possibilidade de ser marcado um turno/horário para a aplicação dos questionários e realização das entrevistas, de acordo com a disponibilidade dos participantes.

Preferencialmente, a aplicação dos instrumentos se deu em uma sala reservada no próprio serviço, e foram utilizados os seguintes materiais: questionário, roteiro das entrevistas, caneta esferográfica, papel A4 e um gravador de voz (caso o profissional concordasse).

#### *6.2.5 Análise dos dados*

Referente à Parte I, os dados dos questionários foram analisados através de estatística descritiva, com a utilização de medidas de posição (Média, Mediana) e de variabilidade (Desvio Padrão, Amplitude). Para tanto, foi utilizado o software SPSS versão 18.0. Ressalta-se que, para possibilitar a inclusão no banco de dados das questões abertas e daquelas em que se utilizou a TALP, fora realizada uma categorização temática das respostas, a qual foi averiguada por três juízes com conhecimento qualificado na área. Além das análises estatísticas, também foram realizadas análises de similitude e prototípica com as evocações da TALP, utilizando-se para tanto o software Iramutech.

Já quanto ao instrumento da Parte II, que foram as entrevistas, estas foram todas transcritas e posteriormente analisadas por categorização temática, momento no qual foi feita uma análise de conteúdo a partir da proposta de Figueiredo (1993), sendo devidamente avaliada por três juízes com conhecimento e capacidade na área objeto desse estudo.

Salienta-se que todas as etapas da análise dos dados foram realizadas pela pesquisadora responsável, estando sobre ela a responsabilidade pela guarda de todo o material concernente à pesquisa.

#### *6.2.6 Aspectos éticos*

Foram considerados todos os aspectos éticos pertinentes a pesquisas envolvendo seres humanos, conforme orientações da Resolução nº 466/12, sendo inclusive submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba - CEP/CCS, com Protocolo nº 0192/16, conforme Anexo B.

Conforme já dito, houve a solicitação do TCLE dos participantes (Apêndice E), cujo modelo foi elaborado de acordo com as orientações do Conselho Nacional de Saúde. Tal documento informava os objetivos e procedimentos da pesquisa, obtendo o consentimento assinado pelos participantes; para tanto, sendo assegurado o anonimato. Neste termo também constou a informação de que o entrevistado tinha a garantia e o direito de interromper sua cooperação na pesquisa a qualquer momento, caso julgasse necessário, sem que isso provocasse qualquer tipo de prejuízo. Vale ressaltar que esta pesquisa não acarretou em nenhum risco ou prejuízo à amostra em questão.

### **6.3 Resultados e Discussão – Parte I**

#### *6.3.1 Caracterização da amostra*

**Tabela 14 – Perfil sociodemográfico dos participantes do Estudo 2**

| Tabela 14 - Perfil sociodemográfico dos participantes do Estudo 1 |                              |    |           |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------|----|-----------|
| Variável                                                          |                              | N  | % (N=122) |
| Sexo                                                              | Feminino                     | 99 | 81,1      |
|                                                                   | Masculino                    | 23 | 18,9      |
| Faixa etária                                                      | Até 29 anos                  | 27 | 22,1      |
|                                                                   | 30-49 anos                   | 80 | 65,6      |
|                                                                   | 50-59 anos                   | 10 | 8,2       |
|                                                                   | 60 anos e mais               | 5  | 4,1       |
| Macrorregião de Saúde da PB                                       | João Pessoa                  | 27 | 22,1      |
|                                                                   | Campina Grande               | 33 | 27,0      |
|                                                                   | Patos                        | 36 | 29,5      |
|                                                                   | Sousa                        | 26 | 21,3      |
| Escolaridade                                                      | Fundamental maior            | 3  | 2,5       |
|                                                                   | Médio                        | 36 | 29,5      |
|                                                                   | Técnico                      | 14 | 11,5      |
|                                                                   | Superior                     | 69 | 56,6      |
| Estado civil                                                      | Casado/Mora junto            | 71 | 58,2      |
|                                                                   | Solteiro                     | 38 | 31,1      |
|                                                                   | Separado/Divorciado          | 10 | 8,2       |
|                                                                   | Viúvo                        | 3  | 2,5       |
| Religião                                                          | Católico                     | 98 | 81,0      |
|                                                                   | Evangélico                   | 17 | 14,0      |
|                                                                   | Espírita                     | 4  | 3,3       |
|                                                                   | Sem religião                 | 2  | 1,7       |
| Religiosidade                                                     | Nada Religioso (0)           | 2  | 1,6       |
|                                                                   | Quase nada Religioso (0 a 2) | -  | -         |
|                                                                   | Pouco Religioso (3 a 5)      | 7  | 5,7       |
|                                                                   | Religioso (6 a 8)            | 66 | 54,1      |
|                                                                   | Muito Religioso (9 a 10)     | 47 | 38,5      |

Como pode ser observado, os profissionais de saúde eram em sua maioria do sexo feminino (81,1%), o que pode sinalizar a feminização do cuidado em saúde, uma vez que, historicamente o cuidado é tarefa eminentemente das mulheres, o que acaba perpassando a escolha profissional até os dias atuais, excetuando-se a profissão de médico(a), visto que denota figura de poder, de autoridade, trazendo um perfil que se encaixa culturalmente mais com a figura masculina.

Os profissionais apresentaram idades variando de 20 a 72 anos ( $M=37,1$ ;  $DP=10,2$ ), sendo observado maior número de jovens até 29 anos (22,1%) e adultos até 49 anos (65,6%), o que pode ser explicado pelo grande número de profissionais de saúde que estão sendo

atualmente formados, devido ao aumento de instituições privadas de ensino superior. Se por um lado há a ampliação do acesso à formação acadêmica; por outro, pela grande oferta de profissionais observa-se uma precarização das condições dos postos de trabalho ofertado a estes, que acabam recorrendo a concursos ou prestação de serviços em municípios menores como uma forma de conseguir entrar no mercado e ganhar experiência profissional.

Assim, ressalta-se que o fato desses profissionais estarem se deslocando para essas cidades pequenas pode ser indicativo de vários outros aspectos, uma vez que nem todos os profissionais se dispõem a trabalhar nesses contextos, o que também é reforçado pela falta de oportunidade nas cidades maiores, sobretudo na capital. Isto porque, os dados apontaram que, dos que referiram não morar na mesma cidade em que trabalham, 54% indicaram morar em grandes centros urbanos do Estado, como João Pessoa, Campina Grande, Patos e Sousa, portanto tendo que se deslocar cotidianamente para estas cidades, o que representa um desgaste na rotina do trabalhador.

Apesar da maioria ter indicado estar em relacionamento estável, boa parte da amostra apresentou a solteirice como estado civil, o que pode ser explicado pelo perfil de adultos jovens da amostra, permitindo, inclusive, a empregabilidade destes em locais onde não residem, visto que há o deslocamento cotidiano para essas cidades, o que poderia, de algum modo, ser um facilitador, por não ter uma família nuclear como impedimento para tanto.

A maioria se apresentou como sendo da religião católica, mas aqui, diferente da amostra do Estudo I que se apresentou como muito religiosos (nota de 9 a 10), os profissionais consideraram-se religiosos, atribuindo à sua religiosidade uma nota de 6 a 8. Sobre isso, vale a pena refletir sobre hábitos religiosos no contexto rural, podendo-se pensar que a população que possui um grau de instrução menor acaba tendo crenças religiosas mais fortes do que aquela com um maior grau, seguindo as tradições e os preceitos religiosos de modo mais frequente e constante, fazendo isto parte alicerçada de seu próprio modo de vida e de ser no mundo, conforme apontam alguns estudos, com destaque aos idosos (Santos, Mueller, Quadros & Bona, 2018; Abdala, Kimura; Duarte, Lebrão & Santos, 2015).

Quanto ao perfil laboral dos profissionais, segue a **Tabela 15**:

**Tabela 15 – Perfil laboral dos participantes do Estudo 2**

| Variável                |                       | N  | % (N=122) |
|-------------------------|-----------------------|----|-----------|
| <b>Cargo no Serviço</b> | Médico(a)             | 21 | 17,2      |
|                         | Enfermeiro(a)         | 32 | 26,2      |
|                         | Técnico de Enfermagem | 32 | 26,2      |

|                                                 |                      |     |      |
|-------------------------------------------------|----------------------|-----|------|
|                                                 | ACS                  | 31  | 25,4 |
|                                                 | Dentista             | 6   | 4,9  |
| <b>Tempo no Serviço</b>                         | < de 1 ano           | 24  | 19,8 |
|                                                 | 1 a 5 anos           | 32  | 26,4 |
|                                                 | 5 a 10 anos          | 17  | 14   |
|                                                 | 10 a 20 anos         | 33  | 27,2 |
|                                                 | > 20 anos            | 15  | 12,4 |
| <b>Tempo na Atenção Básica</b>                  | < de 1 ano           | 15  | 12,8 |
|                                                 | 1 a 5 anos           | 31  | 26,5 |
|                                                 | 5 a 10 anos          | 14  | 12,0 |
|                                                 | 10 a 20 anos         | 34  | 29,1 |
|                                                 | > 20 anos            | 23  | 19,7 |
| <b>Carga Horária Semanal</b>                    | Até 30h              | 21  | 17,4 |
|                                                 | 40h                  | 100 | 82,6 |
| <b>Quantidade de dias na semana trabalhados</b> | 3 dias               | 6   | 4,9  |
|                                                 | 4 dias               | 30  | 24,6 |
|                                                 | 5 dias               | 86  | 70,5 |
| <b>Trabalha em outro local</b>                  | Não                  | 82  | 67,8 |
|                                                 | Sim, nesta cidade    | 14  | 11,6 |
|                                                 | Sim, em outra cidade | 25  | 20,7 |
| <b>Reside e trabalha na mesma cidade</b>        | Sim                  | 72  | 58,7 |
|                                                 | Não                  | 50  | 41,3 |

Aponta-se que, apesar da maioria dos profissionais entrevistados terem curso superior (56,6%), como demonstrado na **Tabela 14**, 8,3% destes ocupam um cargo de nível médio ou técnico na UBS em que trabalha, já que apenas 48,3% da amostra era formada de médicos, enfermeiros e dentistas. Aqui, observam-se dois aspectos: o primeiro podendo indicar a busca por um aperfeiçoamento e uma profissionalização dos trabalhadores da saúde, os quais mostram interesse em melhorar seu processo de trabalho, galgar outros empregos e consequentemente suas condições salariais; e, em contrapartida, o segundo aspecto é que pode se tratar de profissionais que não conseguiram entrar no mercado de trabalho através de sua formação profissional a nível superior e acabaram tendo que se enquadrar em funções que exigem um nível de escolaridade menor.

Considerando mais de 5 anos de trabalho como sendo um bom tempo, destaca-se que a maioria tinha um bom tempo de trabalho no atual serviço (53,6%), bem como na atenção básica (60,8%), podendo sinalizar a permanência deles nesse posto de trabalho pela identificação destes com a atenção básica à saúde, o que foi corroborado nas entrevistas. A maioria referiu carga horária semanal de 40h, trabalhando os cinco dias da semana, apesar de

muitos, sobretudo os médicos, referirem não cumprir as 40h, indo trabalhar três ou quatro dias semanalmente. Inclusive, dos seis que indicaram trabalhar apenas três dias na semana, quatro eram médicos. A maioria também referiu não trabalhar em outro local, dedicando-se exclusivamente para aquela atividade. Dos que referiram ter outro trabalho, maioria médicos e enfermeiros, indicaram se tratar de serviços vinculados à atenção terciária, sobretudo hospitalares, com regime de plantão noturno e/ou em fins de semana, dando, assim, para conciliar com o trabalho na UBS.

### 6.3.2. Percepções e vulnerabilidades em saúde

#### 6.3.2.1 Concepções sobre saúde e SUS

A partir da TALP com a palavra estímulo *saúde*, sendo solicitadas três evocações, estas foram analisadas e categorizadas considerando o modelo teórico da V&DH, ou seja, com bases nos níveis de vulnerabilidades propostas por este. Na Tabela foram apresentados: o quanto as palavras foram apresentadas em cada evocação dos profissionais; uma média dessa apresentação; e o quanto cada dimensão foi citada pelo total de participantes.

**Tabela 16 – Conceitos de saúde dos profissionais participantes do Estudo 2 a partir do quadro conceitual da V&DH**

| DIMENSÕES DA V&DH | CATEGORIAS                  | %    |      |      | % Média | % Total (N=122) |
|-------------------|-----------------------------|------|------|------|---------|-----------------|
|                   |                             | Ev1  | Ev2  | Ev3  |         |                 |
| INDIVIDUAL        | bem estar                   | 30,6 | 13,6 | 15,5 | 19,9    | 41,5            |
|                   | ausência de doença          | 7,4  | 5,1  | 2,7  | 5,1     |                 |
|                   | compromisso                 | 6,6  | 5,1  | 2,7  | 4,8     |                 |
|                   | importante                  | 11,6 | 11,0 | 7,3  | 10,0    |                 |
|                   | vida                        | 1,7  | 2,5  | 0,9  | 1,7     |                 |
| SOCIAL            | condições/qualidade de vida | 2,5  | 5,9  | 7,3  | 5,2     | 5,2             |
| PROGRAMÁTICA      | cuidado                     | 9,1  | 23,7 | 28,2 | 20,3    | 54              |
|                   | direito                     | 9,1  | 5,9  | 10,9 | 8,6     |                 |
|                   | medicação                   | 0,8  | 3,4  | 0,9  | 1,7     |                 |
|                   | melhorias                   | 12,4 | 15,3 | 11,8 | 13,2    |                 |
|                   | prevenção                   | 5,8  | 6,8  | 3,6  | 5,4     |                 |
|                   | profissionais de saúde      | 2,5  | 0,8  | 4,5  | 2,6     |                 |
|                   | serviços                    | -    | 0,8  | 3,6  | 2,2     |                 |

Como pode ser visto, a dimensão mais presente ao se falar em *saúde* com os participantes desse Estudo 2 é a programática (54%), evidenciando o “lugar” de onde eles falam, que é de um profissional de saúde, um trabalhador da saúde pública, diferente dos usuários do Estudo 1, que evidenciaram mais a dimensão individual. Ao mesmo tempo,

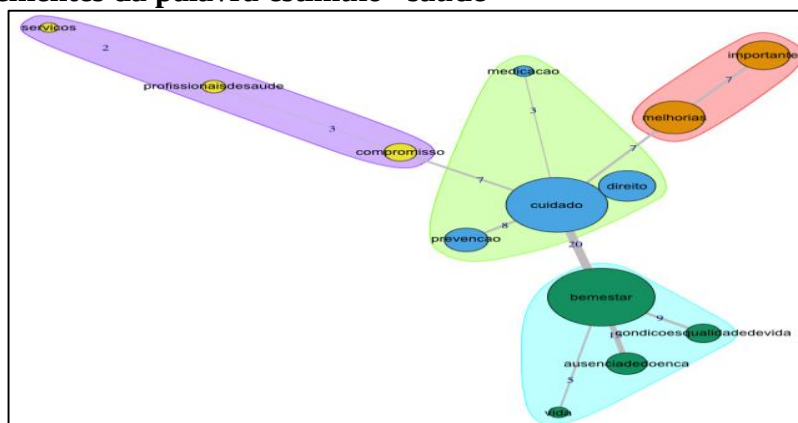
observa-se que há uma referência dos profissionais a esta dimensão (41,5%), os quais enfatizaram a saúde enquanto *bem estar*, denotando uma visão mais holística, integral; além de enfatizar percepções amplas que remetem à representatividade da saúde para eles, como sendo *importante* e, até mesmo, um *compromisso* para tais.

Verifica-se que em ambos os estudos os aspectos sociais não se apresentaram de forma tão evidente ou explícita, como se estes não fossem considerados tão importantes ao se pensar em saúde, como se esta não estivesse ligada a fatores sociais e, por isso, não sendo necessários investimentos em gastos públicos concernentes a estes para que haja uma melhora daquela. Apesar disso, destaca-se que estes aspectos sociais que acabam ficando, por vezes, invisibilizados, estão envolvidos diretamente com o processo saúde-doença, permeando-o em todos os sentidos, sendo arbitrário não considerá-los.

Como destacam Vieira e Benevides (2016), o direito à saúde vai além do acesso e da oferta de serviços médicos e hospitalares, mas perpassa o contexto social e econômico que determinam e condicionam o bem estar e a saúde da população – alimentação, saneamento básico, moradia, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso a bens e serviços essenciais –, sendo, portanto, necessário que no Estado proveja políticas econômicas e sociais que garantam esse direito.

Também para melhor compreensão das percepções que norteiam o conceito de saúde que estes profissionais possuíam, seguem as análises de similitude e prototípica das evocações provenientes da palavra estímulo *saúde*, conforme podem ser vistas nas **Figuras 2 e 3**:

**Figura 2 – Análise de similitude com as evocações dos profissionais participantes do Estudo 2 provenientes da palavra estímulo “saúde”**



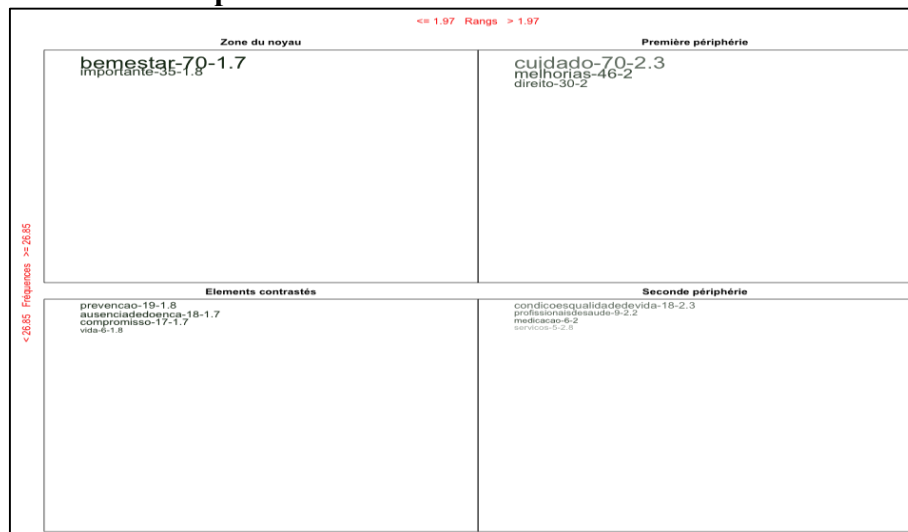
Fonte: Software Iramutech

Como pode ser observado, as palavras *cuidado* e *bem estar* aparecem mais evidentes, estando a primeira ligada às palavras *direito*, *prevenção* e *medicação*, denotando a ênfase nos

aspectos programáticos; e a segunda estando ligada às *condições e qualidade de vida, ausência de doença e vida*, ilustrando aspectos mais sociais e individuais que envolvem a saúde. Dando a ênfase aos aspectos programáticos, essa análise confirma percepções voltadas ao aspecto profissional destes participantes, levando a conceberem a saúde a partir do papel institucional que exercem.

Apesar disso, a análise prototípica apresentada na **Figura 3** mostra que a centralidade das percepções destes profissionais está nas palavras *bem estar* e *importante*, as quais foram mais prontamente evocadas, enquanto que *cuidado*, *melhorias* e *direito* compõem essas percepções a nível periférico. Ou seja, apesar dos aspectos programáticos aparecerem com mais frequência nas evocações dos participantes, são os aspectos individuais que balizam suas percepções acerca da saúde, seja a partir de uma visão mais holística e integral, como propõe a palavra *bem estar*, o que acaba perpassando as demais dimensões (social e programática), seja refletindo os seus valores e crenças pessoais e profissionais, colocando-a como “importante”.

**Figura 3 – Análise prototípica com as evocações dos profissionais participantes do Estudo 2 provenientes da palavra estímulo “saúde”**

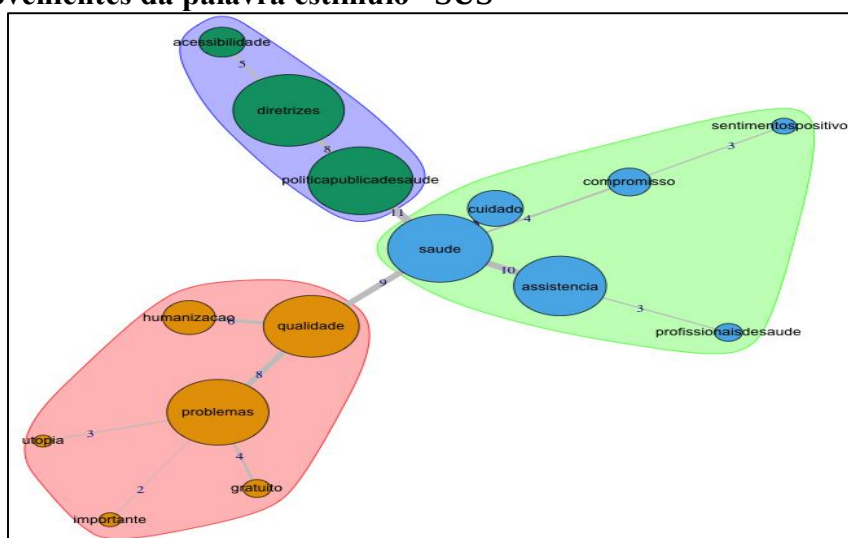


**Fonte:** Software Iramutech

Já a partir da palavra *SUS*, a qual pela sua característica traz apenas o aspecto programático como foco das percepções, optando-se, por isso, por não apresentar a tabela com as porcentagens das evocações, mas apenas a análise de similitude que já ilustra bem tais percepções, observou-se a evidência das palavras *saúde*, a qual está ligada à oferta do cuidado e à assistência prestada pelos profissionais de saúde; *política pública de saúde*, ligada às diretrizes que a norteiam, bem como a sua acessibilidade; e *qualidade*, a qual está atrelada à

humanização, mas também, e em contrapartida, aos problemas enfrentados, os quais foram atrelados ao fato do SUS ser gratuito e, ao mesmo tempo, uma utopia, apesar de importante. Aqui remonta-se à idealização e consequente descrédito do “SUS do papel” até mesmo por parte dos profissionais de saúde que compõem essa política, levando a refletir sobre a operacionalização desse direito previsto constitucionalmente.

**Figura 4 – Análise de similitude com as evocações dos profissionais participantes do Estudo 2 provenientes da palavra estímulo “SUS”**

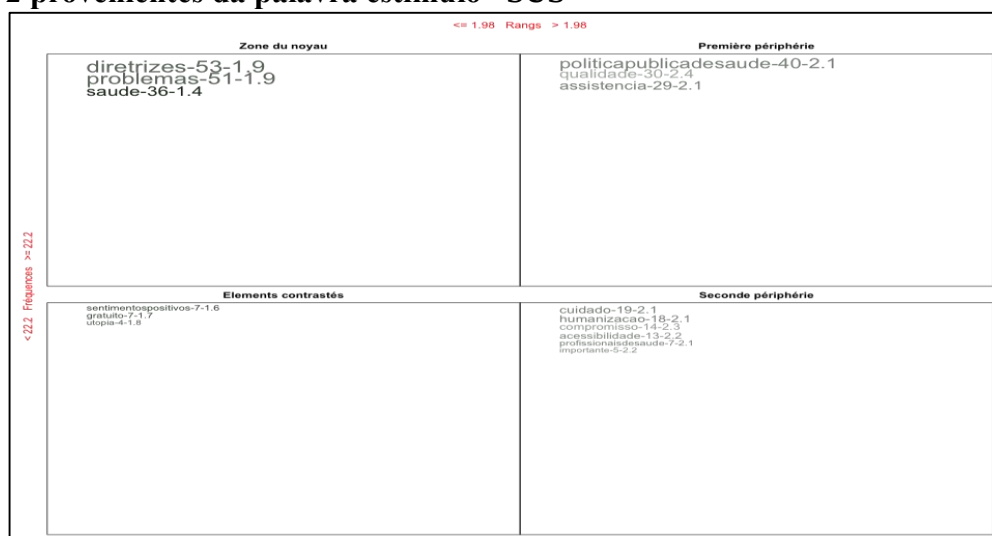


**Fonte:** Software Iramutech

Chamou a atenção o fato da palavra *saúde* ter aparecido com tanta evidência quando falada a palavra *SUS* enquanto que esta nem apareceu nas evocações da palavra estímulo *saúde*, conforme visto nos resultados. Apesar das percepções acerca da saúde terem sido predominantemente marcadas pela dimensão programática, o SUS enquanto uma política de operacionalização do direito à saúde não apareceu na fala dos profissionais, podendo sinalizar, mais uma vez, o possível descrédito neste.

Apesar disso, como pôde ser observado na **Figura 4**, ao apresentar a palavra *saúde* em similitude com as palavras *cuidado* e *assistência* isto pode ser representativo da própria prestação de serviços no âmbito do SUS. Dito de outro modo, pode-se inferir que apesar dos profissionais não terem falado diretamente sobre o SUS, o percebem como um “lugar” onde o cuidado é ofertado, onde vínculos são estabelecidos, apontando as tecnologias leves como norteadoras na efetivação da saúde enquanto um direito e sendo representativas do “SUS vivo”, uma vez que *qualidade* se apresentou em similitude à *humanização*.

**Figura 5 – Análise prototípica com as evocações dos profissionais participantes do Estudo 2 provenientes da palavra estímulo “SUS”**



**Fonte:** Software Iramutech

Em contrapartida, apesar de se pensar nesse SUS enquanto uma política pública de saúde, porém em um nível mais periférico das percepções; a palavra *diretrizes*, além de prontamente evocada, ocupa lugar central nas percepções desses profissionais, o que pode remeter aos princípios da universalidade, integralidade e equidade propostos por sua legislação que configuram-se como um norte para a atuação profissional no âmbito da saúde pública. Porém, os *problemas* também ocupam essa centralidade, destacando os possíveis entraves e dificuldades que são encontrados por esses profissionais no cotidiano do seu trabalho e conseqüentemente na efetivação dessa política.

### 6.3.2.2 Avaliação da situação de saúde do município

Passando para a avaliação da situação de saúde do município, apesar da resistência de alguns profissionais em responderem essas questões, inclusive verbalizando sobre o temor de represália política, questão que será melhor abordada na Parte II (entrevistas), obteve-se os seguintes resultados:

**Tabela 17 – Avaliação dos serviços de saúde do município realizada pelos profissionais participantes do Estudo 2**

| Variável                                   | N     | % (N=122) |
|--------------------------------------------|-------|-----------|
| Nota para o atendimento em saúde da cidade | 0     | 0,9       |
|                                            | 1 a 3 | 2,6       |
|                                            | 4 a 5 | 13,0      |
|                                            | 6 a 7 | 14,8      |
|                                            | 8 a 9 | 58,3      |

|                           | 10                           | 12  | 10,4 |
|---------------------------|------------------------------|-----|------|
| <b>Na cidade tem...</b>   | Hospital                     | 46  | 37,7 |
|                           | Médico diariamente           | 74  | 60,7 |
|                           | Equipamentos/exames          | 69  | 56,6 |
|                           | CAPS                         | 59  | 48,4 |
|                           | NASF                         | 102 | 83,6 |
|                           | Assistência Privada          | 43  | 35,2 |
|                           | Outros equipamentos de saúde | 21  | 17,2 |
| <b>Na cidade falta...</b> | Médico                       | 8   | 6,6  |
|                           | Rede especializada/exames    | 29  | 23,8 |
|                           | Hospital                     | 19  | 15,6 |
|                           | Outros                       | 20  | 16,3 |
|                           | Nada/Não respondeu           | 46  | 37,7 |

A avaliação da situação de saúde do município foi positiva, uma vez que 68,7% dos profissionais deram uma nota igual ou maior que oito, mostrando um nível de satisfação maior quando comparados com os usuários do Estudo 1 (44,4%). Inclusive, quando observada a nota zero, verifica-se que, enquanto apenas 1 profissional a atribuiu, em se tratando dos usuários esse número sobe para 8,1% (N=55), confirmando que, de fato, os usuários mostram-se menos satisfeitos com o cuidado em saúde ofertado no município do que os profissionais. Por um lado, isso pode sinalizar que, por serem os “consumidores” finais, os usuários acabam tendo um olhar mais apurado e crítico sobre a saúde local; enquanto que, por outro, os profissionais, por fazerem parte daqueles que ofertam o serviço, acabam viesando sua avaliação de modo que o seu trabalho não seja desqualificado.

Ao serem indagados sobre o que falta na saúde do município, diferente dos usuários que, nesse momento, ressaltaram a ausência do médico como sendo uma queixa e, ao mesmo tempo, uma solicitação; os profissionais ressaltaram a rede especializada como sendo mais importante, incluindo a oferta de exames, mostrando insatisfação quanto à ausência de equipamentos de saúde a nível secundário (23,8%) e terciário (15,6%). Neste sentido, observa-se que a ausência desses equipamentos de saúde que possam dar algum tipo de suporte à atenção básica acaba sendo um dos entraves para a continuidade do cuidado ofertado na UBS, limitando a atuação profissional. Na maioria desses municípios, os usuários ficam dependentes da disponibilidade de transporte por parte da gestão para leva-los a municípios circunvizinhos ou para a capital para que sejam realizadas consultas com profissionais especializados, exames e procedimentos mais complexos, limitando o acesso à

saúde, uma vez que nem sempre esse transporte é facilitado. Tais questões foram melhor explicitadas nas entrevistas, as quais serão discutidas mais adiante.

Os outros aspectos citados como ausentes no município (16,3%) diziam respeito à estrutura dos serviços, transporte, além de aspectos subjetivos, como acolhimento, melhor gestão, entre outros. Apesar disso, boa parte dos profissionais (37,7%) deixaram essa questão em branco, podendo sinalizar uma possível satisfação quanto ao que o município já oferece de cuidado em saúde para a população, o que foi melhor investigado nas entrevistas.

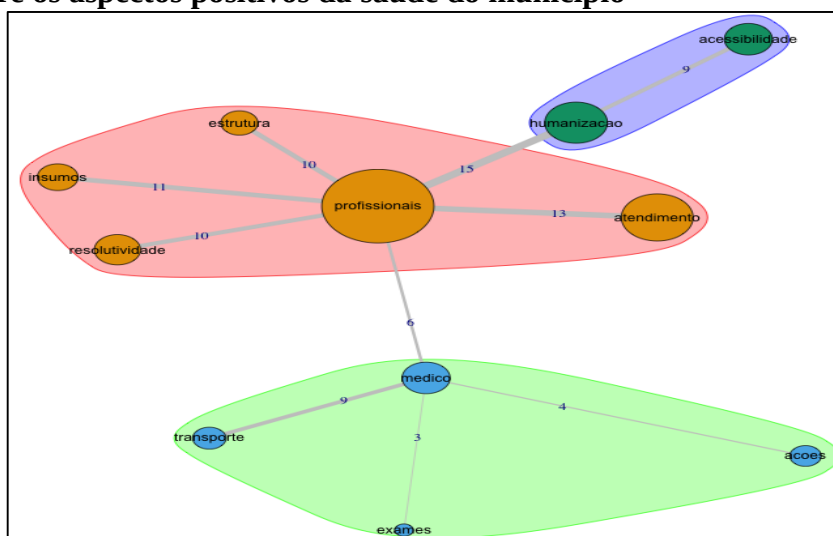
Sobre o que há disponível na cidade, destaca-se as equipes NASF enquanto um dispositivo de ampliação do cuidado presente nesses municípios, possibilitando um olhar interdisciplinar e o matriciamento dos casos. Conforme apontam Duarte, Falcão e Beltrão (2017), o suporte clínico-assistencial e técnico-pedagógico dado pelo NASF às eSF contribuem com intervenções que aumentam a capacidade resolutiva dessas equipes, inclusive sendo uma forma de romper com o modelo biomédico e reforçar a lógica de um cuidado integral. Apesar disso, na realidade o que se observa da atuação do NASF nesses municípios rurais é o predomínio de um cuidado clínico individual, distanciando-se da proposta de ser um suporte para a eSF e aproximando-se mais de um cuidado a nível secundário, especializado, conforme pôde ser observado durante a coleta de dados.

Apesar da maioria dos profissionais assinalarem a presença de CAPS no município (50,4%), certamente os profissionais estavam se referindo a ter um suporte de algum serviço deste em alguma cidade circunvizinha, uma vez que, quando melhor investigado, verificou-se que a maioria dos municípios pesquisados não contavam com esse serviço, mas, na verdade, contava com uma referência em município bem próximo. O mesmo ocorre com relação à presença de equipamentos/exames, os quais podem estar se referindo a exames simples que o município oferece; e rede hospitalar, podendo estar se referindo a serviços de pronto atendimento que alguns municípios oferecem e que acaba se configurando como uma representação do nível de atenção terciária para os profissionais da atenção básica.

Continuando com essa avaliação da situação de saúde do município, quando solicitados a elencarem três aspectos positivos, tanto na análise de similitude (**Figura 6**), quanto na prototípica (**Figura 7**), os profissionais apontaram os recursos humanos como sendo um elemento muito importante ao se pensar nos aspectos positivos que a saúde pública do município oferta, sobretudo ressaltando os próprios *profissionais*, que aparecem em similitude às palavras *atendimento* e *resolutividade*, sinalizando a importância destes no processo de produção do cuidado em saúde. Destaca-se que esse *atendimento* é o que aparece na centralidade de suas percepções ao se avaliar positivamente essa saúde local, reforçando a

ideia de que são as práticas cotidianas que garantem a oferta do cuidado, que configura o “SUS vivo”, fazendo o “SUS real” acontecer.

**Figura 6 – Análise de similitude com as evocações dos profissionais participantes do Estudo 2 sobre os aspectos positivos da saúde do município**

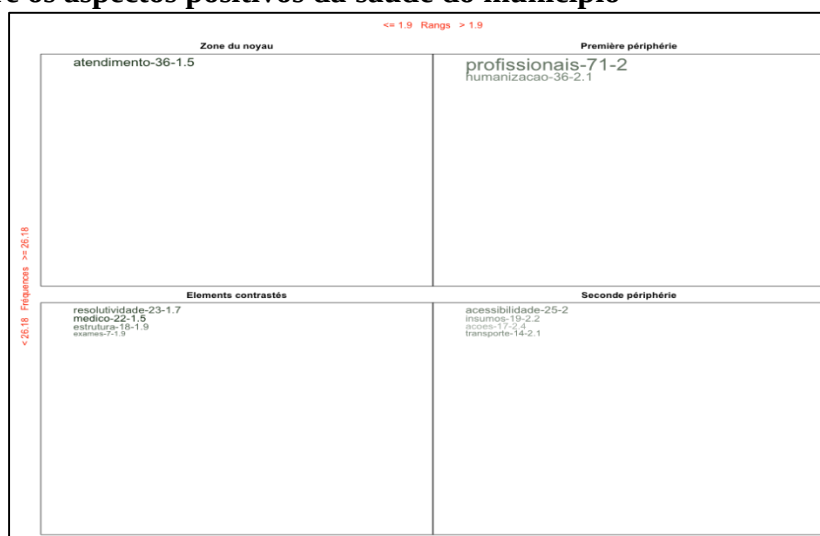


Fonte: Software Iramutech

Por sua vez, corroborando com tais percepções dos profissionais, a palavra *humanização*, que aparece periféricamente mas não menos importante no núcleo destas, aparece ligada à *acessibilidade* do serviço, destacando mais uma vez que os aspectos relacionais, subjetivos e simbólicos que permeiam o cuidado em saúde apresentam-se como imprescindíveis na garantia de um serviço de qualidade, sendo estes aspectos considerados como positivos na saúde local.

Aponta-se que, apesar da figura do médico aparecer nas evocações dos profissionais, além de em outros momentos desse Estudo 2 como sendo importante para a oferta do cuidado, este não aparece no núcleo das percepções dos respondentes ao se pensar nos aspectos positivos da saúde local, sinalizando que, apesar de sua relevância, o cuidado de qualidade depende de outros fatores que não desse profissional apenas, deslocando, inclusive, a importância para os demais profissionais da equipe de saúde.

**Figura 7 – Análise prototípica com as evocações dos profissionais participantes do Estudo 2 sobre os aspectos positivos da saúde do município**



**Fonte:** Software Iramutech

Já no que diz respeito aos aspectos negativos, a partir da análise prototípica (**Figura 8**) observa-se que na centralidade das percepções dos profissionais encontram-se aspectos que remetem à gestão da saúde pública, ou seja, à administração política local, sendo citadas a falta de *insumos*, a ausência de *transporte* para dar um suporte aos pacientes e até mesmo no deslocamento dos profissionais para áreas de difícil acesso, a falta de mais *investimentos* de modo a garantir a qualidade do serviço e a dificuldade do trabalho em *rede*, ou seja, criação de parcerias com outros serviços, seja de saúde ou de outras áreas.

**Figura 8 – Análise prototípica com as evocações dos profissionais participantes do Estudo 2 sobre os aspectos negativos da saúde do município**



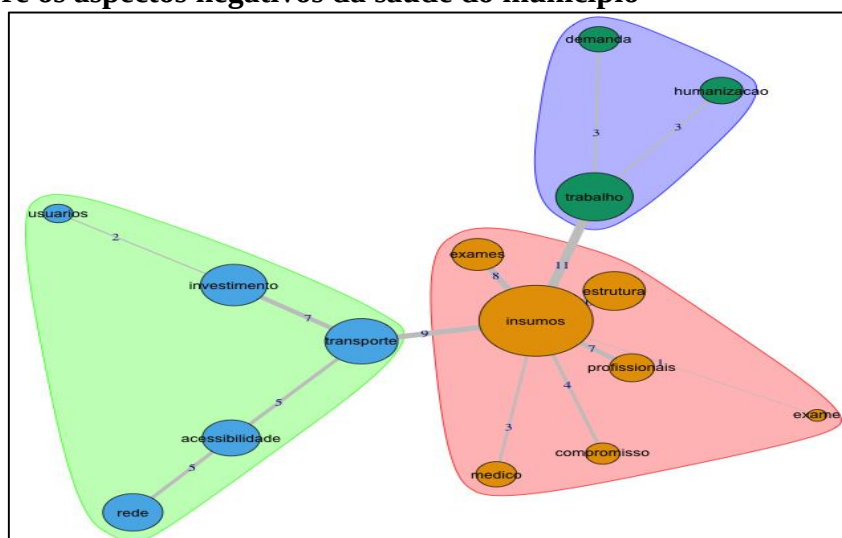
**Fonte:** Software Iramutech

Complementarmente, também configurando essas percepções, foram citados como aspectos negativos questões a nível organizacional, representadas pelo *trabalho*, sendo aqui citadas questões que dizem respeito à carga horária, à baixa remuneração, à falta de incentivos, valorização e capacitação profissional, entre outros; bem como a *estrutura* da UBS, sendo citadas as precárias condições para o bom funcionamento do serviço.

É importante ressaltar que a palavra *trabalho* aparece em similitude à *humanização*, conforme pode ser visto na **Figura 9**, apontando que aspectos organizacionais, como as condições de trabalho e o modo como este se processa, podem interferir diretamente nos aspectos relacionais, ou seja, na oferta de um cuidado humanizado. Bem como está relacionada à palavra *demanda*, o que pode-se inferir o nível de insatisfação desses trabalhadores quanto à falta de reconhecimento mediante a alta demanda que precisam dar conta nesses serviços de saúde, os quais devem garantir a saúde do município.

Sobre isso, a literatura destaca que precárias condições de trabalho no contexto da atenção básica podem gerar entraves na sensibilização dos profissionais para transformarem suas práticas e ofertarem um bom acolhimento aos usuários (Mitre, Andrade & Cotta, 2012). Segundo eles, o excesso de demanda e a falta de profissionais na composição da equipe de saúde, por exemplo, geram sobrecarga de trabalho, cansaço e estresse nos trabalhadores, interferindo diretamente na qualidade do cuidado ofertado.

**Figura 9 – Análise de similitude com as evocações dos profissionais participantes do Estudo 2 sobre os aspectos negativos da saúde do município**



**Fonte:** Software Iramutech

Também destaca-se enquanto aspecto negativo na saúde do município a ausência de *insumos* a qual assemelha-se à dificuldade na realização de *exames*, à falta de *estrutura* dos

serviços, a ausência de *profissionais*, de *médico* e também de *compromisso*. Ou seja, não apenas nesse agrupamento, mas nos demais apresentados na **Figura 9**, questões que dizem respeito ao gerenciamento do serviço, a aspectos organizacionais que incluem a gestão municipal e a gestão da própria UBS aparecem em similitude com questões mais subjetivas e simbólicas, permeando a oferta do cuidado em saúde e, conseqüentemente, a garantia do direito à saúde.

### 6.3.2.3 Avaliação do serviço de atenção básica à saúde onde trabalha

Especificamente em relação à UBS onde trabalha, a avaliação realizada pelos profissionais de saúde no geral apresentou-se bem satisfatória. Aqui está se considerando como uma avaliação positiva as respostas “muito” e “sempre”; mediana “às vezes”; e negativa “nunca” e “pouco”.

**Tabela 18 – Avaliação do serviço de atenção básica à saúde do município realizada pelos profissionais participantes do Estudo 2**

| ITENS AVALIADOS                                                                                                           | % (N=122) |       |          |       |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|----------|-------|--------|
|                                                                                                                           | Nunca     | Pouco | Às vezes | Muito | Sempre |
| ORGANIZAÇÃO                                                                                                               |           |       |          |       |        |
| Tem todos os medicamentos necessários para os usuários?                                                                   | 8,3       | 20,8  | 31,7     | 24,2  | 15,0   |
| Tem todos os equipamentos/materiais/insumos necessários ao atendimento dos usuários?                                      | 6,6       | 29,5  | 17,2     | 17,2  | 29,5   |
| Os exames solicitados aos usuários são disponibilizados?                                                                  | 8,2       | 13,1  | 23,0     | 20,5  | 35,2   |
| Tem os profissionais de saúde adequados ao atendimento dos usuários?                                                      | 1,6       | 7,4   | 9,0      | 16,4  | 65,6   |
| VÍNCULO E ATENDIMENTO                                                                                                     |           |       |          |       |        |
| Você acha que os usuários são bem recebidos pelos profissionais de saúde deste serviço?                                   | -         | 2,5   | 16,5     | 27,3  | 53,7   |
| Você sente que entende o que o usuário quer dizer?                                                                        | -         | 0,8   | 14,8     | 29,5  | 54,9   |
| Você sente que o usuário entende as explicações que você dá?                                                              | -         | 4,1   | 22,1     | 30,3  | 43,4   |
| Você explica sobre os medicamentos/orientações que passa?                                                                 | -         | -     | 6,6      | 13,9  | 79,5   |
| Você pede informações sobre as condições de vida e da família do usuário durante a oferta do cuidado?                     | 0,8       | 2,5   | 23,0     | 14,8  | 59,0   |
| Você sente que o tempo é suficiente para o usuário explicar bem as suas preocupações e tirar as suas dúvidas?             | 1,6       | 12,3  | 27,0     | 18,9  | 40,2   |
| Quando o usuário retorna ao serviço de saúde com os exames feitos, ele é examinado pelo mesmo profissional que solicitou? | -         | -     | 32,0     | 13,9  | 54,1   |
| Você acha que os usuários se sentem rejeitados                                                                            | 56,2      | 20,7  | 17,4     | 2,5   | 3,3    |

|                                                                                                                      |      |      |      |      |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|
| pelos profissionais deste serviço de saúde?                                                                          |      |      |      |      |      |
| Você acha que os usuários sentem vergonha em falar sobre seus problemas com os profissionais de saúde deste serviço? | 32,2 | 13,2 | 42,1 | 6,6  | 5,8  |
| RESOLUTIVIDADE                                                                                                       |      |      |      |      |      |
| Os usuários costumam fazer os exames solicitados?                                                                    | 1,7  | 1,7  | 22,3 | 34,7 | 39,7 |
| Os usuários costumam retornar ao serviço quando o profissional que o atendeu solicita esse retorno?                  | 0,8  | 3,3  | 18,2 | 20,7 | 57,0 |
| Os problemas do usuário são resolvidos nesse serviço de saúde?                                                       | 0,8  | 7,6  | 55,5 | 23,5 | 12,6 |
| REFERÊNCIA/CONTRA REFERÊNCIA                                                                                         |      |      |      |      |      |
| Há uma articulação entre este serviço e os demais serviços da rede (ex: média e alta complexidade)?                  | 5,3  | 8,8  | 26,5 | 10,6 | 48,7 |
| Com que frequência este serviço encaminha usuários para outros serviços da rede de saúde?                            | -    | 10,6 | 26,5 | 30,1 | 32,7 |
| Quando encaminha/referência algum usuário para outro serviço da rede, costuma receber um retorno deste serviço?      | 25,0 | 18,8 | 24,1 | 11,6 | 20,5 |
| PREVENÇÃO                                                                                                            |      |      |      |      |      |
| Você já convidou usuários a participar de grupos sobre saúde neste serviço de saúde?                                 | 11,5 | 5,7  | 18,0 | 20,5 | 44,3 |
| Existem propagandas/campanhas/trabalhos educativos no serviço de saúde?                                              | 3,3  | 9,0  | 20,5 | 23,8 | 43,4 |

Como pode ser visto, os profissionais avaliaram positivamente a oferta do cuidado em saúde na UBS em todos os itens, inclusive em sua maioria afirmando a disponibilidade de insumos, exames e medicamentos suficientes para atender a demanda da população, além do bom vínculo e atendimento aos usuários. Lembrando que, acerca da disponibilidade dos medicamentos, a avaliação dos usuários do Estudo 1 foi um pouco diferente, a maioria (58,7%) referindo não haver essa disponibilidade na UBS.

Outro aspecto que foi apresentada diferença na avaliação diz respeito ao fato da maioria dos usuários (74%) terem afirmado que o profissional não solicitou informações sobre suas condições de vida durante a consulta, bem como convite para participar de espaços em grupos (66,2%). Porém, as respostas dos profissionais sinalizam o contrário, os quais informaram que solicitam sim essas informações (73,8%) e já convidaram os usuários a participarem de grupos de cuidado em saúde (64,8%).

Tais discrepâncias podem sinalizar, por um lado, falhas na efetividade da comunicação entre usuário e profissional; e, ao mesmo tempo, as diferenças perceptivas entre um e outro, sendo inevitavelmente diferente o modo como um e outro percebem o diálogo, as necessidades de saúde e a própria oferta do cuidado. Conforme destacam Villa, Aranha, Silva e Flôr (2015), os saberes dos usuários diferem dos do profissional o que, muitas vezes, faz com que aqueles se sintam inibidos ou numa posição desprivilegiada na relação de cuidado,

fazendo com que se sinta não compreendido ou, até mesmo, não ouvido em suas reais demandas. Essa relação de saber-poder, culturalmente instituída, prejudica o ato comunicativo no processo de produção do cuidado, podendo produzir um distanciamento e uma total desatenção por parte do profissional para com os aspectos psicossociais do usuário (Villa, Aranha, Silva & Flôr, 2015).

Sobre a resolutividade da UBS, a maioria dos profissionais (55,5%) não avaliaram nem positiva nem negativamente, indicando que “às vezes” o serviço consegue resolver os problemas dos usuários. Em contrapartida, os usuários indicaram que seus problemas são resolvidos na UBS (70,4%), o que pode sinalizar o quanto os profissionais muitas vezes se sentem limitados em sua atuação, deixando-os insatisfeitos com a resolução das demandas dos usuários que chegam até o serviço, incluindo os possíveis encaminhamentos que são dados.

Sobre estes, verificou-se uma avaliação negativa (43,8%) dos profissionais quanto à referência e contra referência no que diz respeito a receber um retorno do serviço ao qual o usuário foi encaminhado. O que se observa é que esse trabalho em rede sempre mostra-se deficitário no âmbito do SUS, sobretudo na atenção básica, conforme também aponta o estudo realizado por Rodrigues et al. (2014), o qual também indicou que uma das fragilidades da ESF é o precário funcionamento do mecanismo de referência e contra referência e a deficiência nos processos comunicacionais entre os profissionais da rede de atenção.

Aqui nesse estudo, tendo em vista o contexto rural, essa dificuldade certamente aumenta por se tratar de um território em que a saúde pública é constituída apenas de serviços de atenção básica, tendo que haver uma comunicação com serviços de municípios circunvizinhos ou da capital, onde há atenção secundária e terciária. Neste caso, a rede de atenção, que deveria ser fortalecida, acaba se tornando ainda mais fragilizada pela distância entre os serviços, pela ausência de mecanismos e ferramentas de comunicação eficazes, como telefone, internet, entre outros, dependendo apenas do usuário como portador de informações.

Seguindo com a avaliação da UBS, quando solicitados a dar notas para sua equipe de trabalho e para a estrutura do serviço, os profissionais apresentaram as seguintes respostas:

**Tabela 19 – Notas avaliativas para a equipe e para a estrutura das UBS dadas pelos profissionais participantes do Estudo 2**

| Variável                       | Nota  | N  | % (N=689) |
|--------------------------------|-------|----|-----------|
| Equipe de profissionais da UBS | 0     | -  | -         |
|                                | 1 a 3 | 1  | 0,8       |
|                                | 4 a 5 | 1  | 0,8       |
|                                | 6 a 7 | 11 | 9,0       |

|                         |       |    |      |
|-------------------------|-------|----|------|
|                         | 8 a 9 | 68 | 55,7 |
|                         | 10    | 41 | 33,6 |
| <b>Estrutura da UBS</b> | 0     | 1  | 0,8  |
|                         | 1 a 3 | 3  | 2,5  |
|                         | 4 a 5 | 13 | 10,7 |
|                         | 6 a 7 | 17 | 13,9 |
|                         | 8 a 9 | 61 | 50   |
|                         | 10    | 27 | 22,1 |

Destaca-se a ótima avaliação que os profissionais fizeram de suas equipes (89,3%) e da estrutura do serviço (72,1%), atribuindo notas iguais ou maiores que oito, o que fora corroborado mas, ao mesmo tempo, contestado em outros momentos desse Estudo 2, conforme será visto nos resultados das entrevistas.

Tais contradições apontam para uma desejabilidade social no momento da aplicação dos instrumentos, tendo em vista que tratam-se de funcionários públicos, muitos não estabilizados, ou seja, prestadores de serviço, que acabam tendo medo de perder seus empregos e, por isso, receosos de responderem algo que pudesse lhe prejudicar, principalmente fazer críticas ao serviço, apesar da garantia do sigilo e do anonimato da pesquisa.

Apesar disso, esses resultados podem também corresponder às reais percepções dos profissionais acerca do serviço que, apesar de algumas dificuldades quanto à disponibilidade de insumos e materiais necessários para uma boa oferta do cuidado, possuem uma estrutura mínima que permite que os atendimentos sejam realizados de forma eficaz tendo em vista a realidade desses contextos rurais. Ou seja, apesar de, conforme pôde ser observado durante a coleta dos dados, em muitos municípios a UBS não possuir a ambiência ideal para garantir um atendimento de maior qualidade e condições de trabalho satisfatórias, mediante as vulnerabilidades e necessidades de saúde locais, o que é ofertado se torna suficiente para que o cuidado em saúde chegue até a população, garantindo, mesmo que distante do ideal, que o direito à saúde seja efetivado.

Porém, vale salientar que isso não quer dizer que não há necessidade de maiores investimentos em estrutura, materiais e insumos nos serviços de saúde, mas apenas indica que, apesar de ainda a realidade estar distante do preconizado pelo “SUS do papel”, há um “SUS real” acontecendo e que precisa ser fortalecido e buscar se aproximar cada vez mais daquele, uma vez que está se falando de um direito e, como tal, precisa ser garantido em sua

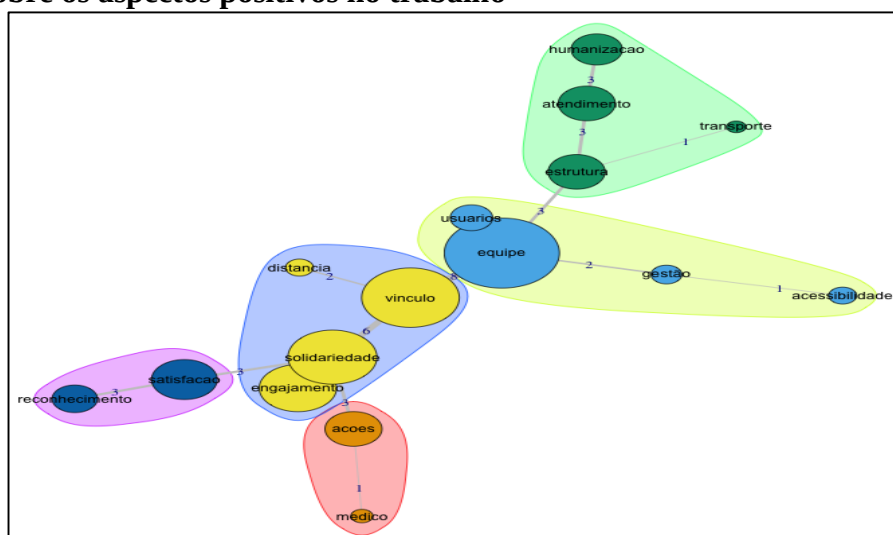
totalidade, com todas os requisitos e características que lhes são atribuídos constitucionalmente.

Para além dessas dificuldades, acerca da avaliação de sua equipe de trabalho, aponta-se para o bom relacionamento entre os profissionais, o que apresenta-se como um fator importante na manutenção da satisfação do trabalhador e da boa prestação do serviço à população. Conforme discutem Matuda, Pinto, Martins e Frazão (2015), a colaboração interprofissional é uma forte ferramenta para melhorar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde, promovendo uma atenção mais contínua e abrangente, uma vez que favorece trocas de conhecimento e a corresponsabilização dos casos, apesar disso ainda ser visto como um grande desafio nas equipes da ESF.

#### 6.3.2.4 Avaliação do trabalho na UBS

Neste sentido, os profissionais participantes também foram indagados sobre os aspectos positivos e negativos referentes ao seu trabalho. Quanto aos aspectos positivos, as figuras abaixo apresentam as análises de similitude e prototípica:

**Figura 10 – Análise de similitude com as evocações dos profissionais participantes do Estudo 2 sobre os aspectos positivos no trabalho**



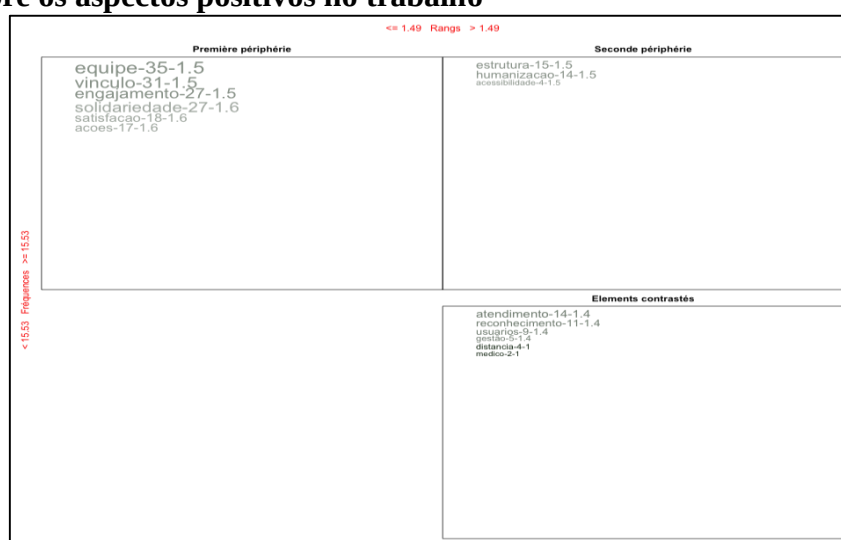
Fonte: Software Iramutech

Como pode ser visto, houve uma diversidade de aspectos levantados pelos profissionais, todos aludindo às tecnologias leves que envolvem a dinâmica do trabalho em saúde no contexto da atenção básica, mesmo os aspectos mais objetivos, como a *estrutura* do serviço, a qual apresentou-se em similitude com *atendimento* e *humanização*, por exemplo.

A *equipe* apareceu bem próxima dos *usuários* e também da *gestão*, configurando a rede de atores envolvidos no processo de produção do cuidado, a qual também relaciona-se com a palavra *vínculo*, apontando para a própria dinâmica do cuidar no serviço.

Percebe-se que o *vínculo* estabelecido durante a oferta do cuidado está em similitude com a *distância*, aqui referida como próxima principalmente por profissionais que residiam na cidade em que trabalhavam, podendo-se inferir que quanto mais geograficamente acessível o serviço for, tanto para usuários quanto para os profissionais, maior a possibilidade de construção de vínculo, o que é tido como um aspecto positivo e importante quando se fala em atenção básica à saúde, visto que sua proposta é construir um cuidado longitudinal e horizontal com os usuários do território.

**Figura 11 – Análise prototípica com as evocações dos profissionais participantes do Estudo 2 sobre os aspectos positivos no trabalho**



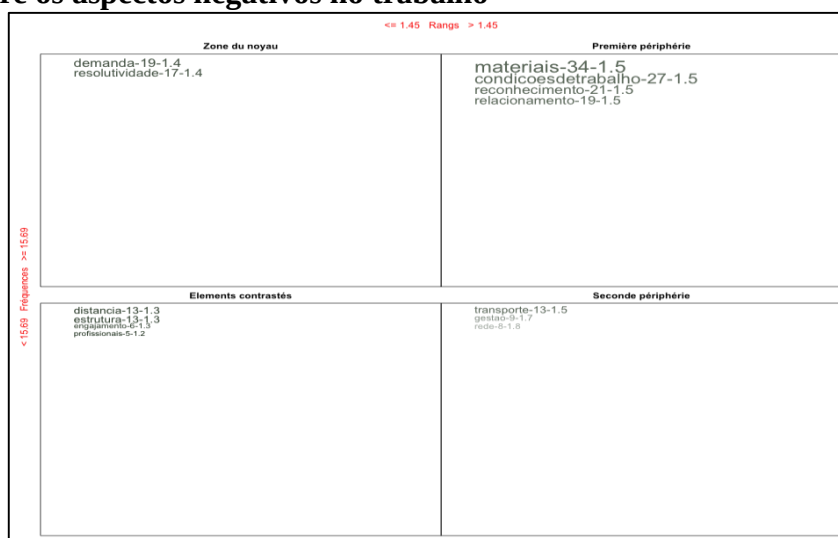
**Fonte:** Software Iramutech

Como pode ser visto na **Figura 11**, apesar de muitos aspectos positivos terem sido elencados pelos profissionais participantes, fica mais evidenciado como centro de suas percepções aspectos subjetivos e simbólicos ligados à relação estabelecida na prática profissional, enfatizando principalmente o trabalho em *equipe*, o estabelecimento de *vínculo*, o *engajamento* dos profissionais nas suas práticas de cuidado, a *solidariedade* entre a equipe e entre esta e os usuários, refletindo na *satisfação* com o trabalho e nas ações de saúde.

Na periferia dessas percepções, mas não menos importantes, destacam-se mais as questões organizacionais, como a *estrutura* do serviço, mas também reaparecendo questões mais subjetivas como a *humanização* e a *acessibilidade*, aqui compreendida como a abertura e a receptividade do serviço para dar conta das demandas trazidas pelos usuários.

Já em relação aos aspectos negativos, os profissionais citaram mais prontamente, conforme pode ser visto na análise prototípica, a *demanda* e a *resolutividade* do serviço, apontando a intensa rotina de trabalho na UBS, uma vez que comumente trata-se do único serviço público de saúde que existe nestes municípios, ficando a demanda toda concentrada neste, inclusive de pronto atendimento, como já observado no Estudo 1, o que reflete nessa falta de resolutividade apontada pelos profissionais.

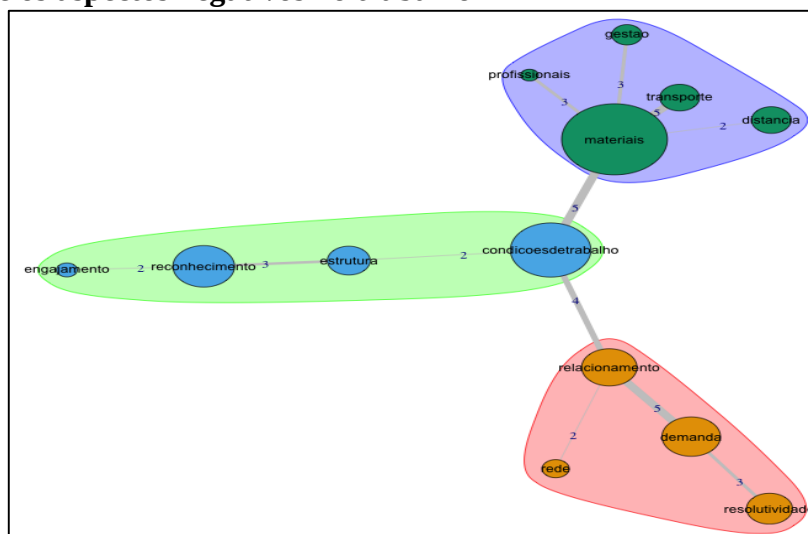
**Figura 12 – Análise prototípica com as evocações dos profissionais participantes do Estudo 2 sobre os aspectos negativos no trabalho**



**Fonte:** Software Iramutech

Aponta-se ainda que, o que eles percebem como aspectos negativos em seu trabalho se assemelha muito com os aspectos negativos do serviço de saúde em si, mostrando sua implicação profissional pessoal com aspectos organizacionais, como ausência de *materiais* e as *condições de trabalho*, apesar de aqui novamente aparecerem aspectos subjetivos que envolvem o cotidiano do exercício profissional, como o *reconhecimento* e o *relacionamento* com os colegas, com a equipe de saúde. Inclusive, como pode ser visto na análise de similitude (**Figura 13**), sempre essas questões se misturam, ou seja, os aspectos subjetivos, que envolvem a prática e a vida profissional ficam envoltos a aspectos técnicos e organizativos, não podendo ser compreendidos separadamente.

**Figura 13 – Análise de similitude com as evocações dos profissionais participantes do Estudo 2 sobre os aspectos negativos no trabalho**



Fonte: Software Iramutech

Já quanto ao nível de satisfação no trabalho, os profissionais mostraram-se satisfeitos com ele, bem como com a função exercida. Mesmo com os aspectos negativos apresentados, esses profissionais indicam estar satisfeitos, o que certamente reflete na qualidade do exercício profissional e, conseqüentemente, na oferta do cuidado aos usuários.

**Tabela 20 – Nível de satisfação com o trabalho apresentado pelos profissionais participantes do Estudo 2**

| O serviço de saúde onde trabalho faz-me sentir... |   | % (N=122) |       |               |       |        |
|---------------------------------------------------|---|-----------|-------|---------------|-------|--------|
|                                                   |   | Nada      | Pouco | Mais ou Menos | Muito | Sempre |
| <b>Orgulhoso dele</b>                             | n | 1         | 4     | 18            | 46    | 53     |
|                                                   | % | 0,8       | 3,3   | 14,8          | 37,7  | 43,4   |
| <b>Contente com ele</b>                           | n | 1         | 4     | 22            | 48    | 47     |
|                                                   | % | 0,8       | 3,3   | 18,0          | 39,3  | 38,5   |
| <b>Entusiasmado com ele</b>                       | n | 2         | 8     | 32            | 41    | 39     |
|                                                   | % | 1,6       | 6,6   | 26,2          | 33,6  | 32,0   |
| <b>Interessado por ele</b>                        | n | 1         | 2     | 16            | 45    | 58     |
|                                                   | % | 0,8       | 1,6   | 13,1          | 36,9  | 47,5   |
| <b>Animado com ele</b>                            | n | 1         | 7     | 26            | 40    | 48     |
|                                                   | % | 0,8       | 5,7   | 21,3          | 32,8  | 39,3   |

Ainda nesse sentido, quando solicitado a atribuírem notas, esse nível de satisfação permaneceu alto, demonstrando que tratam-se de profissionais que gostam (96,7%) e estão satisfeitos com seu trabalho (78,7%), como pode ser visto abaixo:

**Tabela 21 – Notas avaliativas para a satisfação com o trabalho dadas pelos profissionais participantes do Estudo 2**

| Variável                                  | Nota  | n  | % (N=122) |
|-------------------------------------------|-------|----|-----------|
| <b>Nível de satisfação com o trabalho</b> | 0     | 1  | 0,8       |
|                                           | 1 a 3 | 2  | 1,6       |
|                                           | 4 a 5 | 7  | 5,7       |
|                                           | 6 a 7 | 16 | 13,1      |
|                                           | 8 a 9 | 57 | 46,7      |
|                                           | 10    | 39 | 32,0      |
| <b>O quanto gosta do seu trabalho</b>     | 0     | -  | -         |
|                                           | 1 a 3 | 1  | 0,8       |
|                                           | 4 a 5 | 2  | 1,6       |
|                                           | 6 a 7 | 1  | 0,8       |
|                                           | 8 a 9 | 36 | 29,5      |
|                                           | 10    | 82 | 67,2      |

Neste sentido, observa-se que tratam-se de profissionais que estão na atenção básica porque realmente gostam, mostrando-se realizados profissionalmente, o que fora confirmado nas entrevistas que serão analisadas a seguir. Mesmo se desgastando com o deslocamento da cidade onde residem para o município em que trabalham; a falta de transporte para a realização dos atendimentos domiciliares para as áreas mais distantes da UBS, como será visto na Parte II; a precariedade das condições de trabalho; a falta de apoio da gestão; a precarização do vínculo empregatício, entre outros aspectos negativos que se apresentam nesses municípios rurais, os profissionais de saúde que atendem nas UBS que participaram desse Estudo 2 apresentaram-se satisfeitos.

Assim, vale ressaltar a disponibilidade desses profissionais em driblar todas essas dificuldades do cotidiano da saúde pública nesses contextos rurais, assumindo o compromisso em garantir que o direito à saúde seja efetivado para essa população, contribuindo pessoal e profissionalmente para uma saúde pública universal, integral e equânime, que considera os interesses e necessidades dos usuários. A valorização desses profissionais torna-se imprescindível para a continuidade e qualidade do “SUS vivo”, necessitando, portanto, que suas percepções sejam consideradas no planejamento dos investimentos no setor saúde.

## 6.4 Resultados e Discussão – Parte II

### 6.4.1. Caracterização da amostra

Inicialmente é importante lembrar que compuseram a amostra dessa segunda parte do Estudo 2 um total de 70 profissionais de saúde que se prontificaram a realizar a entrevista, conforme acima já descrito no método. Isso sinalizou a boa participação das classes profissionais nesse Estudo 2, mesmo visivelmente o profissional demonstrando que seu tempo era restrito, uma vez que a pesquisa fora realizada geralmente durante o horário de funcionamento das UBS, trazendo boa representatividade para os municípios pesquisados.

Porém, isso só não aconteceu com os profissionais da odontologia, os quais geralmente estavam isolados em suas salas de atendimento, em atendimento ou não, não apresentando interesse em participar da pesquisa quando convidado, inclusive alguns referindo, após ser esclarecido o objetivo da pesquisa, que não saberiam dar as informações de forma precisa, pois não sabiam muito da dinâmica do serviço. Já aqui percebeu-se o distanciamento que os profissionais da área de saúde bucal apresentam frente as eSF, colocando-se como um profissional à parte da equipe.

Abaixo segue a **Tabela 22** que ilustra a organização dessas entrevistas por classe profissional e seus respectivos municípios.

**Tabela 22 – Total de entrevistas realizadas no Estudo 2, com a representatividade de cada classe profissional por município pesquisado**

|                   |                    | TOTAL DE ENTREVISTAS  |     |             |     |      |                        |                       |
|-------------------|--------------------|-----------------------|-----|-------------|-----|------|------------------------|-----------------------|
| MACRO             | CIDADES            | CLASSES PROFISSIONAIS |     |             |     |      | TOTAL<br>POR<br>CIDADE | TOTAL<br>POR<br>MACRO |
|                   |                    | MÉD                   | ENF | TÉC.<br>ENF | ACS | DENT |                        |                       |
| JOÃO<br>PESSOA    | Sobrado            | 1                     | 2   | 2           | 0   | 1    | 6                      | 20                    |
|                   | Pilões             | 1                     | 0   | 1           | 1   | 0    | 3                      |                       |
|                   | Caldas Brandão     | 0                     | 1   | 2           | 1   | 0    | 4                      |                       |
|                   | Mataraca           | 0                     | 2   | 1           | 4   | 0    | 7                      |                       |
| CAMPINA<br>GRANDE | Matinhas           | 1                     | 0   | 2           | 0   | 0    | 3                      | 15                    |
|                   | São João do Cariri | 1                     | 1   | 0           | 0   | 0    | 2                      |                       |
|                   | Barra de Santana   | 1                     | 2   | 3           | 3   | 1    | 10                     |                       |
| PATOS             | Vista Serrana      | 0                     | 2   | 1           | 3   | 0    | 6                      | 15                    |
|                   | Água Branca        | 1                     | 3   | 1           | 1   | 0    | 6                      |                       |
|                   | Juru               | 0                     | 3   | 0           | 0   | 0    | 3                      |                       |

|                            |                          |           |           |           |           |          |           |           |
|----------------------------|--------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|
| <b>SOUSA</b>               | Belém do Brejo do Cruz   | 1         | 1         | 1         | 1         | 0        | 4         | <b>20</b> |
|                            | Cachoeira dos Índios     | 1         | 0         | 0         | 1         |          | 2         |           |
|                            | São José da Lagoa Tapada | 2         | 4         | 1         | 2         | 0        | 9         |           |
|                            | São Bentinho             | 1         | 1         | 2         | 1         | 0        | 5         |           |
| <b>TOTAL POR PROFISSÃO</b> |                          | <b>11</b> | <b>22</b> | <b>17</b> | <b>18</b> | <b>2</b> | <b>70</b> | <b>70</b> |

No entanto, apesar da Tabela 21 apresentar o total de 70 entrevistas que foram realizadas com os profissionais de saúde trabalhadores das UBS dos municípios participantes do Estudo 2, por questões de conveniência optou-se por realizar uma estratificação amostral desse total, com o intuito de agilizar a categorização temática. Para tanto, como critério inicial, optou-se por excluir as duas entrevistas realizadas com os profissionais da odontologia, isto porque, como há pouco discutido, observou-se que tais profissionais “não existem” na e para a equipe, sendo coadjuvantes no processo de cuidado em saúde, não fazendo parte, inclusive, do cotidiano e da dinâmica do cuidado. Tal dado torna-se simbolizado na sua não representatividade amostral, aparecendo apenas dois destes profissionais em todos os municípios participantes do Estudo 2, ou seja, há realmente uma invisibilidade objetiva e também simbólica deste profissional na eSF.

Após excluídas essas duas entrevistas, deu-se continuidade à estratificação com as 68 restantes e seguiu-se como critério o de permanecer, no mínimo, com 1 entrevista de cada classe profissional entrevistada, por município, de modo que todas estivessem representadas. Lembrando que houve municípios em que não teve representação de todas as classes, a exemplo de Juru, onde só teve uma única entrevista, com uma enfermeira. Já naqueles municípios em que havia mais de uma entrevista de determinada classe profissional, fez-se um sorteio aleatório, por classe, permanecendo a entrevista sorteada.

Em se tratando especificamente do município de São José da Lagoa Tapada, onde conseguiu-se o maior número de entrevistas das classes profissional de nível superior (médicos e enfermeiros), inclusive chamando a atenção o fato de ter sido o único município em que dois médicos se prontificaram a realizar a entrevista, optou-se por deixar estes dois; e, do total de quatro enfermeiros entrevistados nessa cidade (3 do sexo feminino e 1 masculino – inclusive o único enfermeiro do sexo masculino de todo o estudo), optou-se que, ao invés de sortear um para permanecer, seria sorteado um para sair, permanecendo os outros três. Esse sorteio de exclusão foi feito apenas entre as três enfermeiras do sexo feminino, já optando-se

em deixar o enfermeiro masculino na amostra, totalizando, assim a inclusão de 3 profissionais enfermeiros representando esse município.

Assim, totalizou-se 45 entrevistas para fazerem parte da análise categorial temática desse Estudo 2, sendo a maioria dos profissionais do sexo feminino (N=36), de nível superior (N=24), enfermeiros (N=13), da IV macrorregião/Sousa (N=1) e do município de São José da Lagoa Tapada (N=6). Ressalta-se que as 25 entrevistas excluídas desse processo já se encontram digitadas, podendo ser usadas em outro momento oportuno. A **Tabela 23** abaixo ilustra melhor o resultado dessa seleção da amostra, apresentando a quantidade de profissionais que ficou representativo de cada classe profissional por município rural.

**Tabela 23 - Seleção amostral das entrevistas realizadas no Estudo 2 para utilização na categorização temática**

| MACRO               | CIDADES                  | TOTAL DE ENTREVISTAS  |     |          |     |                  |                 |
|---------------------|--------------------------|-----------------------|-----|----------|-----|------------------|-----------------|
|                     |                          | CLASSES PROFISSIONAIS |     |          |     | TOTAL POR CIDADE | TOTAL POR MACRO |
|                     |                          | MÉD                   | ENF | TÉC. ENF | ACS |                  |                 |
| JOÃO PESSOA         | Sobrado                  | 1                     | 1   | 1        | 0   | 3                | 12              |
|                     | Pilões                   | 1                     | 0   | 1        | 1   | 3                |                 |
|                     | Caldas Brandão           | 0                     | 1   | 1        | 1   | 3                |                 |
|                     | Mataraca                 | 0                     | 1   | 1        | 1   | 3                |                 |
| CAMPINA GRANDE      | Matinhas                 | 1                     | 0   | 1        | 0   | 2                | 8               |
|                     | São João do Cariri       | 1                     | 1   | 0        | 0   | 2                |                 |
|                     | Barra de Santana         | 1                     | 1   | 1        | 1   | 4                |                 |
| PATOS               | Vista Serrana            | 0                     | 1   | 1        | 1   | 3                | 8               |
|                     | Água Branca              | 1                     | 1   | 1        | 1   | 4                |                 |
|                     | Juru                     | 0                     | 1   | 0        | 0   | 1                |                 |
| SOUSA               | Belém do Brejo do Cruz   | 1                     | 1   | 1        | 1   | 4                | 17              |
|                     | Cachoeira dos Índios     | 1                     | 0   | 0        | 1   | 2                |                 |
|                     | São José da Lagoa Tapada | 2                     | 3   | 1        | 1   | 6                |                 |
|                     | São Bentinho             | 1                     | 1   | 1        | 1   | 4                |                 |
| TOTAL POR PROFISSÃO |                          | 11                    | 13  | 11       | 10  | 45               | 45              |

Como forma de identificar cada profissional entrevistado, facilitando as ilustrações de seus respectivos discursos aqui nos resultados, optou-se por numerá-los enquanto participantes, colocar a classe profissional, o sexo e a macrorregião a qual pertenciam. A

descrição completa dos participantes com sua respectiva identificação pode ser vista no Apêndice F.

#### 6.4.2. Categorização Temática das entrevistas

A partir dos discursos obtidos nas entrevistas destes 45 profissionais de saúde, realizou-se uma categorização temática, prosseguindo-se a uma análise de conteúdo a partir da proposta de Figueiredo (1993), possibilitando a construção da **Tabela 24**, que permite uma melhor visualização das classes temáticas e suas respectivas categorias e subcategorias.

Vale ressaltar que as duas grandes classes temáticas encontradas nessa categorização suprem os objetivos pretendidos nesta pesquisa e que todas as análises foram norteadas pelo conceito de Percepção Social e pelo quadro conceitual da V&DH.

**Tabela 24 – Categorização temática das entrevistas realizadas no Estudo 2**

| CLASSE TEMÁTICA                          | CATEGORIA                                                  | SUBCATEGORIA                                                                                                                    |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Percepções acerca do usuário          | 1. Perfil                                                  | - universalidade<br>- características sócio demográficas<br>- demandas de saúde                                                 |
|                                          | 2. Contexto rural                                          | - aspectos individuais<br>- aspectos sociais<br>- aspectos programáticos                                                        |
| 2. Percepções acerca do serviço de saúde | 1. Oferta do cuidado                                       | - avaliação geral<br>- organização do cuidado                                                                                   |
|                                          | 2. Dificuldades X Prioridades para a efetivação do cuidado | - aspectos estruturais/materiais<br>- aspectos organizativos<br>- aspectos sócio políticos<br>- aspectos subjetivos/relacionais |
|                                          | 3. Satisfação com o trabalho                               | - aspectos positivos<br>- aspectos negativos                                                                                    |

Como pode ser observado, a primeira classe temática diz respeito às percepções que os profissionais apresentaram acerca do usuário que frequenta o serviço de saúde no qual trabalha, sendo subdivida em suas grandes categorias: 1) *Perfil*, que apresenta quem seria esse usuário; e 2) *Contexto rural*, que apresenta esse usuário a partir das ruralidades em cena. Já a segunda classe temática, diz respeito às percepções que os profissionais possuem acerca do serviço de saúde em si, ou seja, da UBS onde trabalha, seja no aspecto técnico ou prático, das tecnologias duras, leveduras e leves, incluindo suas percepções sobre a sua própria atuação profissional. Esta segunda classe foi subdividida em três grandes categorias: 1) *Oferta do*

*cuidado*, que traz uma avaliação e o modo com este se organiza, apresentando a dinâmica de trabalho dos profissionais e da equipe nessa oferta; 2) *Dificuldades X Prioridades para a efetivação do cuidado*, que apresenta tanto os entraves e percalços encontrados para a efetivação do cuidado, quanto o que seria prioridade para ofertar um cuidado de qualidade aos usuários; e 3) *Satisfação com o trabalho*, que apresenta as percepções do profissional sobre a sua atuação, despontando suas realizações e frustrações enquanto trabalhador daquele serviço.

Assim, para uma melhor compreensão e discussão desses resultados, os mesmos foram agrupados e analisados a partir dessas duas classes temáticas, conforme segue.

#### **6.4.2.1 Percepções acerca do usuário**

Nessa primeira classe temática, a qual teve duas categorias, foram reunidos todos os discursos que diziam respeito às percepções que os profissionais possuíam acerca de quem é o usuário que frequenta a UBS, ou seja, qual o seu *Perfil*, formando a primeira categoria; bem como suas necessidades de saúde e vulnerabilidades que estão relacionadas àquele contexto, formando a segunda categoria nomeada de *Contexto Rural*.

Apesar dessas percepções acerca do usuário circundarem as falas durante toda a entrevista com os profissionais, sobretudo esses discursos surgiram a partir das três primeiras questões norteadoras utilizadas nas entrevistas (Apêndice D), sendo agrupados com os fins didáticos propostos pela categorização temática.

##### **6.4.2.1.1 Perfil**

Nessa primeira categoria, nomeada por *Perfil*, apareceram os discursos que apresentavam quem era o usuário para o profissional de saúde. Aqui surgiram três subcategorias, destacando o fato deles serem vistos do ponto de vista de um “sujeito de direitos”, sob o prisma da efetivação do direito à saúde, sobretudo do ponto de vista do princípio da *universalidade* (saúde enquanto um direito de todos); bem como sob a ótica das *características sócio demográficas*, sinalizando o público que mais frequenta o serviço; e também do ponto de vista de suas *demandas de saúde*, ou seja, seja como aquele que procura o serviço porque está com alguma necessidade de saúde, das mais diversas possíveis, sendo esse usuário aqui visto a partir do seu processo saúde-doença, numa ótica mais curativa.

Quando indagados sobre quem era o usuário da UBS, surgiram alguns discursos que sinalizavam percepções a nível macro, remetendo ao conceito de “usuário” enquanto aquele que acessa o serviço do SUS, trazendo uma noção de *universalidade*, de um SUS que é acessado por todos os que estão com alguma necessidade de saúde, como ilustrado abaixo:

*Todos procura, até aqueles que têm uma situação financeira boa, eles também procuram. (P6-ACS/F/CG)*

*Aqui no nosso serviço, ele vem do pobre ao mais alto. (...) Não tem escolha, assim, discriminação, vai do rico ao pobre, todos são atendidos aqui, todos procuram o serviço. (P8-Enf/F/Sousa)*

*Na verdade, toda a população, né? Porque hoje em nosso município a gente tem apenas realmente a Unidade Básica de Saúde, como um ponto estratégico, a única forma de saúde no momento. Então toda a população passa a ser usuário do serviço, tanto os pacientes de um grupo quanto a demanda espontânea. (P23-Méd/M/CG)*

*É todo tipo de usuário, né, da pessoa simples à pessoa mais... Mais... Como é que eu vou dizer (...), então todo tipo tem. (P12-ACS/F/JP)*

Além disso, os profissionais perceberam os usuários a partir de *aspectos sociodemográficos*, o que pode remontar também às linhas de cuidado que são ofertadas no âmbito da atenção básica, como saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso, entre outros. Assim, foi comum os profissionais destacarem tais aspectos quando indagados sobre quem era o usuário do serviço, sinalizando o seu olhar mais técnico enquanto profissional de saúde de um serviço em que são ofertadas tais linhas de cuidado.

*Idosos, gestantes e crianças, são as três que mais procuram (...). (P14-Enf/F/Patos)*

*Jovem, idoso, todo tipo, toda faixa etária. (P34-Téc.Enf/F/Sousa)*

Inclusive, surgiram muitos discursos sinalizando a maior procura do serviço pelas mulheres, sinalizando a dificuldade da oferta do cuidado com o público masculino e sua consequente invisibilidade na UBS. Esse resultado é corroborado pelo estudo de Sousa (2017), no qual os homens indicaram que o serviço da atenção básica é pensado para as mulheres, para o cuidado feminino, inclusive relatando o incômodo e o constrangimento que sentem quando chegam na UBS e encontram mais mulheres e crianças, sem contar os profissionais que são majoritariamente do sexo feminino, além dos cartazes e propagandas voltados ao aleitamento materno, vacinação, pré-natal, câncer de mama, entre outros.

*A procura aqui é mais pelas mulheres, porque aqui como a gente é uma cidade de interior a maioria dos homens trabalha com agricultura então eles só vêm realmente se realmente tiver precisando, por exemplo, hoje é dia de hipertenso, se você for dar uma olhada você vai ver que só tem mulher, tem um ou dois homens mas aqueles que faz o acompanhamento bem certinho, mas a maioria, eu acredito que 90% são mulheres. (P28-Enf/F/JP)*

*Aqui a maioria dos usuários são do sexo feminino, certo. A idade, elas já começam um pouco antes, a maioria, a grande maioria, vai de 30 a 70 anos, certo. Sexo feminino. (...). É sexo feminino, entre 30 e 70 anos. (P41-Méd/F/Sousa)*

*A maioria geralmente vive aqui a procura de médico, são mulheres. A grande maioria são mulheres e crianças, os homens são pouquíssimos os que vêm. (P27-Enf/F/Sousa)*

Muitas vezes quando procuram a UBS, esses homens são encaminhados, ou seja, não é dada continuidade ao processo de cuidado no âmbito da atenção básica.

*Mais mulheres. (...) Eu acho que é porque é menos ofertado serviço para os homens, sempre tem mais assim de hipertenso e diabético, mas de oferta mesmo para os homens eu acho que é mais precário, mais para os homens do que para as mulheres. (...) é porque, até os homens em si eles ficam mais restritos para vir, mas quando vem encaminha alguma coisa, algum problema que eles tiverem, encaminha mais para fora. (P36-Téc.Enf/F/JP)*

Ou até mesmo, procuram quando o cuidado já é curativo ou paliativo, sendo um acompanhamento de uma situação mais crônica, apontando a dificuldade de se trabalhar com prevenção com o público masculino:

*O perfil do usuário, eu acho que eu trato 99% é mulher, mulher. Assim, de homem, que a gente atende raramente tem alguns usuários em domicílio que já são acamados e alguns, acho que, 1 paraplégico que a gente atende porque já é um cuidado continuado. Mas de demanda mesmo, 99% eu posso lhe dizer que eu atendo aqui é mulher. (P40-Enf/F/Sousa)*

Tais constatações são corroboradas pelo estudo realizado por Cortes, Trindade e Menandro (2017) com 218 homens adultos, os quais evocaram, a partir de uma TALP com as palavras estímulos “saúde e “doença”, elementos negativos associados aos problemas do sistema público de saúde, destacando as filas, a dificuldade de marcação de consulta e a falta de medicamentos e de profissionais. Também sinalizaram enquanto mecanismos de cuidado o hospital e os profissionais que nele trabalham, sobretudo médicos e enfermeiros, aludindo a uma visão médico-organicista da saúde, sendo o organismo o foco dos cuidados, além da responsabilização individual pelo cuidado.

Reforça-se aqui, portanto, a influência das percepções que estes homens possuem na adoção de práticas de cuidado em saúde. Uma vez que eles têm como referência maior os serviços de alta complexidade, percebendo o processo saúde-doença em um nível curativo, eles se distanciam dos serviços que fomentam a prevenção e a promoção da saúde, marcas primordiais da atenção básica, da UBS. Além disso, a associação do SUS como algo negativo, que não tem qualidade, aumenta ainda mais essa distância, pois acabam não dando

credibilidade às ações de cuidado que são ofertadas na UBS, como apresentado nos resultados do presente estudo. Neste sentido, há um aumento das vulnerabilidades de saúde desses homens, seja a nível individual ou programático, sinalizadas, sobretudo, quando estes acabam recorrendo ao serviço de saúde quando a doença já está instalada.

Por isso, é preciso que os profissionais considerem as particularidades e iniquidades em saúde do contexto em que estão inseridos para que se possa promover ações de cuidado mais efetivas, de modo a conseguir alcançar esse público masculino, considerando o modo como esse homem percebe e vivencia o processo saúde-doença. Inclusive, apontando que essa vivência do sofrimento deve ser considerado a partir de aspectos contextuais, em estudo realizado por Bezerra (2017) sobre a saúde mental de homens no contexto rural e no urbano, verificou-se que aqueles que estão no contexto urbano relataram sintomas depressivos com mais frequência, como irritação, sentimento de inutilidade, ideação suicida, entre outros; enquanto que os homens do contexto rural relatam mais sintomas somáticos, como má digestão, fadiga, tremor nas mãos e dor de cabeça.

Assim, torna-se um desafio garantir a atenção integral à saúde do homem, e mais ainda quando se trata de contextos rurais, nos quais permeiam crenças arraigadas no masculino enquanto sinônimo de virilidade, de saúde física, reforçando o sentimento de invulnerabilidade. Na própria percepção dos profissionais essas crenças aparecem como um fator que dificulta ou impede o acesso dos usuários à UBS, conforme visto no decorrer da categorização temática, o que também foi apresentado em estudo realizado por Carneiro, Santos, Macena e Vasconcelos (2016), os quais verificaram que os profissionais de saúde consideram que o homem se sente mais resistentes às doenças do que as mulheres, levando-o a negligenciar o auto cuidado e a buscar o serviço de saúde apenas quando está com dor, ficando evidente a dificuldade de trabalhar a saúde masculina no contexto da atenção básica.

Prosseguindo nessa categoria temática, para além de aspectos que remontam à universalidade do acesso ao SUS, bem como às questões descritivas desse público que frequenta a UBS, a maioria dos discursos dos profissionais apontam para este usuário como sendo alguém que necessita de um cuidado em saúde, trazendo suas demandas e necessidades no momento da procura. Assim, essas percepções sinalizam um ponto de vista mais técnico e biomédico, o que acaba sendo natural por se tratarem de profissionais que ofertam algum tipo de cuidado em saúde a estes usuários, sendo este o foco de sua atuação profissional: dar conta das necessidades de saúde da pessoa que procura o serviço.

Sendo assim, nessa terceira subcategoria, intitulada de *demandas de saúde*, apareceram diversos tipos de necessidades e prioridades de saúde que levam as pessoas a

procurarem a UBS: demandas múltiplas, sobretudo médico centradas/curativistas, quadros virais; linhas de cuidado e tratamento, como pré natal, puericultura, hipertensão e diabetes, além da saúde mental; e prevenção, mesmo que citada por poucos profissionais.

Neste sentido, como trazido no discurso de um profissional, “*O que a população vem procurar, a gente procura ofertar.*” (P4-Enf/F/CG), apontando que cotidianamente “*As demandas são muitas (...).*” (P3-Méd/F/Patos) e que eles precisam dar conta delas.

Ainda sobre essas demandas, surgiram discursos sobre a necessidade que a população tem com relação a atendimento médico, centrando o cuidado na figura desse profissional, em um modelo focado em consultas médicas, exames e medicação:

*Na verdade, eles aqui procuram muito, a demanda é muito grande, muito elevada, em relação a consulta médica, entendeu? Então, assim, é um município que trabalha com aquela questão que só o médico resolve a questão da saúde: médico, exame e remédio. (P41-Méd/F/Sousa)*

*A prioridade que eles tem maior é do atendimento mesmo em si, né, o atendimento básico... básico do básico... atendimento, medicação, né. (P13-Enf/F/JP)*

*No caso da população em relação ao atendimento, a prioridade dela é mais de remédio e exame, no caso é mais curativista. (P4-Enf/F/CG).*

Isso também foi reforçado pelo discurso de uma profissional médica, apontando que, para além de uma necessidade curativista, há uma necessidade de segurança, a qual é passada pelo saber-poder desta figura. Por isso, os usuários acabam procurando o serviço na expectativa de encontrar no saber médico uma resposta para suas necessidades de saúde, bem como uma fonte de segurança para as condutas que pode adotar, inclusive sobre o auto cuidado:

*A maioria são queixas simples que poderiam resolver, até se fosse aceito uma boa orientação, apesar que a gente vê que a mídia tá aí orientando, mas sempre vem...eu acho que há uma insegurança, certo, em relação ao próprio cuidado, certo. Gente que vem só pra conversar comigo, tem gente que vem pedir uma orientação, se já passou em outro profissional, aí diz “doutora, eu vim porque eu queria que a senhora visse isso aqui, que eu tô sentindo isso, e aí a senhora acha o que? Posso tomar?”, entendeu, é demanda demais (...). (P41-Méd/F/Sousa)*

Observa-se, no entanto, que essa relação de saber-poder que acaba por se estabelecer entre usuário-profissional pode repercutir, sobretudo, na autonomia do usuário com relação ao auto cuidado, gerando uma dependência desse saber profissional. Ao mesmo tempo em que há uma legitimação desse lugar de saber-poder por parte do profissional, há uma manutenção

dessa hierarquização do cuidado por parte dos usuários, o qual acaba se colocando e assumindo esse lugar de subordinado. Isso se confirma no estudo de Villa, Aranha, Silva e Flôr (2015), o qual verificou que o usuário muitas vezes chega na UBS em um estado de dependência e alienação, esperando respostas e soluções para suas demandas, sobretudo do médico. Segundo elas, essa lógica de submissão é mantida tanto pelos profissionais quanto pelos usuários, os quais assumem essa postura de expectativa por modelos de condutas e prescrições.

Por outro lado, essa hierarquização do cuidado instituída pelo saber médico pode levar a uma não adesão às práticas preventivas por parte dos usuários, negligenciando o auto cuidado e o acesso às informações de saúde, uma vez que naturalizam o adoecimento e enxergam o profissional médico como aquele que é capaz de lhe trazer cura. Assim, a ida até à UBS acaba se resumindo na ida ao médico, como se apenas importasse buscar naquele serviço o cuidado curativo, médico-centrado, conforme esta enfermeira aponta:

*E a questão da população, que ainda tá muito no modelo anterior de saúde, né, no modelo tradicional, no modelo biomédico, muito ligada à questão da doença, do foco na doença, e não vem até a unidade quando a gente faz alguma atividade, eles não têm o interesse de participar de atividade de educação em saúde, porque não envolve alguma coisa concreta, algum atendimento imediato. Eles vêm pra consulta, assim, que tenha algum desfecho naquele momento, não uma coisa a longo prazo, alguma coisa que teria resultado a longo prazo, mas uma coisa que tem que ser imediatista. (P40-Enf/F/Sousa)*

Também surgiram, com maior frequência, as linhas de cuidado permeando as percepções dos profissionais acerca do usuário que procura pela UBS. As linhas de cuidado propostas pelo Ministério da Saúde permitem um cuidado longitudinal, visto que há um acompanhamento continuado, periódico e sistemático desses grupos, potencializando a adesão ao cuidado que é ofertado no serviço de saúde (Brasil, 2013). É o caso dos hipertensos, dos diabéticos, das crianças, mulheres e gestantes, conforme apareceu nos discursos dos profissionais:

*A questão mais de... tem muita hipertensão, diabetes, né. A questão de saúde da mulher, elas procuram muito também, a questão de sexualidade, as prioridades também... (P21-Enf/F/Sousa)*

*(...) também sempre buscam uma consulta com a médica, porque muitos têm a pressão alta, tem diabetes. E assim, tem a puericultura, tem o acompanhamento a criança que as mães sempre tá levando para o acompanhamento. Então, a gestante sempre faz a consulta assim direitinho todo mês e quando é necessário vai até mais do que isso. (P6-ACS/F/CG)*

*Aqui nós atendemos a população que mais frequentemente que nos procura é diabéticos, hipertensos, pessoas que têm problemas de obesidade, pessoas que tem problema de alguns transtornos de ansiedade e crianças, gestantes. É bem diversificado, mas a maior demanda é hipertensos, diabéticos e crianças. (P11-Méd/M/Sousa)*

*A população que mais frequenta são os hipertensos, os diabéticos, pessoas que têm algum transtorno mental, faz uso de antidepressivos e as crianças também, né? (P32-Téc.Enf/F/JP)*

Conforme pôde ser visto na fala dos participantes 11 e 32 acima, aspectos referentes à saúde mental também apareceram enquanto uma demanda de saúde dos usuários, sobretudo no que diz respeito ao uso contínuo de psicotrópicos, levando-os à UBS apenas para a renovação da receita controlada. Tal fato sinaliza a dificuldade de um acompanhamento mais integral a esse usuário de saúde mental, deixando o cuidado perpassado apenas pela prescrição do receituário médico. Os profissionais da atenção básica sentem falta de um acompanhamento psicoterápico ou uma reavaliação mais acurada do caso, até pela ausência de profissionais e serviços especializados no município, deixando a cargo do clínico geral que atende na UBS, conforme corroborado pela fala dessa enfermeira:

*Acredito que, como aqui a gente tem um caso enorme de pessoas que tomam psicotrópicos, então eu acredito que um atendimento mais especializado em psiquiatria para essas pessoas é um caso mais extremo daqui. Eu acho uma assistência mais especializada diminuiria a quantidade de psicotrópicos que as pessoas tomam aqui. (P31-Enf/F/Patos)*

E, apesar de citada por poucos profissionais, a prevenção também apareceu enquanto uma demanda de saúde da população, sendo indicado que “Sempre a população eles buscam. Eles são bem ativos em buscar uma consulta citológica e de prevenção. Os homens estão sempre fazendo o PSA que é para ver como tá a próstata.” (P6-ACS/F/CG). Apesar disso, a prevenção foi citada como uma demanda que é pouco solicitada pelos usuários, mesmo devendo este ser o “carro chefe” da atenção básica, denotando uma dificuldade dos profissionais em sair do aspecto curativista do cuidado, tão presente no cotidiano dos serviços de saúde, conforme destacam essas enfermeiras:

*A gente atende mais ambulatorial do que atenção básica. (P4-Enf/F/CG)*

*E mais a questão de, não chega nem a questão de trabalhar a prevenção, mas na rotina, receitas controladas, hipertensão e diabetes. É o índice maior de atendimento do PSF. (...) (P27-Enf/F/Sousa)*

*(...) porque assim, o psf ele é pra prevenir, mas na verdade o psf ta mais pra tratar. (...) a gente faz essa questão do tratamento quando a gente informa como se cuidar e tal mas eles acham mais fácil tratar do que prevenir, então quando eles vem pra cá já vem com a doença instalada (...). Tem paciente que quase não vem no posto, como eu já conheço boa parte deles tem paciente que “Ah, não vou porque não tenho nada”. (...). É, quando tem algum sintoma é que eles procuram mas não por prevenção, se conta nos dedos os que vem por prevenção. (P44-Téc.Enf/F/JP)*

Porém, apesar dessa dificuldade, é importante ressaltar que as próprias linhas de cuidado também se configuram como um cuidado preventivo, mesmo que, por vezes, a nível secundário. Conforme esse médico aponta, à medida em que os profissionais realizam um cuidado longitudinal com grupos prioritários, está se fazendo prevenção também:

*(...) É justamente trabalhar em cima da prevenção e da busca ativa de diabéticos e de hipertensos, que são os dois grupos principais, e também fazer um acompanhamento de pré-natal bem feito já pra não trazer maiores problemas nem com a gestante, nem com o futuro bebê. (P17-Méd/M/CG)*

Sendo assim, pode ser arbitrário dizer que a atenção básica não faz prevenção ou que seu papel está sendo desvirtuado pelo cuidado curativista, conforme o discurso da participante 27 acima, uma vez que a prevenção permeia todo o processo de produção do cuidado. Certamente, se a pauta for prevenção primária, observa-se que a atenção básica realmente está aquém do preconizado pelo Ministério da Saúde, já que as demais demandas acabam tomando muito o tempo dos profissionais e da equipe. Porém, se avaliarmos a extensão dos cuidados preventivos a partir de um ponto de vista de uma saúde integral e dos níveis de prevenção, verificar-se-á que, sim, a prevenção também está presente nas práticas de cuidado cotidianas.

Para além disso, é importante ressaltar que, em termos de saúde da criança, por exemplo, o SUS possui um dos mais avançados sistemas de prevenção à doenças e agravos do mundo através do setor de imunização, alcançando a população em um nível primário de prevenção. Além disso, podem ser citados os exames citopatológicos que fazem parte da rotina dos serviços, como prevenção do câncer de colo do útero; a distribuição de preservativos, como prevenção das DST; o pré natal, como prevenção da mortalidade perinatal, neonatal e pós-neonatal, além de outros agravos relacionados à mãe e ao bebê; entre outros.

#### **6.4.2.1.2 Contexto rural**

Nessa segunda categoria temática, o usuário apareceu a partir de seu *Contexto Rural*, ou seja, aqui as percepções dos profissionais apresentaram-se permeadas pelo contexto no

qual os usuários estão inseridos. Não somente isto, o próprio contexto foi visto como gerador de vulnerabilidades e demandas de saúde, conforme os discursos vão apontar, desvelando três subcategorias, quais sejam *aspectos individuais*, *aspectos sociais* e *aspectos programáticos*. Observou-se aqui a consonância com a discussão proposta pelo quadro da V&DH, permitindo uma compreensão ampla e dinâmica das percepções que estes profissionais possuem acerca de quem seja esse usuário da UBS.

No que se refere à primeira subcategoria, a qual versa sobre os *aspectos individuais*, observaram-se estereótipos ligados ao contexto rural, fazendo-os perceber os usuários a partir de uma condição de desfavorecimento no processo de produção do cuidado, daquele que precisa ser orientado, guiado e direcionado. Como já vista na categoria anterior, isso acaba por reforçar uma relação de poder na qual o saber do profissional se coloca acima do saber do usuário, uma vez que este carece de conhecimento, é pouco instruído e/ou de baixa escolaridade e, por isso, não sabem como se cuidar adequadamente, conforme pode ser visto claramente nos discursos a seguir:

*Justamente essa questão da educação em si, como são pessoas que têm o nível socioeconômico mais baixo, então o conhecimento em si e o autocuidado fica mais deficitário. (P17-Méd/M/CG)*

*Acho que é muita falta de estrutura familiar mesmo. O pessoal aqui é muito desligado das coisas, aí isso aí deixa muito a desejar. Eu acho que o estudo... O estudo do pessoal aqui a a maioria não terminou nem o segundo grau... é complicado! (P37-Téc.Enf/F/CG)*

De acordo com os discursos dos profissionais, essa falta de conhecimento ou aspectos da própria cultura do contexto rural refletem também nas percepções dos usuários sobre o processo de produção do cuidado, interferindo na efetivação do direito à saúde, uma vez que essa busca acaba sendo permeada por barreiras subjetivas, como preconceitos, vergonha e medo, que dificultam a sua acessibilidade ao serviço, bem como a sua adesão ao cuidado.

*Justamente isso: o fato da baixa escolaridade, às vezes da falta de informação, são pessoas que vão ter mais dificuldade de adesão ao tratamento, são pessoas que muitas vezes, até mesmo por preconceito, por medo ou por vergonha deixam de vir à unidade pra se cuidar e acabam realmente não tendo uma condução tão legal na importância da sua saúde. (P23-Méd/M/CG)*

*Bem, assim, o pouco que eu já pude observar é que existe uma precariedade como todo interior de estado, todo interiorzinho com menos de 10 mil habitantes tem suas dificuldades (...) Como questão, assim, da aceitabilidade do cuidado mesmo, tem alguns pacientes que têm dificuldade de aceitar o que você tem pra eles, o manejo que você tem com aquela doença que ele tem, até mesmo pra prevenir. (P40-Enf/F/Sousa)*

Tais barreiras se apresentam, inclusive, quando se tratam de doenças que são permeadas por estereótipos e estigmas, fazendo o usuário não se aproximar do serviço de saúde por medo de ter seu diagnóstico revelado aos demais moradores da cidade que, por ser pequena, tem uma maior probabilidade de proliferação de informações, como sinalizado por esta enfermeira da macrorregião de Campina Grande.

*O que faz com que eles não se sintam tão acolhidos assim é porque, vamos dizer, alguns... Não pela equipe de saúde, vamos dizer, tem um diagnóstico que faça com que alguém saiba, porque a pessoa mesmo acaba divulgando porque tem uma doença, alguma doença que a cidade por ser tão pequena deva ter o conhecimento, mas assim, acaba vazando pelos próprios pacientes e isso é que faz com que eles se sintam recuados devido a algum diagnóstico que tenham um conhecimento maior, mas a não ser isso, eles não tem nenhum problema não. A falta de informação, de procurar o profissional pra conversar. (P24-Enf/F/CG)*

Esse medo, conforme aparece também em outros estudos, distancia o usuário do serviço da atenção básica, sobretudo quanto à quebra do sigilo de suas condições de saúde-doença (Bristot, Ceretta & Soratto, 2017; Junges et al., 2015). Como uma das características desse serviço é a atuação no território, muitos profissionais, sobretudo os ACS, são também moradores daquela localidade, fazendo com que os usuários não se sintam à vontade para receberem um cuidado em saúde no serviço por acharem que o seu ACS vai espalhar a informação. De fato, garantir ao usuário o sigilo das suas informações é crucial para que o vínculo profissional-usuário seja construído e mantido, o que requer um comprometimento das duas partes e do restante da equipe. Torna-se um desafio ainda maior quando se trata de um município pequeno, como é o caso desse estudo, porque acaba envolvendo também estigmas próprios daquele contexto, principalmente com relação a algumas doenças, a exemplo do HIV/Aids, comumente associada à promiscuidade, conforme apontado na literatura (Zambenedetti & Silva, 2016).

Ainda sobre isso, no estudo realizado com profissionais da enfermagem que trabalham na ESF por Bristot, Ceretta & Soratto (2017), verificou-se que o sigilo das informações é motivo de maior conflito e o dilema ético em sua atuação profissional, configurando-se como uma ameaça na construção da confiança e dos vínculos de cuidado com os usuários. Apesar de previsto nos códigos de ética profissionais, torna-se um desafio balizar que informações o restante da equipe pode ou não ter acesso, preservando o usuário de quaisquer danos.

Essas barreiras subjetivas refletem também na dificuldade dos usuários em aderirem às práticas preventivas como uma forma de auto cuidado. Essa não colaboração, desinteresse, e

até mesmo desresponsabilização do usuário quanto ao auto cuidado, bem como à centralização do saber médico, podem criar limites na continuidade do processo de cuidar, sobretudo na prevenção. Tais aspectos foram apontados pelos profissionais como sendo uma questão cultural, sinalizando que essas crenças, ou esse modo de pensar dos usuários, são decorrentes do modo de pensar característico de cidades pequenas, do “interior”, do contexto rural, ou decorrentes da baixa escolaridade, como pode ser visto a seguir:

*A cultura em relação à doença, cura, e a cultura ainda da centralização médico-hospitalar. Eles não conseguem ainda compreender que saúde é muito mais um processo de prevenção e promoção do que necessariamente de doença, cura e reabilitação, né. (...)Então, assim, é um município que trabalha com aquela questão que só o médico resolve a questão da saúde...médico, exame e remédio. (P41-Méd/F/Sousa)*

*(...)algumas coisas ainda funcionam, mas a maioria é difícil, porque a cultura da população é cultura de receita médica, “não, eu quero o remédio e o exame”. (...) As vezes nem faz o que você orienta, só quer tomar o remédio. A complicação daqui maior é a cultura, é a educação deles em saúde, é péssima. (P41-Méd/F/Sousa)*

*Acho que a falta de informação, conhecimento da população a respeito das doenças, como a causa do surto que a gente teve de Zika e Chikungunya. Que as pessoas não ajudam, acumulam água, deixam lixo parado... pra elas adoeceu, mas não se importa como prevenir, acham que só a gente vai resolver. E a gente falando, falando eles não colocando em prática também, não vai sair do papel. Acho que a questão do conhecimento, a falta do conhecimento. (P27-Enf/F/Sousa)*

Apesar disso, um dos profissionais médicos sinalizou que essa falta de informação em contextos de cidades pequenas tem mudado, levando a refletir acerca das novas ruralidades, do acesso às tecnologias de informação nesses espaços, conforme apontam alguns autores (Teixeira, 2016; Bezerra & Bacelar, 2013; Siqueira & Osório, 2001; Silva, 2001). Porém é o que ainda prevalece, repercutindo diretamente no processo de produção do cuidado:

*Às vezes o nível de escolaridade, né, ou então a informação. Isso não é uma regra, né, hoje cada vez mais a informação tá tendo acesso pra toda a população, mas ainda assim a gente encontra nas menores cidades pessoa com escolaridade um pouco mais baixa, com um nível de informação um pouco menor e isso influi no tratamento e na condição de saúde como um todo. (P23-Méd/M/CG)*

Também surgindo dentro dos aspectos individuais que permeiam as vulnerabilidades e necessidades de saúde da população em contexto rural, surgiram discursos referentes ao estilo de vida que essas pessoas possuem. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2004), estilo de vida é o conjunto de hábitos e costumes, os quais são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos no decorrer do processo de socialização, incluindo hábitos

alimentares, uso de substâncias e prática de atividades físicas, tendo importantes implicações para a saúde. Assim, como pode ser visto nos discursos dos profissionais, o estilo de vida dessas pessoas é visto tanto como um fator potencial para diminuir as vulnerabilidades em saúde, quando se fala sobre emprego, estresse no trabalho, típico de áreas urbanas; mas também que as diminui, surgindo aqui principalmente os hábitos alimentares como propulsores de vulnerabilidades, apesar da possibilidade de uma alimentação saudável, favorecida pelo próprio contexto rural:

*Repercuta sim... Pelo estilo de vida, né. O estilo de vida das pessoas, pelo fato de ser cidade pequena muitas vezes você vive no meio rural (...) Se percebe algumas atividades de trabalho menos estressante do que da vida corriqueira da cidade grande, né. Com isso, se (...) incrementa menos problemas relacionados ao... À ocupação, ao estresse de trabalho. Porém também existem as medidas de alimentação, de alimentação gordurosa, alimentação rica em sal que também (...) forma hipertensão, dislipidemia. (P9-Méd/M/Sousa)*

*Eu acho assim, que é mais a questão alimentar, porque a gente sempre explica aqui “Gente, vocês plantam, vocês tem o que comer, vocês tem em casa produtos saudáveis enquanto que a gente que mora na cidade a maioria das coisas que a gente come é enlatado” e você que as vezes a gente chega aqui e tá todo mundo comendo Píppos, salgadinho, refrigerante logo cedo e a gente fica assim olhando e a gente sabe que eles não podem fazer isso, mas a gente sabe que às vezes não tem mais opção de educação, é mais cultura mesmo, vem aqui pro posto e pensa que pode comer de tudo porque vai se consultar aí é como se fosse desse jeito, eu acho que é mais esse cuidado que eles tem com eles mesmos, acho que nem é falta de consciência. (P28-Enf/F/JP)*

*(...) o aspecto principal que eu vejo os postos abarrotado de pacientes é a má alimentação. A má alimentação pelo seguinte: o pessoal hoje tem aquela coisa, eles não tão orientados. (...) o pessoal hoje não tá plantando mais, só quer comprar isso, comprar aquilo. Você chega num sítio, você num vê mais a agricultura, agricultura rara, o pessoal num... Se engana muito com enlatado, com essas coisas fáceis de preparar. Isso eu acredito, que isso aí... Isso aí dá problema de saúde, o pessoal hoje só quer, né, só quer saber dessas coisas... O que é mais fácil, e o que é mais fácil tem veneno. (P38-Téc.Enf/F/JP)*

Conforme apontado por Teixeira (2016), o que tem se observado nos espaços rurais é o enfraquecimento das relações agrícolas, as quais tem perdido força com avanço da industrialização, provocando outros modos de vida, por vezes, aqui vistos como geradores de novas vulnerabilidades em saúde.

Ainda em relação ao estilo de vida, na fala dos profissionais também surgiram percepções que remetem à ausência de cuidados básicos, incluindo precários hábitos de higiene, os quais repercutem e aumentam as vulnerabilidades em saúde destes. Aqui faz-se

necessário refletir sobre os estereótipos que vinculam condições socioeconômicas menos favorecidas à sujeira, à falta de higiene, ao desleixo, como pode ser visto:

*(...) São pessoas carentes, muito pobres, que não tem nada mesmo, que além de ser pobre não tem higiene. (P25-ACS/F/Sousa)*

*(...) É o cuidado que elas não têm, elas não têm o cuidado de se cuidar, de se cuidarem em casa, tá me entendendo? Aí por conta de elas não se cuidarem, aí cria aquele criatório da própria doença (...). Elas não se cuidam, não ligam de cobrir, de tampar as caixas, deixam tudo aberto, acham que aquele acúmulo de água tá causando até sucesso, mas na verdade tá causando é problema. (P7-ACS/F/Sousa)*

*(...) A questão de serem pessoas humildes, que têm pouco conhecimento a respeito de doenças, menos higiene, conforto, etc. (P45-Enf/M/Sousa)*

*O pessoal não sabe fazer uma água, por exemplo, que eles captam, eles não ferver pra dar a criança, coloca numa geladeira. (...) Os cuidados gerais com as crianças, também, principalmente com lactentes. Crianças de 0 a 6 meses que só deveriam fazer uso de leite materno, a mãe já vai botando leite de vaca no primeiro mês, já dá mingau, já dá maisena. Só umas coisas que já não existe mais, que não pode existir no contexto, na realidade de hoje em dia, mas que pela falta de conhecimento deles ainda persiste isso aí. (P42-Méd/M/Sousa)*

Tais percepções precisam ser consideradas e refletidas sob um ponto de vista crítico, de modo a não reforçar estigmas que acabam distanciando o profissional do usuário, fragilizando as relações de cuidado, seja pelo “nojo” de uma maior aproximação, já que o usuário é visto como sujo e mal cuidado; seja pela não credibilidade que esse profissional dá ao usuário com relação à adesão de práticas e hábitos, preventivos ou curativos, que lhes possam ser passados durante a produção do cuidado. Tal fato sinaliza o desencontro de expectativas que comumente ocorre no processo do cuidar, conforme discutido por Feuewerker (2016): enquanto os profissionais esperam que os usuários reorganizem sua vida em função de prescrições baseadas em seu saber técnico-científico; os usuários esperam que os profissionais o ajudem a fazer com que o problema que enfrenta incomode o menos possível seu modo de vida, indicando que nem sempre o que um vai considerar como problemas e necessidades de saúde coincidirá com o que o outro considerará e, por isso, ser tão importante tomar o usuário como referência.

Também nestes *aspectos individuais* emergentes do contexto rural, uma técnica de enfermagem trouxe em seu discurso a carência afetiva que esses usuários têm, sinalizando uma necessidade de saúde voltada às tecnologias leves de cuidado:

*Eles são pessoas humildes, que as vezes eles procuram aqui a unidade de saúde, vem verificar uma pressão mas conta sua vida todinha. Como se ele se sentisse necessidade de procurar uma pessoa que escutasse eles pelo menos um pouco, é como se ele não tivesse uma pessoa, não tivesse dado atenção em casa e ele procurasse um profissional pra desabafar. Numa simples verificação de pressão a maioria das vezes eu sei a vida da pessoa todinha sem nem perguntar. “Ah, eu tô com uma pressão alta porque aconteceu isso e isso”... Desabafa, desabafa, desabafa... Pronto, já sai aliviado do problema. São pessoas humildes que as vezes procuram a unidade de saúde pra ter um pouco de atenção, que uma pessoa olhe pra eles. (P39-Téc.Enf/F/Sousa)*

Sobre isso, observa-se que essa busca pelo serviço de atenção básica enquanto um espaço de acolhimento e de escuta não se dá apenas em contextos rurais, mas trata-se de uma demanda dos usuários enquanto pessoas que são, com suas fragilidades, histórias de vida, por vezes carregadas de violências sofridas silenciosamente, sinalizando a necessidade de um cuidado para além do curativo. Enxergar a UBS enquanto um espaço humanizado, no qual o profissional de saúde está aberto a uma escuta atenta, fortalece o vínculo do usuário com o profissional e consequentemente com o serviço, construindo uma relação de confiança na qual a saúde integral dele é vista.

Porém, conforme Feuerwerker (2016) discute, dependendo do modo e do recorte que o profissional utiliza ao se aproximar do usuário, sequer vai vislumbrar os diversos aspectos da vida deste que vem junto com a “queixa”, quais sejam seus saberes, sua história de vida, seus medos, fantasias, dificuldades, religião, trabalho, entre outros, os quais, segundo ela, são fundamentais para as apreciações e decisões a serem tomadas no ato do cuidado.

Saindo dos *aspectos individuais* e partindo para a segunda subcategoria, a qual trouxe os *aspectos sociais*, verificou-se que os profissionais também percebem as próprias características do contexto rural – marcadas por uma precarização das condições sociais – como geradoras de vulnerabilidades e necessidades de saúde, desde a infraestrutura da cidade, a baixa condição sócio econômica dos moradores, refletindo em uma pauperização e má qualidade de vida, entre outros. Aqui, o saneamento básico e o acesso à água potável foram as questões que mais surgiram nas percepções dos profissionais:

*É, como muitas cidades no interior do nordeste, né, aqui tem essa dificuldade do saneamento básico, infraestruturas não só na parte de saneamento, como na água tratada, não tem acesso a outras coisas como lazer, etc. Então, tudo isso acaba interferindo de certo modo tanto na educação da população como na saúde dessa população. (P11-Méd/M/Sousa)*

*(...) também a questão daquilo que a gente tá sofrendo muito que tá influenciando muito é a questão da água, porque a gente não tá tendo água é só na base do caminhão pipa, faz um ano que o açude tá seco. Aí a gente tá até com uma questão de*

*que tá muito alto o índice de hipertensão aqui, tá altíssimo, a gente teve até uma palestra esses dias aí já com relação a isso porque a gente acredita que seja a água muito salgada que tá sendo oferecida para população, são esses fatores assim que né a cada dia a gente vai surgindo um fator novo. (P14-Enf/F/Patos)*

*A água não tem tratamento, não tem agora, não tem mais tratamento, os meninos é com diarreia, é com pele manchada, com coisa na pele né assim... na pele, tudo isso é água, é verme, entendeu? A água daqui não é tratada. (P15-ACS/F/JP)*

*Infraestrutura em tudo, água... água encanada... um saneamento básico, básico mesmo, o próprio básico de ter um banheiro na sua casa, de ter uma água encanada.. aqui eu peguei uma... um pessoal... uma água poluída que contaminou a metade da população e que o postinho aqui não deu conta... entendeu?! Então é assim uma coisa... bem... bem pesada aqui nesse interior, isso aí eu vi que é bastante alarmante. (P19-Méd/M/JP)*

Sobre isso, os profissionais destacaram também a não compreensão da população quanto à importância desses aspectos sociais na manutenção de sua saúde. Esta acaba negligenciando alguns cuidados que poderiam ter para diminuir essas vulnerabilidades e/ou acabam vinculando a saúde aos aspectos programáticos e não a questões sociais que poderiam ser resolvidas se houvesse um empenho da gestão, por exemplo, como apontado por estes médicos:

*Eu acho que... Ainda é pouco a questão do... da... Esgotamento sanitário, né... Esgotamento sanitário, controle de zoonoses, tem muito animal solto ainda assim, aí isso aí é pontual, né, aqui eu percebo isso, já bati na tecla, mas tem uma questão da... da resistência da população, não quer que apreenda os animais... (P9-Méd/M/Sousa)*

*Não adianta. A prioridade é ver o médico aqui, eles não entendem que se, um saneamento básico ia trazer uma qualidade melhor de vida pra eles, certo, uma atividade física...a gente incentivar essas academias. (P41-Méd/F/Sousa)*

Tais vulnerabilidades sociais, mesmo que por vezes não tão notadas pelos usuários, acabam interferindo nas práticas de cuidado, uma vez que se tornam barreiras para o controle de determinados agravos e doenças ou para a continuidade do cuidado, conforme destacado por essa enfermeira:

*A gente tenta trabalhar no território descrito, no território que tá mais perto, pra conhecer justamente essas condições de vida e saúde e atuar sobre elas, só que tem alguns, um limite no que a gente pode fazer, né? (...) Eu posso trabalhar com relação a saúde, só que chega um momento que tem outras coisas que interferem na saúde que eu não posso trabalhar. Eu não posso fazer uma feira pra cada gestante que me vem que não tem o que comer em casa, não posso fazer isso. Eu não posso dar água numa cidade que tá faltando água pra todo mundo, quem não tiver dinheiro não tem água,*

*porque tem que abastecer com o carro pipa. Então isso é complicado. (P40-Enf/F/Sousa)*

Sobre esse contexto rural também fora citado por um profissional da Macrorregião de João Pessoa a presença de uma usina de cana de açúcar na cidade enquanto um fator promotor de vulnerabilidades em saúde, principalmente para as doenças respiratórias:

*O que prejudica muito, o que o povo fala muito é dessa usina né, que solta muito pó, esse período agora é o povo mais com alergia a esse pó e o que contribui. (...) Eu acho que o foco maior é essa poluição da usina mesmo. (P36-Téc.Enf/F/JP)*

Outro aspecto social que marca esses contextos e que fora bastante citado foram as condições sócio econômicas da população, os profissionais citaram com frequência a baixa renda como um fator de vulnerabilidade em saúde, desta feita trazendo uma percepção a nível mais macro, percebendo a população como um todo desse contexto nessa condição de pauperização de forma bem clara nos discursos.

*Mas a grande maioria é de baixa renda, é de baixa instrução escolar, né, de baixa renda. A maioria agricultor, entendeu...o trabalho é realmente trabalho rural. A grande maioria é, fica numa faixa mais baixa, tanto financeira como de escolaridade. (P41-Méd/F/Sousa)*

*Dona de casa, né? (...)No caso que elas trabalham aqui no campo e são mais vulneráveis. Têm baixa escolaridade, no caso torna mais vulnerável ainda. Em cidades pequenas a questão da escolaridade, pouco estudo; a questão da renda menor. (P4-Enf/F/CG)*

De acordo com os profissionais, tal condição leva-os a procurarem o serviço do SUS, uma vez que não possuem condições financeiras para procurar um serviço particular ou pagarem um plano de saúde.

*Geralmente é uma população mais carente, com pouco acesso ao serviço de saúde de fora, sem condições financeiras de procurar um serviço particular... Um pessoal mais carente. (...) Zona rural... Aqui a gente pega o setor da zona rural. (P37-Téc.Enf/F/CG)*

*Quem são essas pessoas? Na grande maioria, o pessoal da zona rural... Pessoal simples, humilde, tá certo? Que procura o serviço pela necessidade em si mesmo, pela patologia. (P45-Enf/M/Sousa)*

*Pessoal mais pobre, mais necessitado que não possui condição de procurar saúde por outros meios. (P43-Téc.Enf/F/Patos)*

Nas nuances desses discursos encontra-se o estereótipo de que o SUS foi feito para o pobre, para aqueles que não tem condições de pagar um plano de saúde ou um serviço

particular, o que interfere diretamente na relação e no vínculo construído durante o processo de produção do cuidado, sendo o usuário visto como aquele que “padece” de cuidados, como “coitadinho”, como “miserável”, dependente do serviço. Tais percepções reforçam o estabelecimento de uma relação de poder-saber, bem como a cultura de um “SUS para os pobres” e não de um “SUS para todos”, interferindo inclusive na qualidade da oferta do cuidado, por vezes feito de qualquer modo, negligenciando-se aspectos importantes, preconizados pela legislação que rege as políticas públicas de saúde do Brasil, mas que acabam ficando no “SUS do papel”.

Inclusive, destaca-se a ausência ou pouca disponibilidade de serviços de saúde particulares nesses municípios, o que reforça a inviabilidade do usuário procurar por estes. Ou seja, não é simplesmente por falta de condições financeiras, mas pela ausência ou inexistências de um cuidado em saúde privado nestas localidades. Isso só aumenta a importância do SUS enquanto política pública que alcança um abrangente escopo de ações e enquanto um direito garantido constitucionalmente a todos os brasileiros, independente da condição socioeconômica.

Esse desfavorecimento socioeconômico fica visível quando se observam as condições de moradia desses usuários, fator que influencia diretamente em sua qualidade de vida. Alguns profissionais da Macrorregião de Sousa trouxeram essa precária moradia como um fator que precisa ser considerado no processo de cuidado, uma vez que desencadeia uma série de outras vulnerabilidades, refletindo nas necessidades de saúde da população.

*(...) ainda existe muita casa de taipa, essa população fica muito vulnerável..., não tem rede de esgoto... Essa série de fatores. (P45-Enf/M/Sousa)*

*Você percebe que a, o contágio dessas doenças é mais ambiental. São pessoas que ainda moram em casa de taipa, né, que moram num bairro que não tem saneamento básico, que o esgoto é a céu aberto, entendeu. (...) Então assim, as doenças são doenças que geralmente poderiam ser evitadas se tivesse uma boa educação em saúde. (P41-Méd/F/Sousa)*

*A falta de higiene, a poeira, que tem nessas casas de taipa. O barbeiro, que persegue essas casas de taipa, que pode contaminar, a doença de Chagas. Problemas de garganta, crianças que dormem naquelas casas, respirando aquela poeira que vem das paredes cheias de barro. E falta saneamento, não ter uma fossa, um banheiro adequado pra você ir no mato, tomar um banho (...). Junta muito mosquito. Eu acredito que essa falta de saneamento básico e essa falta de casa deixa a população muito mais doente. A falta de saneamento, de higiene. (P25-ACS/F/Sousa)*

Essa pauperização por vezes assusta os profissionais, que ao perceberem o usuário como tão vulnerável acabam sendo movidos de uma compaixão, até pelo “choque” com a sua realidade, como pode ser visto no discurso dessa enfermeira:

*A minha micro área é muito vulnerável pelo que eu pude perceber nesse pouco tempo. Tem muita gente carente, inclusive, assim eu já fiz visita domiciliar em famílias que vivem em casas de taipa, em uma situação muito difícil...eu fiquei, quando eu entrei, eu “meu Deus, eu nunca vi isso na minha vida”, eu não sou rica, mas eu eu nunca cheguei a ver a pobreza tão de perto na minha vida, a extrema pobreza, né. E hoje inclusive um paciente chegou pra mim e disse “eu vivo numa casa de taipa, é assim, assim” porque eu fui perguntar como era a casa dela, como era a higiene, tudo bem direitinho (...) então isso é muito comum aqui. É tanto que, se você for saindo ali um pouquinho da cidade você já vai vendo que existe muitas casas assim. Então isso já quer dizer o que, que a população é carente, é muito carente. Demais. (P40-Enf/F/Sousa)*

Sobre isso, mais uma vez é importante destacar que essas percepções inevitavelmente interferem na relação de cuidado que é estabelecida entre profissional-usuário, podendo levar a uma estigmatização e à oferta da saúde não enquanto um direito, mas enquanto um ato de solidariedade, de compadecimento, sendo, portanto, um terreno perigoso. Vale ressaltar que torna-se impossível produzir esse cuidado sem que estas percepções o permeiem, mas que é importante que o profissional de saúde esteja atento às suas práticas para que essas não legitimem um lugar de desfavorecimento tal do usuário que este se torne um “coitadinho” que carece de cuidados, que depende da boa vontade dos profissionais de saúde, os quais, por sua vez, acabam assumindo esse papel de “bonzinhos”, “heróis”, que ofertam a saúde como um favor e não como um direito, hierarquizando o vínculo e fragilizando o direito proposto pela Constituição brasileira.

Esses profissionais também destacam a falta de investimento por parte da gestão para que essa situação seja mudada, que apesar de receber financiamento e de ter a possibilidade de aproveitamento dos recursos que a própria cidade oferece, não prioriza aspectos da infraestrutura local para o aumento dessa qualidade de vida da população, deixando de promover saúde. Assim, observa-se a desarticulação entre as políticas públicas, que acabam atuando de forma isolada, não dialogada e intersetorial, refletindo nos números epidemiológicos de agravos e doenças. Ainda falta compreender que a promoção da saúde está para além da abertura de serviços de saúde, da contratação de profissionais, da compra de materiais e insumos, mas está envolta pelos diversos aspectos da vida social, sendo influenciada pela infraestrutura, educação, lazer, trabalho, entre outros.

*Muitas casas têm saneamento básico, com banheiro, com suas fossas e outras a céu aberto, né. A maioria onde eu passo, sempre tem essa dificuldade, essa carência. (...) com pessoas carentes, pessoas que precisa de saneamento básico nas suas casas, casas que não sejam casa de taipa. Só no sítio que eu trabalho, chamado sítio Caatinga, só lá tem 23 casas de taipa (...) O governo já fez muito, mas de taipa não. As de taipa ainda existe e lá vem grande risco, né. (P25-ACS/F/Sousa)*

*Infraestrutura pública mesmo, aqui falta muito saneamento básico. (...) E se a gente pudesse também contar com essa estrutura do município, a estrutura física do município. É um município muito rico, tem muitas fazendas, muito agricultura, muita pecuária, mas isso não é aproveitado. Mas em questão de resolutividade pra saúde, não. (P41-Méd/F/Sousa)*

Inclusive, sobre a falta de opções para lazer e fomento da cultura nesses municípios pequenos, os profissionais também a citaram como um fator que aumenta a vulnerabilidade em saúde destes usuários, sobretudo do que se refere à saúde mental, como pode ser visto nos discursos dessas enfermeiras:

*A questão que interfere muito (...) do lazer que eles não tem muito, entendeu? Então interfere também na condição de saúde, eles ficam muito ociosos, então eles ocupam muito o posto de saúde por isso. É uma das maiores causas. (P21-Enf/F/Sousa)*

*Eu acredito que a falta de ocupação, dando o exemplo pela cidade que eu trabalho, como aqui as mulheres casadas os maridos viajam, são redeiros e passam muito tempo fora então a falta de ocupação delas repercute num problema de saúde mental, até problema físico mesmo, porque elas não têm ocupação de nada. (P31-Enf/F/Patos)*

*Ah, falta cultura para eles ter... Aqui num tem nada. Lá na minha área mesmo tem muito uso de droga... falta alguma coisa de cultura para eles aqui, até a escola... (P16-Enf/F/JP)*

Ainda sobre essa saúde mental, também foram elencadas as próprias condições e a pouca oferta de trabalho nesses contextos rurais, ainda sendo permeado pela agricultura local ou por um trabalho que exige o distanciamento da família com a realização de viagens na tentativa de garantir o sustento da mesma. Tais aspectos são geradores de sofrimento psíquico tanto para os trabalhadores quanto para a família que fica à sua espera, conforme ilustrado nas falas a seguir:

*Eu acredito que a falta de ocupação, dando o exemplo pela cidade que eu trabalho, como aqui as mulheres casadas os maridos viajam, são redeiros e passam muito tempo fora então a falta de ocupação delas repercute num problema de saúde mental, até problema físico mesmo, porque elas não têm ocupação de nada. (P31-Enf/F/Patos)*

*Mais vulneráveis? Aqui há... tem muito um grande problema em relação à saúde mental porque as pessoas de Vista Serrana, grande parte, é... Da renda da cidade, acho que em torno de 70% ela vem de fora, então muitas pessoas viajam e passam seis meses fora daqui, aí isso afeta muito a saúde mental de quem fica e também de quem vai, então acho que deixa mais vulnerável assim, a depender de medicação psicotrópica (...) até quadros de depressões, às vezes, alguns reversíveis, outros não... Então acho que um dos principais problemas pra minha cidade hoje, eu vejo essa ausência, a saída e a chegada de pessoas. Porque a cidade ela não tem como manter esses trabalhadores aqui, porque eles vivem do comércio e eles precisam sair, então já que não tem como trazer todo mundo pra morar aqui, criar meios e estratégia de ocupar quem fica pra que se tenha uma qualidade melhor na saúde. (P30-ACS/F/Patos)*

Assim, os profissionais sinalizam que uma melhor oferta de trabalho poderia ser um meio para aumentar a qualidade de vida da população, o que nesses contextos acaba ficando bem limitado e restrito.

*A falta de trabalho que iria oferecer a eles uma condição de vida melhor. (P43-Téc.Enf/F/Patos)*

*A falta de trabalho, né, a falta de trabalho também... tudo intercorre... A renda, devido a renda ser baixa, né, dificulta também pra uma qualidade de vida não muito... boa. (P20-ACS/M/Sousa)*

E como terceira e última subcategoria dessa categoria *contexto rural*, foram trazidos os *aspectos programáticos* que permeiam as vulnerabilidades e necessidades de saúde dos usuários, elencados pelos profissionais como sendo um reflexo do contexto rural. Ou seja, essas percepções dos profissionais destacaram de que modo o contexto rural é gerador de vulnerabilidades programáticas, dificultando a efetivação do direito à saúde.

Entre esses aspectos, os mais citados foram a distância do serviço para as áreas mais rurais da cidade, uma vez que não há um transporte que possibilite esse acesso, tanto para profissionais irem até essas localidades para realizar o atendimento, quanto para usuários irem até à UBS, dificuldade inclusive trazida por alguns usuários do Estudo 1. Essa dificuldade é apontada principalmente pelos profissionais da enfermagem:

*Bem, assim, o pouco que eu já pude observar é que existe uma precariedade como todo interior de estado, todo interiorzinho com menos de 10 mil habitantes tem suas dificuldades, tanto em questão de transporte pra esses pacientes se locomoverem pra chegar à serem atendidos. (P40-Enf/F/Sousa)*

*Justamente, a gente não consegue dar um cuidado adequado (...) não tem como fazer tudo o que o Ministério preconiza, (...) a distância de carro pro sítio é grande (...). Daí tudo interfere no cuidado, tudo é longe para a população, no caso para fazer exame, pra buscar remédio. Então, como as condições de trabalho está lá em baixo, a oferta de cuidado também está lá em baixo. (P4-Enf/F/CG)*

*As dificuldades, as principais dificuldades que a gente encontra é a questão do acesso... por ser de zona rural, a gente tem dificuldade pela questão do transporte. O município tem pouco transporte (...). A gente tem um transporte pra todos os PSF, então isso dificulta muito o trabalho da gente. (P27-Enf/F/Sousa)*

*(...) o que interfere mais assim é a distância da Unidade pra algumas localidades que a gente atende. Tem como exemplo o Sítio Bola, é muito distante da Unidade (...) Tem esse posto ali que é do Papagaio que é como um apoio, né? E a gente ainda sente dificuldade do pessoal ir pra lá, por conta que eles acham muito distante vir pra cidade e ainda chegar aqui na cidade ter que se locomover até o Papagaio. (P32-Téc.Enf/F/JP)*

Além da distância como um fator que dificulta o acesso à UBS, aumentando a vulnerabilidade programática em saúde, o contexto rural também se apresentou nas percepções dos profissionais como um fator que pode impedir ou facilitar a construção do vínculo profissional-usuário. Pelas suas condições de vida e necessidades de saúde, acabam colaborando na relação médico-paciente:

*Bom, é o perfil geral de uma pessoa carente, carente em recurso financeiro, carente em relação ao aspecto educacional também, mas são pessoas sempre acessíveis e que cooperam na relação médico-paciente. (P17-Méd/M/CG)*

Ou, por aspectos culturais, preconceitos e crenças próprios do contexto, resistem por receber o cuidado em saúde por um serviço do SUS daquele município por não acreditar na sua qualidade ou, quando buscam, o fazem numa perspectiva curativista:

*(...) por ser uma cidade pequena é que tem muita gente que não deposita uma confiança no serviço da cidade. (P8-Enf/F/Sousa)*

*E a questão da população, que ainda tá muito no modelo anterior de saúde, né, no modelo tradicional, no modelo biométrico, muito ligada à questão da doença, do foco na doença, (...) eles não têm o interesse de participar de atividade de educação em saúde, porque não envolve alguma coisa concreta, algum atendimento imediato. Eles vêm pra consulta, assim, que tenha algum desfecho naquele momento, não uma coisa a longo prazo, alguma coisa que teria resultado a longo prazo, mas uma coisa que tem que ser imediatista. (...) aí vem toda aquela questão do modelo de saúde, né, o modelo tradicional de saúde que ainda é vigente em toda população, não só nas cidades grandes, mas principalmente na cidade pequena. É um paradigma que ainda não foi quebrado. (...) a gente acaba se perdendo no caminho, por causa desses percalços e da aceitabilidade dos pacientes (...). Então, tem essa dificuldade deles aceitarem mesmo. (P40-Enf/F/Sousa)*

Essa não credibilidade no SUS acaba se acentuando quando o usuário se vê com um acesso restrito à saúde devido à ausência de serviços especializados no município, uma rede de referência e contra referência efetiva, inevitavelmente provocando limitações na

resolutividade do cuidado que lhe é ofertado no âmbito da atenção básica, como já apontado pelos profissionais no instrumento quantitativo (Parte I).

*(...) a cidade pequena nem sempre resolve os problemas gerais da saúde da pessoa, né. Porque as vezes tem problemas que não pode ser resolvido aqui, então isso aí dificulta. (P38-Téc.Enf/F/JP)*

*(...) prejudica, né, prejudica... porque aí tem que encaminhar pra João Pessoa, tem... se tivesse aqui seria melhor, né... mas aí essas outras coisas assim, mais... mais sérias tudo aqui encaminha pra João Pessoa. (P12-ACS/F/JP)*

*Acho que eles necessitam muito de um setor de emergência aqui nesse interior, que é uma... uma calamidade isso, o pessoal sofre qualquer coisa e ter que descer pra Guarabira, aí não tem acesso, não tem carro (...) eles não têm condição de descer pra Guarabira, então fica um descaso total em relação a isso. (P19-Méd/M/JP)*

A esse respeito, Maximino, Liberman, Frutuoso e Mendes (2017) destacam a complexa relação entre a atenção básica e a especializada, a qual fica permeada por disputas de poder através de relações hierarquizadas entre profissionais e as diferentes ações e serviços ofertados, sendo a atenção básica vista ainda como simples, menos complexa e, por isso, menos importante. Tais percepções segundo esses autores, são mantidas por profissionais e usuários, criando uma cultura de desvalorização da atenção básica e de competição de saberes e práticas de cuidado, dificultando a cooperação e a produção de redes.

Para além disso, os profissionais também destacaram que as condições de vida, principalmente financeiras, interferem na continuidade do cuidado, pois os usuários acabam não tendo como comprar alguns medicamentos que lhes são prescritos e que, porventura, não sejam oferecidos pelo SUS (dificuldade inclusive apontada pelos usuários no Estudo 1); nem realizar exames que lhes são solicitados, sendo por meio do SUS o único acesso de saúde deste usuário, deixando-os mais vulneráveis.

*A questão aqui é que muitas pessoas, infelizmente, não tem o dinheiro pra comprar medicação e ficam sem tomar medicação, vão ter que ir pra hospital, se internar, por conta da questão financeira, da questão estrutural mesmo, eles não tem acesso à medicação básica. Aqui é mais complicado essa questão. (P42-Méd/M/Sousa)*

*Existe, olha, porque assim, aqui existe uma farmácia porque como aqui é uma área carente e pra ir pra cidade, pegar lotação fica difícil porque tem o dinheiro, essas coisas, aí tinha uma farmácia mas aí não pode ficar e foi retirada, dificultou muito a questão de medicação né, que eles sentem falta e reclamam que nem eles tem dinheiro pra ir buscar, comprar, nem tão pouco pra pagar pra ir no posto do centro buscar. (P44-Téc.Enf/F/JP)*

Assim, observou-se um imbricamento entre as vulnerabilidades, as quais são subdivididas conforme o quadro conceitual da V&DH muito mais por uma questão didática

para facilitar a compreensão de suas nuances e particularidades, mas que estão em constante entrelaçamento. Assim, observou-se aspectos individuais e sociais produzindo vulnerabilidades programáticas em saúde nesse contexto rural, repercutindo na efetivação do direito à saúde, seja pelas barreiras subjetivas e culturais criadas pelas percepções dos usuários e/ou profissionais, seja pelos aspectos sociais, políticos e estruturais que dificultam o acesso ao serviço, impondo limites à atuação do profissional de saúde quanto à continuidade do processo de produção do cuidado.

#### **6.4.2.2 Percepções acerca do serviço de saúde**

Se na primeira classe temática foi possível investigar as percepções que os profissionais possuíam acerca dos usuários da UBS, nesta segunda classe temática apareceram as suas percepções acerca do serviço de saúde no qual trabalha, desde os aspectos técnicos e estruturais quanto os relacionais que envolvem o processo de produção do cuidado em saúde na atenção básica desses municípios rurais.

Assim, nessa classe temática surgiram três categorias, as quais apresentaram suas percepções sobre: 1) a *Oferta do Cuidado* no serviço, fazendo uma avaliação sobre a saúde do município e a UBS, desde aspectos macro e micro envolvidos na produção do cuidado em saúde; 2) as *Dificuldades versus Prioridades para a efetivação do cuidado*, destacando as barreiras encontradas e as prioridades para a efetivação do cuidado no cotidiano do serviço; e 3) sua *Satisfação com o trabalho*, aqui apontando aspectos referentes à sua atuação enquanto profissional de saúde da atenção básica no contexto rural.

##### **6.4.2.2.1. Oferta do cuidado**

Nesta categoria, surgiram duas subcategorias: *avaliação geral* e *organização do cuidado*. Inicialmente partiu-se de uma *avaliação geral* do cuidado em saúde que é ofertado no município e na própria UBS, momento no qual os profissionais traziam suas percepções de um ponto de vista macro, avaliando a saúde local, numa perspectiva mais da saúde enquanto uma política pública. Depois, foram ressaltadas percepções a nível mais micro, referentes à *organização do cuidado*, ou seja, à dinâmica da UBS e das práticas de cuidado cotidianas que configuram o processo de produção do cuidado, efetivando o que aqui nessa tese está se considerando como o “SUS vivo”, destacando sobretudo o cuidado em equipe.

Quanto à avaliação geral realizada pelos profissionais acerca da situação de saúde local, verificou-se que a maioria dos profissionais a avaliaram positivamente, sempre

reforçando os avanços, as potencialidades e o que havia de bom no município, inclusive quando comparado com outros, como ilustram tais discursos:

*Deste município? Boa. porque eu tive a oportunidade de estar em um outro município e pude comparar. Quando eu cheguei aqui fiquei maravilhada pela organização daqui, é uma coisa a melhorar, não falo que está 100% ótimo, mas comparando com outros, é bom. (P3-Méd/F/Patos)*

*Assim como muitos dos municípios do interior do nordeste, eu olho como um boa qualidade prestada à assistência à saúde, não vou dizer que é excelente porque eu estaria sendo demagogo, estaria sendo errado, eu avalio como bom (...) (P11-Méd/M/Sousa)*

*Olha, eu avalio que... Uma saúde muito boa, entendeu? Eu avalio assim, porque já tivemos situações bem assim, difíceis, e hoje pra um lugar pequeno a gente tem sim... Um lugar pequeno, com poucos habitantes, nós temos sim, apoio de vários profissionais, é claro que precisa de ser melhor, que em todo canto precisa, entendeu? Mas eu avalio muito bem a saúde daqui. (P12-ACS/F/JP)*

*A saúde de forma geral, como em todo município pequeno... Eu ainda acho que a saúde na minha cidade não é das piores, sabia?! Não é! Apesar de crise, dessas coisas, eu ainda acho que não é das piores, entendeu? Porque eu já tenho visto coisa pior, então ela fica num patamar vamo dizer assim (...) entre 0 e 10, eu daria 7, entendeu? (P38-Téc.Enf/F/JP)*

Apesar dessa avaliação positiva, que pode ser compreendida pela desejabilidade social sentida no momento da coleta, como já discutido na Parte I – pelo receio que alguns profissionais apresentavam daqueles discursos chegarem até os gestores e eles receberem algum tipo de represália política –, alguns sinalizaram, mesmo que sutilmente, algumas dificuldades ou percalços que comprometem a qualidade da saúde do município, reconhecendo que ainda há muitas limitações:

*As condições elas são um pouco limitadas, assim como nas demais cidades de todo o interior do nordeste apresentam essa dificuldade. (...) Então, eu acho que é bom, mas ainda falta muita coisa, ainda. Existe muita coisa pra ser melhorado. (P11-Méd/M/Sousa)*

*Eu avalio como boa (...) apesar de algumas dificuldades que ainda encontramos acerca da saúde. Mas ela é de boa qualidade. (...). (P27-Enf/F/Sousa)*

*Olha, com relação aos municípios, na medida do possível, o que eles podem fazer na saúde aqui ela é boa sabe? Lógico, ela precisa melhorar, mas é... Que não depende deles, mas no que a gestão pode fazer ela faz, então eles tem um atendimento. (...) tem a van que vai todos os dias, tem pacientes marcados, as vezes até mesmo só um paciente marcado pra um especialista e levam, assim, da toda assistência ao paciente, é isso que eu acho aqui. A saúde de maneira geral ela é boa. Com os altos e baixos, ela é. (P44-Téc.Enf/F/JP)*

*A saúde dentro do município, ela ainda requer muitos ajustes, mas no que tem disponível, certo, apesar do pequeno, da restrição de recursos, eu ainda avalio como satisfatória. (P41-Méd/F/Sousa)*

E apenas dois profissionais avaliaram negativamente a saúde local de forma direta e explícita em seus discursos:

*Deixa muito a desejar. Deixa muito a desejar, pode-se melhorar muito. Açam que é bicho de sete cabeças, mas eu acho... pra mim, eu acho que não é. (P19-Méd/M/JP)*

*(...) mas em termos de saúde do município, de gestão, tudo é muito precário. (P31-Enf/F/Patos)*

Essas mesmas avaliações satisfatórias ocorriam quando perguntado sobre a UBS em que eles trabalhavam, apontando os aspectos positivos do serviço, corroborando com os dados quantitativos, mas também sinalizando as dificuldades que existem:

*No meu serviço ela é satisfatória, apesar de ser um município pequeno (...). (P21-Enf/F/Sousa)*

*(...) nesta unidade o serviço é bem organizado sim, dentro do que a gente pode ofertar. (P23-Méd/M/CG)*

*Aqui nessa unidade onde eu trabalho as condições são boas. Se falta porque a saúde no modo geral em qualquer lugar tem suas deficiências, mas aqui, de um tempo pra cá, melhorou bastante. (...) Aqui é bastante satisfatório, do meu ponto de vista, independente de eu trabalhar aqui, mas a realidade aqui se você for comparar com outros locais é bastante satisfatória. (P37-Téc.Enf/F/CG)*

*As condições de trabalho aqui é boa, né. (...) o básico a gente tem, na medida do possível a gente faz, do jeito da gente. (...) Interfere, né, porque assim... Quanto mais recurso você tiver vai ser melhor, né. (...) Agora assim, da estrutura daqui acho que ta... Ta legal. (P13-Enf/F/JP)*

Bem como foram ressaltadas a capacidade e o empenho dos profissionais que compõem o serviço, dando o seu melhor para que o cuidado em saúde seja ofertado com qualidade, apesar de aparecerem as limitações e dificuldades no meio do caminho:

*É ótimo! 100%! É todo mundo engajado pra que a saúde saia de acordo como manda a lei. Pela parte dos profissionais todo mundo trabalha para o bem estar do paciente. (P39-Téc.Enf/F/Sousa)*

*São satisfatórias. Falta muita coisa, como em todo país falta, mas aqui é confortável, certo, as pessoas se importam em deixar um ambiente agradável. (P41-Méd/F/Sousa)*

Vale ressaltar mais uma vez que, nesse momento da entrevista, o qual já fora perto do seu término, frequentemente observou-se um viés político na fala desses profissionais, os

quais apresentavam uma avaliação positiva muito mais na tentativa de maquiar as dificuldades já elencadas durante a entrevista do que propriamente mostrando a realidade. Pelo medo que eles apresentavam de algum tipo de represália, preferiam não externar suas insatisfações principalmente quando indagados direta e claramente sobre a avaliação que ele fazia da saúde local e do serviço em si. Entretanto, também como já dito em outro momento, essa satisfação também pode refletir a realidade, mostrando que esses profissionais percebem que os entraves encontrados não são impedimentos para a qualidade da saúde naquele município e no serviço em que trabalham.

Por isso, não se pode desconsiderar essa qualidade mencionada por eles, pois, de fato, o que se observou-se é que, mesmo muitas vezes sendo insuficiente, o direito à saúde é efetivado nesses municípios no nível da atenção básica através da UBS local, buscando dar conta da maioria das demandas de saúde daquela população. O que se observa na realidade dos serviços é que a atenção básica, apesar de limitada, tem grande potencial de trazer resolutividade às principais demandas de saúde da população ao atuar com base na territorialização. Porém, a grande questão está na manutenção da qualidade desses serviços, na contratação de profissionais para formar uma eSF completa e que forneça um cuidado humanizado, integral e equânime, além de outros aspectos. Mas, sem dúvida, o SUS enquanto política pública de saúde, através da ESF, como já dito em outro momento, consegue chegar onde outros serviços não conseguem, buscando garantir o acesso à saúde para a população.

Já na segunda subcategoria, nomeada de *organização do cuidado*, os profissionais trouxeram aspectos que remetem à forma como essas práticas de cuidado se dão no cotidiano do serviço, como de fato esse cuidado em saúde é ofertado aos usuários, ilustrando como acontece o “SUS vivo”.

Com maior frequência, surgiram nos discursos a sistematização de cronogramas semanais, ou seja, da organização do atendimento diário por linhas de cuidado, grupos prioritários, como diabéticos, hipertensos, mulheres, crianças e gestantes, como pode ser visto a seguir:

*A organização é que tem o dia do “hiperdia” que vem o hipertenso e o diabético, tem o dia do pré-natal. (...)cada dia da semana tem aquele atendimento específico para enfermeira (...) (P10-ACS/F/Sousa)*

*É... a gente tenta assim... tem um cronograma, segue um cronograma, né. (...) a dentista tem a programação das datas do mês, né, atende idoso, atende criança na escola, atender geral a população. A enfermeira tem a segunda-feira que faz o pré-natal, na terça conjunto familiar, as terças que tem o peso, né, faz o acompanhamento do peso das crianças, na quarta-feira atende hipertenso, diabético, faz o “hiperdia”,*

*na quinta faz o preventivo e na sexta-feira atende geral, certo? E assim... então, a gente tem uma programação. (P12-ACS/F/JP)*

*Tem, segunda feira é puericultura; planejamento familiar, aí na terça feira é o pré-natal e na quarta feira faz o citológico e a reunião com a equipe (...) e na quinta feira faz o teste rápido e hiperdia, aí na sexta feira é demanda livre que é planejamento familiar. (P16-Enf/F/JP)*

Esse cronograma também é feito levando em consideração a disponibilidade dos profissionais para irem aos lugares mais distantes, sobretudo nas áreas de sítios, para que o atendimento seja ofertado a esses usuários que tem uma maior dificuldade de chegar até à UBS, pela distância e pela falta de transporte:

*A gente trabalha com cronograma, então a gente planeja o cronograma do mês inteiro, né? E durante esse cronograma a gente inclui todas as atividades, né? Então, a gente tem médico, enfermeira, técnico de enfermagem, né? A gente não trabalha em ponto fixo, a gente tem vários pontos de atendimento. E como é zona rural, a gente abrange muitos sítios. Aí a gente se organiza dessa forma, através do cronograma pra poder atender toda a área. (P1-Enf/F/Patos)*

*Eu atendo na cidade, mas só um dia na semana que nas quintas-feiras eu atendo no sítio. A gente divide, cada semana é um sítio específico e tá bem dividido, toda vez uma vez por mês a gente visita um sítio específico. Cada sítio é um atendimento. Porém, eles podem vir para cá também. ((P5-Méd/F/CG)-Méd/F/CG)*

Assim, muitas equipes se deslocam até essas áreas rurais, improvisam os espaços de atendimento, de modo a garantir a oferta do cuidado à essa população, tentando trazer resolutividade ao máximo de demandas possíveis:

*(...) a gente tem três unidades ancoras na zona rural e a gente atende toda a zona rural. (...) só que ainda tem o sítio Mendes que a gente atende numa casa lá e tem Cachoeira dos Lucas que é um sítio mais distante, que também não tem unidade ancora, que a gente atende numa casa, a população não precisa vim. A gente sempre faz os acamados, auxilio domiciliar todo mês, fica sem atendimento não. (P31-Enf/F/Patos)*

*(...) porque a unidade da gente é mista, então a gente atende uns dias na cidade, uns dias na zona rural. Na zona rural a gente vai uma vez por semana e tem sítios que a gente vai de quinze em quinze dias, que é o sítio maior, e tem outros que a gente vai uma vez por mês. E tem um ponto de... De atendimento e eles vão pra esse local de atendimento e a gente faz visita domiciliar também na zona rural. (P21-Enf/F/Sousa)*

*Pronto... A gente trabalha pra zona rural tem a equipe de saúde, um PSF, um é zona rural e o outro zona urbana, ai tem a equipe montada, com médico, enfermeira, agente comunitário de saúde, é... ACD, o odontólogo... Ai faz a cobertura, né, tem o transporte, tem o atendimento que o médico faz, tem os consultórios dentários no sítio e a gente procura quando sair pra cada região fazer de tudo, né, atendimento médico,*

*pesar criança, então tudo... O que é de problema que a gente é... Descobre tenta resolver e os demais encaminha. Quando não resolve vai encaminhar. (P20-ACS/M/Sousa)*

*(...) a gente faz um cronograma mensal já organizando, porque a equipe da gente é bem abrangente, é muito extensa. Nos sítios assim, tem vários sítios, a gente tem que estabelecer um cronograma pra ir até algumas localidades onde tem uns pontos de apoio que a gente fica, nas escolas, em algumas salas, pra gente fazer esse atendimento (...). (P32-Téc.Enf/F/JP)*

Apesar desse cronograma, os profissionais ressaltaram a abertura às demandas espontâneas, ou seja, àquelas que não se encaixam na programação do dia, mas que também tem a porta aberta do serviço para atendê-la. Isso ocorre principalmente com o atendimento médico, uma vez que, em alguns municípios, esse profissional não está na UBS todos os dias, tendo então que haver uma programação a partir dessa disponibilidade ou a garantia de que o usuário não volte sem o atendimento:

*O único que não segue o cronograma certinho é o médico porque faz mais a demanda, mas também não tem como né, porque às vezes chega um, se bem que urgência e emergência a gente não atende aqui, mas passa por aqui e a gente não pode deixar de atender. (P28-Enf/F/JP)*

*É, exatamente, todo turno, a gente se programa pra atender uma população. Mas assim, não que a gente, se outra pessoa procurar o serviço, a gente não vai deixar de atender não. Atende também a demanda espontânea, por exemplo, eu "tô" fazendo puericultura, aí chega um hipertenso ou diabético pra consulta e também é atendido. (P1-Enf/F/Patos)*

*Bom, o acesso é o seguinte, a gente tem a demanda espontânea, que é, por exemplo, tá com algum sintoma, uma queixa, vamos supor uma enxaqueca, então a gente garante essa demanda espontânea pra eles vir pro posto e isso vai diminuir a fila de pessoas na rede de média e alta complexidade, que seria no hospital. Então, o PSF tem que resolver 80% dos problemas justamente pra evitar isso. Eu acho que a gente tá conseguindo porque, justamente, a gente não tem fila aqui no posto, a gente garante essa demanda espontânea. (P17-Méd/M/CG)*

Essa abertura às demandas espontâneas é importante pois, caso contrário, ter um cronograma fechado acaba limitando a acessibilidade dos usuários, não sendo essa intenção do Ministério da Saúde ao propor essa organização por linhas de cuidado. A proposta é que o cronograma seja apenas um modo de sistematizar o cuidado dos casos que exigem o acompanhamento pela equipe de atenção básica, porém, sem criar barreiras para as demais necessidades de saúde que chegam na UBS, garantindo o acesso em casos de urgência, demandas espontâneas não urgentes e de cuidado continuado (Brasil, 2013).

Porém, na prática cotidiana da UBS, muitas vezes observa-se que, apesar dessa abertura mencionada pelos profissionais, ocorre que muitos usuários retornam para suas casas sem o atendimento. Isto porque a demanda para as linhas de cuidado acaba sendo muito alta, muitos agendamentos são feitos e, por vezes, o profissional fica abarrotado de demandas, não conseguindo dar conta de todas que chegam até o serviço. Apesar dessa realidade, os profissionais entrevistados sempre sinalizavam a disponibilidade dos médicos em atender toda a população, sem restringir o tipo e a quantidade de atendimentos, como pode ser visto a seguir. Porém, essas insatisfações apareceram em outros momentos das entrevistas, de forma sutil ou clara, até pelo fato desse profissional, em muitas UBS, não estar presente todos os dias, deixando, portanto, o usuário sem atendimento médico.

*A gente sempre prioriza o idoso, a criança quando tá com febre, vômito, dor... Só que aqui o médico não se recusa a atender. Se tiver cinquenta pessoas, ele atende as cinquenta pessoas. Ele não tem esse limite de dizer “eu só vou atender quinze pessoas ou só vou atender vinte”, não. Enquanto tem gente pra ele atender, ele tá atendendo. Tem dias que ele sai daqui até de 1:30 da tarde. (P7-ACS/F/Sousa)*

*O atendimento do médico é assim... é livre (...). (P12-ACS/F/JP)*

*(...) agora quando é o médico aí é demanda para todo tipo de pessoas. (P10-ACS/F/Sousa)*

E essa disponibilidade fora reforçada pela fala dos próprios profissionais médicos, os quais sinalizavam que atendiam todos os que chegassem na UBS:

*Por dia? Uma média, no mínimo umas 35 pessoas. Tem dia que eu não atenda mais que isso não. A segunda eu atendo uma média de 70, hoje umas 45, amanhã dá umas 20 só. Em média é isso aí, umas 30/40 por dia. E umas 4 a 5 visitas domiciliar por semana. (P42-Méd/M/Sousa)*

*Tem época que chega a 45, certo? Mas, nas altas estações, certo, eu já cheguei a atender 105 pacientes por dia aqui. (...) chega como ontem, 70, 75. Em média são 40 por dia (...) a supervisora já disse: “não pode, tem que ser tantos por dia”. Só que a gente tem que medir, né? Medir o que você priorizar, né? A gente vê que tem muita consulta que é só pra uma renovação de receita, e que tem usuários que precisam mais, que realmente precisam ser avaliados de uma forma diferenciada. Então, a gente estica um pouquinho mais, oferta um pouquinho mais de vagas pra o atendimento médico pra poder suprir essa necessidade e não consegue, não consegue, porque todo dia é cheio. (P41-Méd/F/Sousa)*

O que se pode observar é que essa disponibilidade toda do médico acaba sendo uma forma de compensação pelos dias não trabalhados na UBS. Assim, como esse profissional sabe que seus dias de atendimento são limitados, no dia em que vai atender naquele município acaba se submetendo a uma sobrecarga de trabalho maior a fim de dar conta das necessidades

dos usuários. Entretanto, se, por um lado, garante-se que o usuário naquele dia saia com sua necessidade de saúde suprida; por outro, gera o acúmulo e o abarrotamento de atendimentos, diminuindo o tempo da consulta e consequentemente a qualidade do cuidado ofertado, limitando-se, na maioria das vezes, ao repasse de prescrições e condutas baseadas no aspecto curativista e medicalizador da vida.

Sobre esse abarrotamento no atendimento médico gerado pelas demandas espontâneas que frequentemente aparecem no cotidiano das UBS, fato também encontrado no estudo de Santos et al. (2016), estes autores destacam que, já que nesses casos a prioridade é de intervenção médica, o ato de acolher acaba não acontecendo e o serviço acaba se configurando como um pronto atendimento. Segundo eles, a manutenção da frequente demanda espontânea é motivada pela cultura centrada no médico, gerando entraves nas ações de prevenção e promoção à saúde propostas como prioritárias na atenção básica.

Voltando à discussão dessa agenda aberta à demanda espontânea, os profissionais ressaltaram que sempre são priorizados os moradores de áreas mais afastadas, de sítios, da área rural mesmo, não deixando-os voltar para casa sem o atendimento realizado. Ao observar o esforço que o usuário fez para chegar até a UBS, inclusive considerando a dinâmica da cidade, a exemplo dos dias de feira em que os moradores do sítio já se deslocam para o centro da cidade, os profissionais se disponibilizam para garantir o atendimento destes:

*Os de zona rural? Não. Pronto, eles vindo não volta sem atendimento. (...). É, encaixa. Não volta sem atendimento não. (P34-Téc.Enf/F/Sousa)*

*Sempre a gente prioriza também essas pessoas da zona rural, mesmo se dizem assim “são vinte e cinco fichas, mas já acabou”, mas da zona rural nunca voltam. Por exemplo, o dia de mostrar os exames aqui nessa unidade é nas terças, mas se for alguém da zona rural tanto faz ser de segunda à quinta, a gente não volta essas pessoas, sendo da zona rural, não volta. Mesmo tendo uma escala que é na terça-feira, mas na hora que eles chegam, a gente prioriza eles. (P7-ACS/F/Sousa)*

*Aí o médico na quarta-feira atende demanda livre. Na quinta-feira a minha demanda é livre porque quinta-feira é dia da feira aqui, o pessoal da zona rural vem na cidade, então procura pra fazer citológico, pra dentista. É toda demanda livre, menos o médico que atende o pré-natal porque tem o médico da outra unidade que pela manhã ele só atende zona rural. A enfermeira e dentista que a demanda é livre. (P8-Enf/F/Sousa)*

*A gente trabalha com cronograma, então a gente planeja o cronograma do mês inteiro, né? (...) A gente não trabalha em ponto fixo, a gente tem vários pontos de atendimento. E como é zona rural, a gente abrange muitos sítios. Aí a gente se organiza dessa forma, através do cronograma pra poder atender toda a área. (P1-Enf/F/Patos)*

Também fora citado pelos profissionais, a fim de melhorar a organização desses atendimentos, seja programado ou demanda espontânea, a necessidade de uma triagem, de um acolhimento desses usuários. Uma opção para que esse acolhimento seja feito levando em consideração o tipo e a gravidade da demanda é a classificação de risco, bastante utilizada no contexto hospitalar, mas que também pode ser adaptada ao contexto da atenção básica.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2013), esse acolhimento inicial é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, atendendo todos os que buscam o serviço, ouvindo-os e dando-lhes respostas adequadas. Assim, deve ser uma escuta responsável e resolutiva que pode ser feita por qualquer profissional de saúde, o qual deve identificar riscos e vulnerabilidades, acolhendo também a avaliação do próprio usuário. Só após essa escuta atenta é possível colocar em ação uma rede multidisciplinar comprometida com resolutividade das demandas, não sendo, portanto, um ato isolado daquele profissional; e, quando for o caso, orientar o usuário e a família para que seja dada continuidade ao cuidado em outros serviços da RAS, o que requer uma boa articulação que garanta a eficácia desses encaminhamentos (Brasil, 2013).

Destaca-se que é possível seguir um protocolo para facilitar essa estratificação de risco no momento do acolhimento, podendo ser uma ferramenta útil e necessária. Porém, como geralmente o protocolo não privilegia os aspectos subjetivos que envolvem o processo de adoecimento, até por estes não serem passíveis de objetivação, ele não deve substituir a interação, o diálogo, a escuta, o respeito e o acolhimento do usuário e de sua queixa (Brasil, 2013).

Apesar de perceberem sua importância, os profissionais colocaram essa triagem como algo difícil de ser executado no cotidiano do serviço, sendo mais resolutivo ir tentando dar conta das demandas de forma síncrona entre os profissionais, o que não deixa de ser um modo válido de operacionalizar o cuidado no cotidiano do serviço, desde que haja uma boa cooperação entre a equipe:

*Bom, aqui começa tentando fazer uma triagem, né, enquanto médico chega. Quem precisa verificar a pressão a gente já vai verificando, criança já vai verificando o peso. (...) Tem questão de curativo, de medicação. As que a gente pode fazer a gente faz aqui, né, já pra não encaminhar a pessoa pra outro local. Tem o acolhimento, que é feito pelo pessoal da recepção (...). (P26-Téc.Enf/F/Sousa)*

*Triagem... Triagem, deveria funcionar... (...) Ai como não tem a triagem, ai fica um paciente querendo passar na frente do outro, se tivesse a... uma pessoa pra triar a demanda que chega, ficaria bem mais fácil de ter o controle e evitar o tumulto de um querendo passar na frente do outro. (P9-Méd/M/Sousa)*

Essa mesma dificuldade na organização do acolhimento inicial foi encontrada em estudo realizado por Santos et al. (2016) com profissionais da atenção básica, os quais relataram que, apesar de haver um profissional (geralmente o auxiliar administrativo) que realiza a escuta qualificada inicial, exercendo papel importante no momento em que o usuário chega no serviço, em geral não há uma forma ou estratégia de filtrar a demanda, mas que há um empenho de todos os profissionais para que haja uma resolatividade ou direcionamento desta. Assim, esses autores verificaram que as UBS possuem práticas de acolhimento diversificadas que nem sempre vão encontro do proposto pelo Ministério da Saúde, mas que são remodeladas a partir da realidade local, considerando o número de profissionais que se dispõem a realizar o acolhimento, as particularidades da população adscrita, a estrutura física do serviço, a ambiência, entre outros (Santos et al., 2016).

Lembrando que, mesmo sendo realizada a partir de adaptações e da realidade cotidiana do serviço, mais importante em toda essa organização do cuidado é levar em consideração as necessidades de saúde da população, tanto das demandas que chegam no serviço diariamente quanto as que são observadas pelos profissionais durante os atendimentos e no reconhecimento do território. Além disso, Santos et al. (2016) reforçam que acolhimento também deve ser formatado de modo a gerar menos sofrimento/sobrecarga para a equipe e sem sacrificar a atenção programada, as linhas de cuidado. Por isso, tal oferta do cuidado deve se basear na boa e efetiva comunicação entre profissionais, usuários e equipe, estando sensível ao que, naquele momento, é prioridade para a população:

*Todo mês é programado, no final do mês a gente faz uma programação, vamos trabalhar “isso e isso”, tal dia isso, tal dia isso. Todo mês se reúne, toda a equipe se reúne no final do mês e faz a programação do mês seguinte, vê o que deu certo na programação realizada, né, o que pode melhorar e tenta trabalhar com a população pra vê se adoecer menos. (P12-ACS/F/JP)*

*Sempre assim, quando a gente termina um mês, a equipe senta aí faz o cronograma, aí sempre assim a gente conversa e chega num consenso, como eu lhe disse assim, aí eles vê dentro daquele mês para trabalhar (...). (P6-ACS/F/CG)*

*Todo mês dia de reunião, (...) a gente faz o cronograma dentro das necessidades daquele mês, ele não é fixo não, a gente tem o cronograma fixo do dia do hipertenso ser atendido, dia do pré-natal, dia da puericultura a gente tem, mas aí a cada mês as modificações que têm, em época de dengue a gente tem que fazer o cronograma dentro das atividades, né? E o que vai surgindo e cada mês é uma coisa diferente. (P14-Enf/F/Patos)*

Para tanto, a realização de reuniões periódicas entre a eSF foi citada pelos profissionais como sendo um dos mecanismos utilizados para que haja uma boa comunicação

entre eles, possibilitando uma melhor avaliação das necessidades dos usuários e a programação do cuidado, afinando os discursos e as práticas:

*Há reuniões. Sempre existe uma reunião mensal com todos os profissionais da saúde do município, e aqui às quinzenais: em 15 e 15 dias a gente faz uma reunião com os agentes de saúde, justamente pra tentar identificar essas populações que têm mais riscos de alguma doença, de algum transtorno, de algum problema psicossocial mesmo. (P11-Méd/M/Sousa)*

*Todo mês se reúne, toda a equipe se reúne no final do mês e faz a programação do mês seguinte (...). (P12-ACS/F/JP)*

*Todo mês dia de reunião, a gente se reúne quando vai entregar a produção mensal aí a gente faz o cronograma dentro das necessidades daquele mês (...). (P14-Enf/F/Patos)*

*Todo mês a gente faz a reunião de equipe, de consolidar e a gente discute essas situações de saúde. E na medida que a gente tem disponibilidade de recurso e a situação em si, a gente tenta resolver. Sempre existe essa questão de discutir o plano de saúde. (...) Essa reunião é composta por mim, o enfermeiro, a técnica de enfermagem, os 6 agentes de saúde e o médico. (...) a gente já planeja o mês seguinte. A situação e as ações que a gente visa mover no mês seguinte. (P45-Enf/M/Sousa)*

Nessa programação do cuidado a equipe também leva em consideração aqueles usuários que, por algum motivo, não podem ir até a UBS, a exemplo dos acamados, sendo necessário o agendamento de visitas domiciliares. Muitos profissionais entrevistados citaram as visitas como fazendo parte da rotina do serviço, porém acabam não sendo mais constantes, seja pela indisponibilidade de transporte ou pela própria necessidade de dar conta das demandas que chegam até o serviço, sobretudo o profissional médico, já que ausentar-se implica em não atender-las:

*(...) o pessoal vem solicitar a visita domiciliar, o enfermeiro faz essa triagem. Ele vai primeiro na casa, se houver a necessidade realmente de uma visita médica, o médico se desloca até lá. (...) devido a demanda que a gente tem aqui no postinho, se a gente for fazer uma visita, se for alguma coisa sem necessidade, deixa muita gente ficar sem atendimento. (P42-Méd/M/Sousa)*

Aqui, o papel dos ACS torna-se indispensável, o qual faz a ponte entre esses usuários e a eSF, solicitando o agendamento da visita ao profissional médico e/ou da enfermagem, conforme a necessidade:

*(...) também temos o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, que quando vão nos sítios mais distantes nos trazem as queixas, principalmente daqueles que são acamados, que não podem vir até o posto, e aí a gente faz a visita (...). (P17-Méd/M/CG)*

*No caso nós fazemos visita, eu faço visita domiciliar, então quando é na zona rural e o pessoal tem essa dificuldade de acesso, nós vamos até eles. (P19-Méd/M/JP)*

*Porque o PSF tem visita, né, o médico sempre visita (...). (...) eu tenho quatro pessoas acamadas, que não podem ir até a unidade de saúde e precisam de visita do médico, eu converso com a enfermeira, a enfermeira passa pro médico e ele marca na agenda o dia que vai pr'aquela casa. Eu vou naquela casa e digo "tal dia o médico vai vir pra visitar vocês aqui". Aí lá vai ser feito exame, encaminhamento, vai... O que tiver precisando, o médico prescreve de medicamento e fica uma coisa mais fácil. (P25-ACS/F/Sousa)*

Além dos ACS, a comunicação entre a equipe de enfermagem e os profissionais médicos torna-se facilitadora para que haja a continuidade do cuidado desses usuários acamados, conforme citado:

*(...) às vezes, eu sempre faço curativo, aí eu vejo que o curativo não tá evoluindo com melhora, aí eu já entro em contato com médico e ele já faz uma visita. Aí depois eu continuo acompanhando e se não melhorar ele faz outro retorno. (P26-Téc.Enf/F/Sousa)*

Apesar de exigir uma maior disponibilidade do profissional, ressalta-se a importância da visita domiciliar na garantia do direito à saúde àqueles que não conseguem ir até o serviço buscar o atendimento. Para Feuerwerker (2016), criar modalidades de cuidado que supram as necessidades dos usuários é indispensável, sendo a atenção domiciliar um dispositivo potente na resposta a essas necessidades. Além disso, se coloca como uma proposta inovadora de desinstitucionalização do cuidado, possibilitando um maior protagonismo da família e do cuidador na gestão do cuidado, um compartilhamento dos projetos terapêuticos e a produção de arranjos cuidadores que ressignificam as tecnologias leve-duras (Feuerwerker, 2016).

Apesar disso, conforme também destaca essa autora, o cuidado domiciliar ainda não tem sido uma aposta ampla dos gestores de saúde do SUS, fato também corroborado com os discursos dos profissionais desse Estudo, que revelam as dificuldades encontradas, sobretudo, com a disponibilidade de transporte para a realização dessas visitas.

Também nessa programação encontram-se as atividades de prevenção, seja através de ações pontuais ou grupos de cuidado que são ofertados na UBS, como citado por alguns profissionais, apesar da dificuldade de adesão dos usuários:

*Aí nem sempre é 100% não. Sempre assim, né, a das crianças todo mês tem, entendeu?! Dos idosos, né, eles participam bem também que nós temos a população muito idosa aqui em Caldas, um número muito significado, então assim... eles participam também. Todo mês a gente faz uma ação com um grupo da população. (P12-ACS/F/JP)*

*Assim... a gente sempre tenta fazer, né, inventar algo diferente, né. A gente inventa um cartaz, faz um vídeo, faz lembrancinhas... é um incentivo, né, pra os participantes vim, né. (P12-ACS/F/JP)*

*(...) nós fazemos promoção a saúde, temos palestras a cada quinze dias (...). (P18-ACS/M/JP)*

*(...) a gente procura sempre tá nas áreas fazendo chamada da população, teve uma época que a gente chamava as gestantes pra fazer uma fala só sobre aleitamento materno, cuidado com a criança, do ouvido, não sei o que, aquelas coisas toda pra gente ter uma mesma fala pra que elas possam entender, pra não ter cada uma fala, se bem que a gente faz isso, aí tem tempo que a gente tá chamando os hipertensos e diabéticos né, os fumantes que a gente também tem aquela questão que usa os adesivos né, então a gente também tem grupos de fumantes, alguns até deixaram de fumar. Então assim, a gente faz por onde atender. (P28-Enf/F/JP)*

Essas atividades contam também com o apoio dos profissionais do NASF e até de serviços do território, promovendo ações intersetoriais em saúde em algumas UBS, inclusive com o apoio da gestão, como citado por esta enfermeira:

*O grupo a gente faz... Uma vez no mês a gente tem reunião do grupo de gestantes... O grupo de fumantes... Todas as gestantes e a gente conta com o apoio do NASF. (...). Aí o de idosos a gente tem um grupo de idosos na cidade completa, não é só a unidade. A gente fez até o Centro de Idosos que é um prédio (...). Todos os dias eles têm um acompanhamento à noite. É tipo uma escola pra eles, só que nessa escola eles não vão estudar, vão fazer algo. Cada dia é um profissional diferente que vai dar aula pra eles. (...) O médico vai, se for necessário prescrever exames, o médico prescreve, é muito bom. O prefeito deu uma prioridade muito grande a esse grupo de idosos, foi ele quem criou esse grupo de idoso. (P8-Enf/F/Sousa)*

Além disso, os profissionais destacaram que no cotidiano do serviço acabam indo além de demandas da atenção básica, oferecendo ao usuário um cuidado também a nível de média e, por vezes, até de alta complexidade na tentativa de dar conta das necessidades que chegam até a UBS:

*Na minha opinião, é boa, as condições de trabalho aqui, assim... Porque aqui faz coisa que era pra ser feita no hospital, entendeu? Uma sutura se chegar aqui, o médico já faz aqui. Se for preciso extrair uma unha, por exemplo, ele também tira aqui, e tem sempre o material aqui pra essas coisas. Se for uma urgência, uma emergência, não é 100%, mas sempre tem o material aqui. Soro, medicação, oxigênio, tudo tem aqui. Já foi atendido várias urgências, inclusive aqui já teve até óbito nessa unidade. É muito difícil, né? (P7-ACS/F/Sousa)*

*A gente tem cama, tem cadeira, a gente tem tudo. Se for preciso tomar um soro, enquanto o médico tiver aqui, o paciente tá em observação. Se chegar o horário do*

*almoço, vai pro hospital, liga pra o carro, o carro do hospital vem pegar o paciente e leva pro hospital. (P8-Enf/F/Sousa)*

Como pode ser observado, nesse momento essas ações foram citadas pelos profissionais como importantes e como um aspecto positivo, demonstrando a disponibilidades destes em ofertar o direito à saúde àquela população que, por sua vez, só conta com a UBS no município enquanto equipamento de saúde. Inclusive sendo trazido como uma queixa o fato da UBS não ter autonomia e aparato para oferecer esses outros tipos de cuidado em saúde:

*Aqui, nesse PSF, é feito só o básico, né? Que é a prevenção, o teste do pezinho. Mas outro PSF que eu trabalhava, tinha o laboratório para a coleta de exames, de fezes, de urina, de sangue. (...) Aqui nesse município não tem. A maioria marca e faz ou em Sousa ou particular. Então aqui faz os exames básicos. A maioria é feita fora, em outro local. (P26-Téc.Enf/F/Sousa)*

Por fim, observou-se nos discursos dos profissionais a importância do cuidado em equipe, sendo este trazido como um aspecto que perpassa toda a organização do cuidado enquanto um elemento norteador desse processo de produção. Assim, foram elencadas pelos profissionais como essenciais a boa integração da equipe e a manutenção de relações interpessoais saudáveis, a partir de uma cooperação mútua entre os profissionais, inclusive como uma forma de superar os limites e dificuldades da vida diária e trazer uma maior resolutividade às demandas dos usuários:

*(...) e essa organização multiprofissional também, né, manter sempre essa boa relação entre os próprios profissionais pra que a gente possa ter uma melhor resolutividade dos problemas. (P17-Méd/M/CG)*

*O trabalho é muito bom, gratificante, né, porque todo mundo são unido, sabe?! Quando é alguma questão de dúvida, algum porém, a gente senta pra conversar, debater aquilo pra que no final possamos ter o resultado. (P18-ACS/M/JP)*

*A condição do trabalho é bem boa, interfere de modo bem significativo... É boa porque a gente tenta fazer de tudo, a gente... Tanto médico, como a enfermeira, a recepcionista... Então como a gente já sabe que aqui é uma área bem difícil de se trabalhar, de se tratar e a gente sabe que os recurso aqui são bem limitado... então cada um vai fazendo a sua parte... então a equipe em si se esforça bastante, a equipe em si ela tenta fazer de tudo. (P19-Méd/M/JP)*

Essa cooperação mútua facilita a troca de saberes e experiências, enriquecendo as práticas de cuidado, inclusive tecnicamente:

*Quando eu tenho alguma dúvida ou algum conhecimento de algum paciente que o médico não tem ou da mesma forma ele, a gente tem essa troca de informações pra desenvolver um melhor cuidado. (P45-Enf/M/Sousa)*

*Eu consigo interagir a equipe toda, a equipe toda consegue fazer um bom trabalho, porque nós temos boa comunicação, certo? Tanto os agentes comunitários de saúde são preocupados, já sabe como é o sistema de trabalho. A enfermagem, apesar de ser nova, não tem nenhum mês que tá aí, mas a anterior já, a gente já tinha esse trabalho de parceria. O pessoal da gerencia também já sabe, quando eu fico preocupada, quando eu vejo alguma coisa, já peço “olhe, agilize essa pessoa aqui que eu tô tendo problemas”. (...) tem essa questão de cooperação, de integração, todo mundo se ajuda, né? Todo mundo tem uma preocupação de lidar bem com o usuário, com o cliente. (P41-Méd/F/Sousa)*

Sobre essa integração da equipe, aqui fora citada, mais uma vez, a dificuldade com o profissional odontólogo, em alguns casos até por trabalhar em um prédio diferente do restante da eSF, já sinalizando o quão este acaba ficando à parte do processo de cuidado na atenção básica:

*Sempre a gente tenta trabalhar de forma organizada e em conjunto. O que a gente ainda tem um pouco de dificuldade é a questão do profissional odontólogo, porque como ele não trabalha na unidade em si, pra gente trabalhar em equipe fica um pouco complicado, pelo fato dele exercer as atividades dele na policlínica. Mas o trabalho em si da equipe que compõe aqui, a gente sempre tem o cuidado, a troca de informações bem relevante acerca da saúde do paciente. (P45-Enf/M/Sousa)*

*A gente, assim, é mais fácil trabalhar eu com ela, a equipe de enfermagem, do que a equipe do PSF mesmo. Porque até a dentista tava de férias, aí não teve como fazer esse planejamento de atividades do PSF. (...) Assim, na verdade eu tenho mais contato com a médica do que com a odontóloga, em si. Ainda não tive muito contato com ela não. Espero até ter. Ela só veio aqui pedindo pra eu enviar as gestantes, só isso mesmo. É só uma questão de referência, contra referência, que não tem. (P40-Enf/F/Sousa)*

Portanto, finalizando essa categoria temática, observou-se que o cuidado em saúde exige uma boa organização, planejamento, comunicação e integração da equipe; um olhar apurado acerca do território e das demandas da população; flexibilidade, disponibilidade e comprometimento dos profissionais; uma boa articulação com outros setores da cidade; o apoio da gestão, destacando não a atuação isolada do profissional, mas, de fato, uma atuação em equipe, como é a proposta da ESF. Ressalta-se que torna-se um desafio diário dar conta das particularidades dos territórios, fazendo o “SUS vivo” acontecer, quando se há limitações contextuais e a ausência de uma rede de saúde que possa dar um suporte às ações da atenção básica. Por isso, a atuação em equipe acaba sendo uma potente ferramenta na busca por trazer resolutividade, não a todas, mas pelo menos à maioria das demandas dos usuários.

#### 6.4.2.2.2. *Dificuldades X Prioridades para a efetivação do cuidado*

Partindo para a segunda categoria temática, quando indagados sobre as *dificuldades* encontradas no cotidiano do serviço que interferem diretamente na efetivação do cuidado, bem como o que seria *prioridade* para que este seja garantido com qualidade, os profissionais de saúde apontaram os mesmos aspectos, os quais formaram as quatro subcategorias desta categoria temática. Ou seja, ao mesmo tempo em que a ausência ou deficiência de um aspecto foi apontado por alguns profissionais como um entrave nesse processo de produção do cuidado; outros profissionais (ou os mesmos) colocam a presença deste mesmo aspecto como sendo prioritário quando se faz o “SUS vivo” acontecer. Dito de outro modo, aquilo que falta, inexistente ou é deficitário durante a oferta do cuidado é exatamente o que é mais necessário quando se trata de garantir o direito à saúde com qualidade.

Na primeira subcategoria, encontram-se os discursos dos profissionais que elencaram os *aspectos estruturais/materiais* como sendo uma dificuldade encontrada nos serviços, bem como uma prioridade ao se falar em qualidade do cuidado. Nestes aspectos estão inclusos a estrutura física dos serviços, as condições de trabalho, a disponibilidade de materiais, insumos e medicamentos, além de transporte.

Sobre a estrutura física dos serviços, muitos profissionais destacaram que a precariedade das condições de trabalho e a improvisação dos espaços, já que muitas vezes a UBS está em um local adaptado, dificultam na qualidade das práticas de cuidado, na disponibilidade de salas para que este ocorra e o conforto do ambiente em si, a exemplo do calor pela ausência de ar condicionado ou ventilador nas salas, como alguns discursos ilustram:

*(...) falta a estrutura física da unidade, falta equipamento. A gente trabalha numa casa dada como posto de saúde. Se for enumerar, eu passaria aqui duas horas só enumerando esses fatores de risco pra vocês, que é essa falta de estrutura e condições de trabalho que a gente tem. (P45-Enf/M/Sousa)*

*A falta de estrutura, que a gente não tem estrutura adequada para trabalhar aqui, falta de material. (...) E essa questão de estrutura mesmo, as vezes eu faço um preventivo e não tem num banheiro não tem água pra eu lavar minhas mãos. Enfim, eu acho que isso aí atrapalha bastante o serviço da gente. (P31-Enf/F/Patos)*

*Primeiro, a estrutura física da gente aqui, tá numa casa, que funciona como postinho. Não tem uma estrutura física adequada pra acolher paciente, não tem uma sala de medicação bacana. (...)aí precisaria de uma estrutura física melhor, com conforto tanto pros pacientes, como pro médico, como pro enfermeiro, pra toda equipe. Principalmente pra população. (P42-Méd/M/Sousa)*

*(...) agora assim, o que é desfavorável, vamos dizer é que me botaram em uma sala que não tem um ar e que tanto os pacientes como os médicos reclamam aqui porque é quente, solicito uma coisa e não é atendido. (...) Peço um ar, não é luxo, é necessidade, ou um ventilador e não consigo. Mas a questão aqui não é com os colegas, é com a gestão. (P39-Téc.Enf/F/Sousa)*

Essa tentativa de adequação dos espaços das UBS sem que haja realmente uma boa estrutura acaba gerando constrangimento aos usuários e profissionais durante o atendimento, sobretudo interferindo na privacidade dos mesmos e consequentemente na qualidade:

*Bom, a desse daqui não tá adequada porque é numa casa, só com dois quartos que fica sendo a sala do médico e do enfermeiro. Então pra mim fica difícil, porque até pra atender uma pessoa eu atendo no local que não é adequado, que no caso é a cozinha, onde tem muito barulho, as pessoas passando pra lá e pra cá, é muito próximo do banheiro e às vezes pra aplicar uma injeção, que a pessoa tem que tá num lugar reservado, né. Aí tá aplicando a injeção e chega alguém na hora, aí fica olhando e o paciente exposto, o que não é correto. (P26-Téc.Enf/F/Sousa)*

*Assim, a gente tem uma sala, uma sala pra trabalhar, mas a sala é um pouquinho conturbada, porque tudo é entrando nessa sala, todo mundo que vai procurar médica, pra ir lá pra sala da médica, da equipe mesmo, passa por aqui. Você viu, eu tô fazendo um citológico, mas é o povo batendo nessa porta pra pegar alguma coisa. (...) E a gente não tem essa outra sala adequada. (...) Então isso acaba prejudicando a gente, as condições de trabalho (...). (P40-Enf/F/Sousa)*

Acompanhando essas condições estruturais do serviço, a disponibilidade de insumos e materiais utilizados na oferta do cuidado também foram elencados como dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde. Aqui também acaba ocorrendo a improvisação, também o revezamento entre os profissionais, a exemplo do aparelho de verificar pressão arterial, ou, muitas vezes, a interrupção da oferta daquele serviço por não ser possível realizá-lo sem aquele material ou insumo específico, sendo citada a falta de investimentos por parte da gestão para garantir a disponibilidade destes:

*Então é justamente isso, o que eu falei a questão dos insumos às vezes a gente trabalha sem ter o material necessário, é mais uma questão de insumos. (...) agora questões de insumos às vezes falta muito. (P14-Enf/F/Patos)*

*Aí, alguns equipamentos que faltam ou já tão muito antigos, alguns aparelhos que deveria ter na sala do médico, do técnico e do enfermeiro, só tem um. Por exemplo, o aparelho de medir pressão, se eu tô usando e o médico precisa, tem que me chamar ou então ir na sala do enfermeiro, aí eu vou buscar lá na sala do enfermeiro. (P26-Téc.Enf/F/Sousa)*

*(...) Pra mim ficar com esse aparelho de pressão, eu tava dividindo o aparelho de pressão com o médico, enquanto que na outra unidade os profissionais cada um tem o seu e eu não, tinha que dividir com o médico, então foi muita discussão pra que arranjasse mais um pra mim e pro médico. (...) Tô precisando de um torpedão de oxigênio, já faz dois meses que solicito e não vem, então só atendem quando, Deus o livre, uma pessoa chegar morrendo aqui precisando de oxigênio é que, pelo visto, vão providenciar. Mas a questão aqui não é com os colegas, é com a gestão. (P39-Téc.Enf/F/Sousa)*

A falta de medicamentos também fora citada por alguns técnicos de enfermagem como dificuldade encontrada, principalmente na continuidade do cuidado em saúde, havendo inclusive dificuldade de adesão dos usuários quanto ao tratamento de doenças crônicas na UBS, como hipertensão e diabetes. Segundo eles, a distribuição de medicamentos foi centralizada para outros serviços da rede, algumas vezes até em outra cidade circunvizinha, dificultando o acesso para os usuários, os quais geralmente não têm condições de comprar:

*Algumas medicações também falta. As vezes o paciente tem que ir pra Sousa, pagar uma passagem pra tomar uma medicação que poderia às vezes ser feita aqui, né? (...) As medicações não são feitas no PSF, encaminha pra outro local. Isso tudo gera mais transtorno pro usuário. (P26-Téc.Enf/F/Sousa)*

*É mais a falta de medicamento, você vai num PSF ou numa unidade mesmo aí o médico passa a medicação aí vai na farmácia básica não tem, a maioria dos pacientes também não tem condição de comprar, é mais a falta de medicação mesmo, ultimamente. (P36-Téc.Enf/F/JP)*

*Antigamente a gente tinha a medicação de hipertenso, diabético, mas hoje a gente não tem, e eles frequentavam mais os atendimentos porque iam auferir a pressão, pesava, media a cintura, a gente fazia a entrega das medicações. Tinha todas as medicações, hoje a gente sente essa dificuldade porque não tem a medicação e eles não vêm (...). Aí é essa dificuldade, o que atrapalha um pouco é a falta dessa medicação, que fazia com que os hipertensos e diabéticos procurassem estar presente nos atendimentos. (P32-Téc.Enf/F/JP)*

Também como dificuldades encontradas na efetivação do direito à saúde, desta feita aparecendo com bastante frequência nos discursos, os profissionais relataram a pouca disponibilidade de transporte, impedindo que eles cheguem às regiões mais afastadas, seja para realizar o atendimento básico ou visitas domiciliares:

*(...) A única coisa é o transporte, que é o principal, transporte de visita. (P5-Méd/F/CG)*

*Mas é outra dificuldade que nós temos em relação a secretaria que é o carro, o transporte pra podermos ir lá. Mas, médico tem e várias semanas nós não vamos só*

*por causa disso: por causa de um simples... Falta de um carro, de não ter um transporte. (P19-Méd/M/JP)*

*(...) a gente tem o posto de saúde na zona rural e tem os pontos de atendimento também. Uma das dificuldades é mais a questão de deslocamento, né. Do transporte da equipe que não é tão satisfatório (...). (P21-Enf/F/Sousa)*

*Olha, aqui falta bastante coisa, viu? Assim, pelo menos pra equipe, a gente não tem um carro disponível pra fazer as visitas à domicílio... Às vezes a gente não presta um atendimento porque não tem esse transporte. Várias vezes já eu liguei pedindo o transporte e fiquei aguardando e não chegou. Aí as vezes eu penso até que é a equipe que não quer prestar o atendimento. (...) As vezes atender um idoso numa área mais longe, não tem como a gente prestar esse atendimento. (P26-Téc.Enf/F/Sousa)*

*As dificuldades, as principais dificuldades que a gente encontra é a questão do acesso... por ser de zona rural, a gente tem dificuldade pela questão do transporte. O município tem pouco transporte, a gente não tem um transporte pra ficar, por exemplo, aqui no PSF (...) então isso dificulta muito o trabalho da gente. (P27-Enf/F/Sousa)*

E, do mesmo modo que elencados como dificuldades encontradas, esses aspectos estruturais/materiais apareceram nas falas dos profissionais quando indagados acerca do que seria prioridade naquele momento na UBS para que o cuidado fosse ofertado com qualidade, surgindo as condições estruturais do serviço:

*Primeiramente uma boa estrutura, onde você pudesse comportar todos os pacientes quando chegar. Muitas vezes eles têm que ficar no sol quente porque as unidades ancoras são pequenas, não cabe todo mundo, a demanda é grande, então eles ficam esperando no sol. Primeiro a estrutura, depois material, porque a gente tem que tá improvisando com uma coisa ou outra porque tá faltando material (...). (P31-Enf/F/Patos)*

Materiais e insumos diversos:

*Olha, eu queria que a saúde melhorasse mais, desse mais condições para a gente fazer mais coisas... De material, equipamentos, coisas para a gente expandir mais a saúde, pra ter mais palestras. (P33-Téc.Enf/F/CG)*

*Mulher, os materiais de trabalho! Você ter a ferramenta de trabalho todas nas suas mãos, que eu garanto que se você tiver faz um bom atendimento. (P39-Téc.Enf/F/Sousa)*

*Acho que melhorias com aparelhos, né? Às vezes, falta alguma coisa... o básico falta em alguns PSF pra você atender as pessoas. Às vezes aparelhos, exames, que poderiam ser feitos no local. Algumas medicações. (P26-Téc.Enf/F/Sousa)*

*(...) a gente precisa de novos equipamentos de saúde, de um computador, internet até tem, mas os computadores não funcionam adequadamente, falta impressora, falta... (P45-Enf/M/Sousa)*

A distribuição de medicamentos, desta feita também citada por outros profissionais, para além dos técnicos de enfermagem:

*Vou falar quando eles saem satisfeito daqui: quando chegam na farmácia e tem todos os medicamentos deles. Se ta faltando um já saem insatisfeito. (P35-Téc.Enf/F/JP)*

*Eu...minha principal, seria a questão de medicamentos básicos e infraestrutura. Um posto, uma unidade básica de saúde com uma estrutura acolhedora, tanto para os pacientes como para os profissionais que formam a equipe. E também a questão de medicamentos básicos, porque, como a Organização Mundial de Saúde preconiza, uma saúde básica bem-feita, é ótimo, é o que todo mundo quer. Uma saúde básica bem-feita respinga em hospital, o hospital não vai tá lotado, hospital não vai ter fila, hospital não vai ter leito ocupado, hospital vai fluir...se a saúde básica for bem feita. Saúde básica bem feita é atender o pessoal e ter...e o pessoal ter acesso à médico e à medicação e à exames básicos, que é isso aí. Que a unidade básica de saúde deveria funcionar isso aí, baixa complexidade é isso aí. (P42-Méd/M/Sousa)*

*Melhorar muita coisa, né. (...) Ai tem que ter... (...) medicação, não faltar (...) já são coisas que melhorem, né. (P20-ACS/M/Sousa)*

*Assim a sugestão mais é a questão de manter o medicamento na unidade, porque às vezes o paciente faz uma consulta hoje aí volta daqui a 15 dias para fazer a mesma consulta, com o mesmo problemas porque não fez uso do medicamento, aí é uma coisa que sobrecarrega o atendimento porque uma pessoa que podia ter feito uma primeira consulta e podia ter tratado e deixar a vaga pra outro. É justamente isso porque faz a consulta e não tem, não compra o medicamento, a unidade não tá fornecendo aí com 15 volta de novo com o mesmo problema daí só sobrecarrega o serviço né. Então eu acho que a oferta de medicamento é o principal agora. (P14-Enf/F/Patos)*

A disponibilidade de transporte:

*Para atender aqui nós precisamos de equipamento adequado, medicamento, transporte para se locomover para atender esses pacientes que não podem vir à unidade. (...) Ter o transporte para quando a gente precisar fazer um atendimento fora da unidade. (...) ambulância não tem, porque a ambulância não fica aqui. A ambulância fica na Policlínica. Mas ter um transporte e ligar, 'olha hoje eu preciso de um transporte para fazer um curativo, fazer uma visita e ter o transporte', o que falta é isso. (P33-TÉC.Enf/F/CG)*

*(...) a gente precisa de um transporte exclusivo do serviço, tanto pra gente fazer visita domiciliar, como pra realizar retirada de ponto, visita puerperal, visita médica, enfim. (P45-Enf/M/Sousa)*

*No caso, pros profissionais acho que teria que ter uma acessibilidade adequada assim... ter um transporte que... que fosse satisfatório, entendeu? às vezes falta alguns... alguns... é... materiais, entendeu? No dia a dia de trabalho da gente, que interfere em alguma coisa... por ser zona rural não é tão equipado como uma unidade na cidade, então isso interfere um pouco também... (P21-Enf/F/Sousa)*

Por fim, é importante destacar que alguns profissionais citaram o apoio da gestão como prioritário para que estes aspectos estruturais/materiais sejam supridos, dando melhores condições de trabalho, ampliando e fortalecendo as práticas de cuidado ofertadas no serviço:

*Eu acho que o primeiro passo é a equipe estar bem, quando eu falo estar bem é não estar faltando nada, tá entendendo assim, eu digo assim não estar faltando nada nem aqui para eles trabalharem, nem um apoio quando se precisa de uma ambulância, quando se precisa para socorrer um paciente? pronto, a médica vem segunda, terça e quarta, mas quinta e sexta ela não vem, então nesses dias pode se precisar, um paciente aqui passar mal, se precisar de um carro, como já precisou (...) Trabalhando com apoio, trabalhando... Eu acho que isso seria o mais importante hoje para que a gente pudesse oferecer um atendimento de qualidade, porque a estrutura nós temos. (P15-ACS/F/JP)*

*Que a gestão olhasse um pouco pra, pra a questão dos funcionários... no sentido de oferecer... é... mais... como é que eu posso dizer... materiais, instrumentos, a questão do transporte, né... Eles visem mais um pouco... dá condições mais de trabalho... Não que não tenha, tem! Mas que podia melhorar, isso ia favorecer a própria comunidade, né. Que a gente ia trabalhar melhor também. (P21-Enf/F/Sousa)*

Em consonância com o princípio da descentralização, sabe-se que a responsabilidade pela vinda, manutenção e aplicação de recursos para a melhoria do SUS é do gestor local. Para tanto, é preciso sensibilidade e sintonia com as reais necessidades dos aparatos públicos, buscando os interesses da população e dos trabalhadores que fazem as políticas públicas acontecerem. Sobre isso, Villa, Aranha, Silva e Flôr (2015) destacam que as relações de poder na ESF são evidentes, não somente nas relações entre profissionais e usuários, mas também com os gestores, que acabam assumindo uma postura não apenas de poder, mas de autoridade, já que seu poder é legitimado pelo cargo que ocupa, exercendo assim uma dominação legítima sobre os profissionais, seus subordinados.

Na prática, essa dominação por vezes acaba gerando conflitos de ideias e de posturas, levando os profissionais a misturarem os compromissos normativos e os papéis institucionais que lhes são requeridos com suas práticas personalizadas que configuram o seu trabalho diário (Villa, Aranha, Silva & Flôr, 2015). No contexto pesquisado, isso ficava claro nos discursos dos profissionais à medida em que iam relatando conflitos pessoais e profissionais frente ao que lhe era requerido e possibilitado pela gestão e o que ele acreditava realmente ser importante para ser ofertado ao usuário.

Essa falta de um diálogo entre gestores, profissionais e usuários que permita afinar os discursos e o entendimento das vulnerabilidades e necessidades de saúde do território gera entraves na efetivação do direito à saúde. O jogo de interesses acaba predominando e o

usuário sendo invisibilizado nesse processo de construção do SUS, garantindo a manutenção de relações hierarquizadas e de dominação em troca de benefícios e interesses políticos partidários, tanto para os gestores, trabalhadores e usuários, o que reaparecerá nos discursos reunidos em outras subcategorias de análise. Por isso, é necessário garantir espaços de participação popular e controle social, conforme preconizado, sendo estes caminhos possíveis e potentes para que haja possibilidades de escuta a todos esses atores envolvidos e interessados em um SUS de qualidade, universal, integral e equânime.

Ao considerar tais aspectos, responsabilizar apenas os profissionais pela não qualidade do cuidado ofertado torna-se um caminho perigoso e injusto, uma vez que estes não têm autonomia para gerir os investimentos realizados no serviço, apesar do dever de comunicarem e solicitarem aos gestores as necessidades deste. Porém, como fora percebido em alguns discursos, nem sempre esse diálogo é aberto, contínuo e fluido, seja pelas rixas políticas que envolvem o cotidiano destes municípios pequenos; ou pelos favoritismos, que acabam viesando o investimento dos recursos a partir dos interesses de uma minoria.

Já na segunda subcategoria, foram reunidos os discursos que apontaram os *aspectos organizativos*, saindo um pouco do aparato físico do serviço, onde pode-se dizer que foram ressaltadas as tecnologias duras; e, desta feita, destacando a dinâmica do serviço em si, com foco nas tecnologias leveduras e leves envolvidas na produção do cuidado em saúde.

Neste sentido, as percepções dos profissionais trouxeram várias dificuldades que decorrem desde a atuação de cada profissional individualmente, mas principalmente ao trabalho em equipe, uma vez que a sincronia, a comunicação e os acordos feitos dependem da colaboração de todos os profissionais que trabalham na UBS, havendo um desarranjo do cuidado quando um destes destoa dos demais. Ao mesmo tempo, tais aspectos foram levantados como prioridade para que o direito à saúde seja efetivado e com qualidade.

Partindo de uma visão mais individual, referente à forma como cada profissional atua, o discurso desse ACS apontou uma queixa referente ao comprometimento do profissional médico com o trabalho no que diz respeito ao cumprimento de carga horária, apesar da disponibilidade em atender os usuários:

*É difícil o médico do PSF, pra ele chegar aqui e cumprir com essa carga horária, “eu vou tá de 8h e sair tanto”. Ele chega de 10h, pode ter 50 pessoas, atende tudo, mas existe essa falha no trabalho do médico do PSF (...). Chama, conversa e o que tiver de ser feito (...). Descontar do pagamento do mês, mas mesmo assim, eles insistem. (P25-ACS/F/Sousa)*

Tal comprometimento também é requerido para toda a equipe, não somente no cumprimento da carga horária, mas com o próprio trabalho em si:

*Aí além dessa má infraestrutura, tem algumas pessoas da equipe também que é complicado de se trabalhar por falta assim de responsabilidade, de comprometimento, não tem o mesmo comprometimento que você almeja que fosse. (...) eu acho que é uma coisa que parte da consciência de cada um, do que você tem que fazer, da disposição do profissional. (...) então se cada um tentar dar o melhor de si, eu acho que começa a funcionar, assim, 50% do serviço, e ele começa a ser de qualidade. (P40-Enf/F/Sousa)*

Também fora citada a incapacidade técnica de outros trabalhadores da UBS, a exemplo da pessoa responsável pela limpeza, havendo a necessidade de uma melhor capacitação para que não comprometa a qualidade do cuidado ofertado:

*(...) eu pedi pra menina trazer o lixo contaminado, ela trouxe a caixa de perfuro cortante. Aí eu fui explicar bem direitinho...aí no outro dia foi do mesmo jeito, sabe? Aí às vezes fica aí, eu vou embora e quando é no outro dia (...) ainda tá aí o material que eu coletei hoje, (...) tá aí na minha sala contaminando. Então é uma coisa simples, de educação continuada da equipe, educação permanente. Falta de conhecimento, sabe, de quem tá aqui trabalhando. (P40-Enf/F/Sousa)*

Sobre isso, Villani, Lima e Silva (2017) destacam a necessidade de capacitação profissional, sobretudo para os que estão entrando no serviço e não conhecem a dinâmica do cuidado na atenção básica em saúde, uma vez que isso traz consequências ao processo de trabalho de toda a eSF, podendo ser um entrave não apenas para as relações interpessoais entre os profissionais, mas também para a compreensão da atuação e organização da equipe. Consequentemente, as práticas cotidianas no serviço acabam ficando comprometidas por aspectos técnicos que não podem ser negligenciados quando se fala de cuidado em saúde, como percebido no discurso dessa enfermeira.

Em consonância com esses entraves, os profissionais apontaram como prioridade a capacitação profissional, o investimento na educação continuada da equipe, o fortalecimento da atuação multiprofissional, garantindo uma maior resolutividade dos casos:

*A capacitação do pessoal (...). (P3-Méd/F/Patos)*

*A sugestão na verdade é só mais... É... Capacitação dos profissionais, para que possam ficar mais qualificado no trabalho que exercem, pra que possam dar suporte as pessoas que busca a unidade básica de saúde. (P18-ACS/M/JP)*

*Bom, educação continuada sempre é bom pra todos da equipe, todos os funcionários da equipe. O próprio profissional procurar se especializar, né, fazer a pós-graduação em algo relacionado com saúde pública. Esses seriam os dois principais fatores. (P17-Méd/M/CG)*

Além disso, a ausência de profissionais na equipe ou de uma maior disponibilidade destes também fora citado como uma dificuldade encontrada, desfalcando o atendimento, aparecendo principalmente a figura do médico como aquele que faz falta na equipe:

*E a questão de médico, não tem todos os dias. Tem PSF que falta médico. O daqui mesmo, atende os dois PSF porque o outro não tem médico. (P26-Téc.Enf/F/Sousa)*

*Obstáculos aqui é a questão do atendimento (...). Porque as vezes o paciente adoecer na sexta-feira, e aí? Não têm médico. Aí vai adivinhar o dia que vai adoecer? Vai adoecer só de segunda a quarta? A questão de receitas, às vezes precisa na sexta-feira, mas aí não tem médico e só vai conseguir na segunda-feira. (P26-Téc.Enf/F/Sousa)*

*Não existe a valorização do profissional (...) É uma série de fatores que influenciam que a situação da saúde do município ser deficitada, certo? (...) Não existe plano de cargo e carreira. (P45-Enf/M/Sousa)*

Por isso, apareceu, enquanto uma prioridade para se ofertar um melhor atendimento aos usuários, o papel da gestão na contratação de mais profissionais, garantindo a completude da equipe e, conseqüentemente, aumentando a resolutividade das demandas:

*Pra ter um atendimento de qualidade? Eu acho que não melhorar a equipe, mas sim aumentar a equipe, porque a demanda é grande, então se necessidade de uma... de uma equipe conforme a demanda... que aqui não existe, não tem. (P19-Méd/M/JP)*

*Primeiro de tudo é garantir o acesso da população; ter organização do serviço em questão dos horários, dos profissionais (...). (P17-Méd/M/CG)*

*Eu acredito que seja de aprimorar, na questão de... Eu acho que um profissional só, um técnico, pra abranger toda uma área e dar suporte eu acho muito pouco. Então aprimorar, assim, a questão de aumentar a quantidade de profissionais. (...) se ele cumprir a carga horária ele dá de conta, mas também se ele não cumprir, deixa a desejar. Então eu acho assim, que deveria ter mais profissionais. Ou pelo menos pessoas que pudessem interagir, aumentar a quantidade de técnicos. (...). (P27-Enf/F/Sousa)*

*Eu acho assim, pra garantir... para o trabalho ser melhor se a equipe ficasse só nessa área, mas ela tem que dar cobertura a uma área muito grande aí não tem condições de atender todo mundo que precisa. (...) Seria ótimo se ficasse uma equipe para aqui, para essa unidade (...) aí cobriria essas necessidades. (P10-ACS/F/Sousa)*

Aqui há um destaque para a contratação de mais profissionais médicos, ou de uma maior disponibilidade destes, uma vez que esta é uma necessidade contínua dos usuários, o que acaba gerando angústia para o restante da equipe, limitando a oferta do cuidado:

*Era arranjar outro médico pra atender e me deixar só no PSF, fazendo só PSF. (P29-Méd/F/JP)*

*A prioridade que eu acho desse público aqui, pelo menos, é ter médico todos os dias aqui, a prioridade é essa. A segunda prioridade seria médicos especialistas, já que na cidade tem muita doença de base, tipo uma diabetes, hipertensão. (P42-Méd/M/Sousa)*

*Pra o atendimento ser melhor eu acredito que seria necessário que houvesse atendimento médico todos os dias pra que os pacientes tivessem acesso aqui mesmo, não tivesse que se deslocar daqui pra outra cidade pra ser atendido. (P43-Téc.Enf/F/Patos)*

*Prioridade? Se a gente for destacar, a prioridade pra elas, é ter atendimento médico. Quando não tem médico é uma desordem. Porque é uma população muito carente desse atendimento. (P45-Enf/M/Sousa)*

Mais uma vez aqui há um destaque para a centralização da figura do médico nesses espaços de produção do cuidado em saúde, fato corroborado por estudo realizado por Silva e Motta (2015) com usuários da atenção básica, revelando a associação da UBS com práticas médico curativas, a constante referência da importância do médico na equipe em detrimento dos demais profissionais, associando sua presença à uma maior resolutividade das ações de cuidado ofertadas no serviço.

Já no caso do profissional da odontologia, este apareceu como desmembrado da equipe, o que acaba também dificultando a continuidade do cuidado à saúde bucal:

*(...) a equipe aqui é desmembrada, porque o dentista não atua na unidade e a população tem que se deslocar para policlínica. Tá entendendo? A programação continuada é difícil, o atendimento. (...) a gente poderia também trazer a equipe odontológica pro serviço, e tá também tentando solucionar isso. (P45-Enf/M/Sousa)*

Outro aspecto que interfere no atendimento aos usuários fora levantado pelos profissionais médicos, que diz respeito às muitas demandas que é preciso dar conta no serviço, sem contar que “É muita burocracia, PSF é muita burocracia, é muita papelada, eu acho que a gente se restringe muito a essas coisas e a parte educativa não fica tão focada.” (P1-Enf/F/Patos), havendo pouco tempo nos atendimentos, impedindo que o cuidado seja ofertado com uma maior qualidade:

*Como eu disse, pela demanda ser alta aqui, muita demanda, e o serviço não é tão bom como a gente queria, né. A gente não tem aquele tempo adequado de fazer aquela consulta bem feita (...). A demanda, infelizmente, não dá pra gente fazer aquela anamnese como a gente aprendeu na faculdade. A gente faz aquela anamnese dirigida pela queixa do paciente (...). (P42-Méd/M/Sousa)*

*A demandas são muitas, você pode contatar os atendimentos médicos (...). (P3-Méd/F/Patos)*

*Eu acho que uma triagem, que aqui não existe triagem, aqui é como eu te falei... as vezes fica tão abarrotado que tudo se joga pro médico, qualquer coisinha: médico, médico. Então só um mêsinho que a gente teve uma enfermeira boa aqui, que ela fez uma triagem boa... a demanda do médico diminuiu e a gente teve como ter uma... uma consulta demorada, uma consulta legal, uma consulta... Então acho que uma triagem que é o básico, que deve existir, que não existe. (P19-Méd/M/JP)*

*Por esta unidade ela tá sendo, comandando, praticamente, todas as ações de saúde do município, então é inerente à unidade que a gente sempre vai ter um alto fluxo, sempre vai ter algumas coisas que mesmo com todas as tentativas de organização, a gente vai acabar pecando um pouco por isso. (P23-Méd/M/CG)*

*(...) Eu acho que a única dificuldade maior, que eu vejo assim, um ponto... É essa questão da comunidade, a população ser uma população grande pra o atendimento pouco. (P6-ACS/F/CG)*

Neste sentido, em consonância com essas dificuldades percebidas pelos médicos, fora colocado como prioridade com bastante frequência por estes e por outros profissionais a forma como a equipe dialoga e se organiza para que haja um bom gerenciamento do cuidado. Assim, apontaram como importante o bom mapeamento das necessidades do território para o planejamento e execução das ações, sejam elas a partir de demandas programadas, agendadas ou espontâneas, através de um bom acolhimento ao usuário e uma triagem das demandas trazidas a partir de uma escuta qualificada, repercutindo na qualidade do atendimento:

*Primeiro a organização, isso é fundamental (...). Então desde o atendimento ao cuidado lá no início, né, do porteiro, da recepcionista até o atendimento médico (...). A partir do momento que se organiza quais as ações que vão ser planejadas durante o mês, durante os atendimentos, tudo tende a fluir melhor. Então a gente tem que conseguir um melhor atendimento a partir de um cronograma pré-estabelecido, embora nem sempre seja cumprido. (...) Mas é realmente tentar como estratégia isso: seguir um determinado cronograma, ou tentar segui-lo ao pé da letra pra que a gente possa se aproximar ao máximo o serviço de melhor qualidade. (P23-Méd/M/CG)*

*Assim, uma organização em equipe em si porque às vezes fica um pouco solto alguns parâmetros que tem que ser seguidos em serviços de saúde, mas assim tenta-se arquitetar o máximo possível, mas assim nunca se consegue se seguir cem por cento. (P24-Enf/F/CG)*

*Eu acho que uma triagem, que aqui não existe triagem, aqui é como eu te falei... as vezes fica tão abarrotado que tudo se joga pro médico, qualquer coisinha: médico, médico. Então só um mêsinho que a gente teve uma enfermeira boa aqui, que ela fez uma triagem boa... a demanda do médico diminuiu e a gente teve como ter uma... uma consulta demorada, uma consulta legal, uma consulta... Então acho que uma triagem que é o básico, que deve existir, que não existe. (P19-Méd/M/JP)*

*O agendamento. Se a gente não tiver agendamento a gente não faz atendimento de qualidade. Não adianta a gente atender 30 num dia, eu prefiro atender 10 com*

*qualidade. (...) porque se a gente focar nesse agendamento a gente pode se organizar. (...). (P28-Enf/F/JP)*

E também dentro dos *aspectos organizativos*, surgiram com frequência as dificuldades na realização de ações de cuidado e prevenção, bem como a articulação com outros equipamentos do território. Estas deveriam ser prioridade em termos de atenção básica, mas acaba ficando ofuscada pelo alto número de demandas curativas, deixando os profissionais descontentes quanto à organização do cuidado:

*Eu acho que a gente tem um pouco mais de dificuldade na prevenção. (...)Então eu acho que a gente consegue muito prevenir com a parte educativa, com a educação e isso tem pouco. (...) A prioridade seria mais prevenir, do que remediar os casos que a gente tem. (P1-Enf/F/Patos)*

*(...) a questão da prevenção, que é o principal da atenção básica, da educação em saúde, mas infelizmente aqui a gente não consegue fazer atenção básica, é mais ambulatorial. (P4-Enf/F/CG)*

*Mais campanhas, mais palestras em si para orientar mais os usuários. (P36-Téc.Enf/F/JP)*

*(...) ainda falta aqui a questão mais de trabalho social mesmo, a questão de fazer algumas atividades, principalmente em escolas, em creches, pra avaliar mesmo o pessoal, o conhecimento dele acerca de doenças. (P42-Méd/M/Sousa)*

*São tantas sugestões... De imediato, a gente já pensou em uma ação de educação em saúde que conseguisse atingir maior número de pessoas, por exemplo utilizar o sistema radiofônico da cidade (...). Se a gente conseguisse divulgar essa educação em saúde e conscientizar a população que depende mais da população, da promoção e prevenção da doença do que, provavelmente a cura que vem, né? (...). (P41-Méd/F/Sousa)*

Essa falta de articulação também se apresenta enquanto dificuldade quando se fala no trabalho em rede, seja pela ausência desses equipamentos de saúde no território ou em cidades mais próximas, seja pelo difícil ou inexistente diálogo entre os serviços da RAS, inclusive quanto à referência e contra referência, dificultando a organização do fluxo do cuidado:

*(...) a gente depende muito do serviço terceirizado, né? Porque aqui só tem atenção básica, não tem rede hospitalar, não tem UPA, então de certa forma tem coisas que a gente tenta resolver por aqui, mas existe uma certa dificuldade na questão do encaminhamento do paciente, pra eles receberem lá, entendeu? Não tem como ser tudo solucionado aqui e a gente sabe que não é tudo tão rápido, quando se fala de terceirização, né? De serviços secundários e terciários, demora um pouquinho. E tem coisas que a gente... infelizmente não cabe a atenção básica, a gente tem que aguardar o retorno deles. A dificuldade é mais essa, por ser um município pequeno, né. (P21-Enf/F/Sousa)*

*(...) precisa ter uma integração maior entre os profissionais NASF – Equipe de Saúde da Família (...). (P11-Méd/M/Sousa)*

*É... triagem, emergência, CAPS, por favor. (P19-Méd/M/JP)*

A ausência de uma RAS que dê suporte acaba levando para a UBS demandas de saúde que correspondem a outros níveis de complexidade, assim como já sinalizado pelos profissionais quando citaram a organização e a oferta do cuidado. Assim, o serviço de atenção básica, por ser exclusivo na cidade, acaba ficando abarrotado de demandas curativas, ambulatoriais e, por vezes, até de urgência. Isso exige, além de um aparato físico do serviço, uma habilidade técnica dos profissionais que vai além do requerido na atenção básica, o que leva esses a se sentirem angustiados por terem que dar conta de uma demanda que, muitas vezes, ele não consegue dar ou não tem capacitação para tanto.

*Então hoje a gente tem um grande fluxo nos serviços de média e alta complexidade porque a Atenção Básica não é bem feita, então o que a gente acaba tendo realmente é isso. (P23-Méd/M/CG)*

*A saúde do município ela tem um grande problema ao que diz respeito ao serviço secundário de atendimento, então de média complexidade. Infelizmente a gente não tem aqui no município, né, hoje, atualmente, um hospital ou algum meio ou mecanismo de suporte ao posto, à unidade básica. Então a unidade acaba por absorver todos os pacientes aqui do município, sejam eles da atenção básica, sejam eles pacientes com intercorrências. Esse é o grande desafio, o grande X da questão aqui pro município é justamente isso, a falta de um equipamento de saúde pra dar suporte à unidade básica. (P23-Méd/M/CG)*

Já na terceira subcategoria, foram destacados pelos profissionais aspectos sócio políticos que interferem no processo de produção do cuidado no cotidiano do serviço. Apesar de perpassar os demais aspectos, aqui foram reunidos os discursos que diretamente ressaltaram o papel da gestão enquanto percalço encontrado na efetivação do direito à saúde.

Assim, foram destacados a pouca disponibilidade de recursos advindos do governo federal, a má gestão do dinheiro público e a falta de investimentos nas políticas públicas de saúde local:

*(...) a única palavra que define tudo que está acontecendo hoje na saúde é a corrupção, porque o próprio gestor não tá colocando dinheiro onde deve ser colocado. (P15-ACS/F/JP)*

*(...) esse, entre aspas, descaso, que tem nesse interior, né? A saúde pública, a população aqui é bem carente, carente de tudo, de saúde, de higiene, de atenção básica (...). (P19-Méd/M/JP)*

*Eu acho que o principal era usar a renda que vem, que a gente tá vendo que não está sendo utilizada. O principal era fazer o que manda no papel, porque o SUS é bonito no papel, mas aqui, na cidade onde a gente vive, não é, não. (P4-Enf/F/CG)*

*Dois PSF trabalhando em um prédio só, isso não existe! Então a revolta minha num é porque eu num sou do lado dele não, é porque se ele tivesse ao menos continuado o que tinha sido feito pelo outro talvez hoje a saúde um outro retrato, tá entendendo? Mas não, piorou assim, afundou. Como é que tu aluga um ônibus por 9 mil reais, pé duro pra levar pessoas doentes para ser atendido em grandes centros, João Pessoa, tu podia pegar esse recurso e pagar um médico especialista (...). Tu tá entendendo a lógica? (P15-ACS/F/JP)*

Sendo prioritária uma melhor organização dos investimentos que chegam no município, de modo a otimizar as ações de saúde:

*(...) precisa-se melhorar muito, precisa-se ter um apoio maior, ter um recurso financeiro disponibilizado com maior quantidade (...) integração maior por parte das secretarias, todas as secretarias que são envolvidas nesse trabalho. (P11-Méd/M/Sousa)*

*É isso aí que eu digo, é o compromisso com a própria saúde do município, se você é um gestor da saúde e tiver um compromisso. (...) eu acho que falta o compromisso com o próprio cidadão, num é a questão que falta recurso para ter isso (...). (P15-ACS/F/JP)*

*Que os gestores, né? Invistam mais na saúde, né? Pense mais no usuário, deem mais valorização a quem precisa, porque hoje em dia a gente vê que tem muita gente que necessita, (...) então, eu acho que se investisse mais numa saúde, na educação, não só na saúde, mas investir na educação também (...). Saúde e educação, eles caminha junto, né. Eu acho que ta precisando mais investimento na saúde, não só assim... Por questão local, mas sentido de Brasil, né. E as coisas sejam aplicadas na saúde como eles falam lá... lá em cima, lá em Brasília. Só que infelizmente tem hora que a gente deixa a desejar. (P20-ACS/M/Sousa)*

*Que seja necessário um investimento maior em relação por parte do governo federal, estadual, municipal, pra poder ter uma disponibilidade maior de serviços e de equipamentos e meios para os profissionais da área da saúde, pra poder eles colocar em prática tudo o que existe teoricamente (...) porque demanda recurso e às vezes nós não temos esse recurso necessário. (P11-Méd/M/Sousa)*

Mas, não apenas em um nível macro, há interferência da gestão no próprio trabalho do profissional, inexistindo uma comunicação, um diálogo efetivo entre gestores e profissionais, denotando uma falta de apoio à atuação destes, que acabam se sentindo desvalorizados e não vistos pela gestão. Além disso, se sentem impotentes e limitados frente às demandas que precisam dar conta diariamente nos serviços, tendo que mendigar apoio e favores políticos, seja em prol dos usuários ou de seu próprio trabalho:

*(...) a falta de compromisso do gestor com os profissionais. Muitas vezes a gente que trabalha na zona rural precisa tá ligando pro gestor atrás de um carro, um transporte pra gente poder ir, porque se não ligar a gente passa o dia todinho aqui esperando o transporte e ele não vem. (P31-Enf/F/Patos)*

*As condições de saúde aqui eu considero precárias pelo fato de que a gente não tem apoio da gestão, muito pelo contrário, nós passamos ultimamente por algumas dificuldades com relação a isso, existia um carro que trazia os funcionários de Patos até aqui há 16 anos e a gestão cortou. Eu que trabalho em uma cidade que é próxima, mas o acesso é bem difícil, eu também vinha pra aqui nesse carro de Patos e voltava pra trabalhar no dia seguinte, depois como foi tirado o carro eu falei pra ficar dormindo aqui no serviço, por algumas semanas eu fiquei mas depois vieram e me proibiram de dormir aqui também. Então de certa forma a gente quer fazer o nosso trabalho, ta entendendo? Quando a gente chegou aqui, a gente chegou com muita vontade mesmo de trabalhar, mas com essas coisas que foram acontecendo, é tipo uma perseguição, não sei porque se a gente nem é daqui, não existe motivo pra eles nos perseguirem. Estamos aqui fazendo o nosso trabalho e chegamos com a maior boa vontade só que com o passar dos dias nós estamos notando que eles estão dificultando esse trabalho, ta entendendo? (P43-Téc.Enf/F/Patos)*

Esses favores políticos também precisam ser buscados quando se trata de exames mais complexos para os usuários:

*(...) dificuldade da gente pedir um exame mais complexo, a gente sempre busca pedir aquele mais simples, né. Tenta, como se diz, desenrolar com aquele exame mais simples. (...) A gente solicita ao paciente, mas sempre já fala com o secretário de saúde ou alguém do órgão competente, porque sempre é mais complicado. Tomografia, ressonância, esses exames de alta complexidade são bem mais complicados de conseguir. (P42-Méd/M/Sousa)*

*Agora o que é que acontece, todo e qualquer exame que a gente faz aqui tem muita interferência política, tá certo? Não existe eu pedir um exame aqui, solicitar um exame, eu digo “você vai ali na policlínica e leve lá, marque e pronto”. Não, tem que procurar candidato x ou y pra marcar e fazer esse exame. O usuário volta com o exame realizado mas a forma que ele realiza eu não tenho conhecimento, por esse fato político que influencia muito. “Ah, leve pra candidato x”, “Leve pra candidato y”, eles fazem dessa forma. (P45-Enf/M/Sousa)*

Neste sentido, umas das prioridades citadas pelos profissionais na efetivação do direito à saúde é a atenção dos governantes para as reais necessidades de saúde da população. Porém, o que se observa na prática é o não interesse dos gestores públicos em garantir um SUS universal, integral e equânime que considere as vulnerabilidades de saúde individuais, sociais e programáticas:

*É isso aí que eu digo, é o compromisso com a própria saúde do município, se você é um gestor da saúde e tiver um compromisso. (...) eu acho que falta o compromisso com o próprio cidadão, num é a questão que falta recurso para ter isso não porque não tem, num é... A desculpa “não o Brasil está em crise” o Brasil pode estar em*

*crise, mas Mataraca não está, o governo federal aumentou 200 mil ou foi 300 mil para Mataraca, (...) tu tá entendendo? (P15-ACS/F/JP)*

*(...) e eu acho que a questão de bom senso mesmo do gestor de ver, assim, as necessidades maiores do paciente (...). (P31-Enf/F/Patos)*

Essa falta de comunicação se dá inclusive quanto às necessidades de insumos e materiais que a UBS precisa, por vezes negligenciada ou não suprida pela falta de interesse dos gestores em fiscalizar ou até mesmo de buscar ouvir aqueles que realmente sabem o que está precisando, que são os profissionais:

*(...) não tem uma pessoa pra estar nos postos olhando o que tá faltando e até mesmo a estrutura da unidade, pra poder chegar no gestor e falar. Não! Tem que ser a gente que tá correndo atrás, ficha... Todo tipo de material, se a gente não levar ninguém leva. Nem mesmo o gestor se interessa. (P31-Enf/F/Patos)*

*(...) porque a gestão tá lá e elas não tem o conhecimento que a gente tem. Então muitas vezes são pessoas que não tem capacitação, não sabem o que realmente você lida na prática, não conseguem entender, não tem esse discernimento, então um entrave é esse, a má infraestrutura ligada à falta de equipamentos por causa de uma gestão que foi colocada, assim, por comissão mesmo, né. Não tem planejamento, é questão de...como é que eu posso dizer...aliados, né? Quem é seu aliado é quem vai. (P40-Enf/F/Sousa)*

Os profissionais também sentem a pressão da cobrança feita pelos gestores para que consigam dar conta das demandas de saúde da população, apesar da falta de apoio:

*E eles cobram muito da gente. O trabalho da gente nunca é reconhecido, sempre eles só cobram e pra eles o importante não é qualidade é quantidade. Quanto mais pessoas você atender num dia, pra eles estão satisfeitos, os gestores. (...) porque a gente prefere qualidade, mas se o gestor chega e vê esse pessoal aí querem reclamar com o profissional porque não tem tantos em quantidade, então a gente tem que fazer. (P31-Enf/F/Patos)*

Tais cobranças também foram encontradas no estudo de Villa, Aranha, Silva e Flôr (2015), no qual foi relatado pelos profissionais da atenção básica a insatisfação frente as cobranças frequentes dos superiores frente às obrigações no trabalho, além da falta de apoio recebido quando se trata de seus direitos enquanto trabalhador. De acordo com a discussão trazida por estes autores, essa maneira hegemônica de gestão acaba reforçando a hierarquização e o autoritarismo na relação entre gestores, profissionais de saúde e até mesmo usuários, comprometendo o caráter político da atuação profissional e enfraquecendo seus discursos e posicionamentos (Villa, Aranha, Silva & Flôr, 2015).

Por isso, os profissionais destacam a importância do olhar dos gestores para eles enquanto trabalhadores do SUS, considerando suas vozes, seus anseios e suas necessidades,

visando práticas de cuidado que fomentem a promoção da saúde do usuário, como pode ser visto a seguir:

*Que a gestão olhasse um pouco pra, pra a questão dos funcionários... No sentido de oferecer... É... Mais... Como é que eu posso dizer... Materiais, instrumentos, a questão do transporte, né? Eles visem mais um pouco... Dá condições mais de trabalho... Não que não tenha, tem! Mas que podia melhorar, isso ia favorecer a própria comunidade, né. Que a gente ia trabalhar melhor também. (P21-Enf/F/Sousa)*

*(...) A gestão precisa também reconhecer cada profissional e valorizar mais. (...) acho que valorizar os profissionais que nós temos, porque são ótimos profissionais, pessoas capacitadas, que tem condições de oferecer um serviço excelente a população, que estão precisando de somente de alguém que... Que se disponha a valorizar e a incentiva-los. (P30-ACS/F/Patos)*

*(...) poderia ser melhor, eu não daria a nota de ótimo nem pra saúde da população, nem pra o trabalho da equipe porque acho que sempre pode melhorar... Eu acho que se a equipe receber o incentivo da gestão, se a equipe for melhor valorizada, eu acho que quem ganha é a população. Então consequentemente melhora o trabalho da equipe e melhora também a saúde da nossa cidade. (P30-ACS/F/Patos)*

*Eu acho que imprescindível é ter recursos pra que a gente possa trabalhar e ter apoio por parte do gestor né? Porque sem isso fica impossível da gente trabalhar. (P43-Téc.Enf/F/Patos)*

Como pôde ser observado nessa subcategoria *aspectos sócio políticos*, a garantia do direito à saúde por vezes perpassa questões que estão acima dos profissionais de saúde desvirtuando a saúde enquanto um direito, uma vez que a coloca como dependente ou como um resultado de favores políticos. Neste sentido, ressalta-se que o direito à saúde até chega ao usuário, mas por estar associado à disponibilidade da gestão em facilitar os processos, chega não mais enquanto um direito, mas como um benefício prestado, uma caridade, um favor, inclusive levando esse usuário a sentir a necessidade de, de algum modo, retribuir tal ato, seja com o apoio nas campanhas políticas ou com o seu silêncio frente ao descaso das políticas públicas, enfraquecendo a participação popular e, até mesmo, o controle social. São questões como essas que fazem com que o “SUS vivo”, aquele que acontece no ato do cuidado, acabe padecendo com estereótipos negativos, como sendo o “SUS que não funciona”, distanciando-se do “SUS do papel”, ou seja, do que é preconizado pela legislação do SUS.

Por último, mas não menos importante, a quarta subcategoria reuniu os discursos acerca dos *aspectos subjetivos/relacionais* que permeiam a oferta do cuidado, seja enquanto uma dificuldade ou uma prioridade, os quais dizem respeito às tecnologias leves, que se dão na relação usuário-profissional, aparecendo a importância do vínculo, do acolhimento, da comunicação efetiva para que haja a resolutividade do cuidado, entre outros.

Assim, enquanto uma prioridade quando se pensa em oferecer um cuidado de qualidade ao usuário apareceu com bastante frequência o acolhimento que é dado a este no serviço, sendo esta a subcategoria que mais reuniu discursos daquilo que é prioritário para um bom atendimento. Tal fato sinaliza a importância percebida pelos profissionais do uso das tecnologias leves durante o processo de produção do cuidado, fazendo o “SUS vivo” acontecer de forma efetiva e satisfatória. Inclusive, esses aspectos pouco surgiram enquanto dificuldades, sinalizando a percepção que esses profissionais têm de que essas tecnologias dependem das relações que são estabelecidas no ato do cuidado, entre eles e os usuários. Ou seja, apesar das condições de trabalho certamente interferirem na atuação profissional, o uso das tecnologias leves também depende da empatia e da disponibilidade do profissional em promover um atendimento humanizado em saúde, correspondendo a aspectos mais pessoais, subjetivos, conforme apontam esses profissionais:

*Em primeiro lugar, é o profissional ter humanidade. Assim, como é que diz... Humanização, é o profissional querer, porque se não quiser não adianta (...), querer atender bem aquelas pessoas, porque é como o secretário disse um dia, se não tem a medicação, mas você sabe dizer um não, é a forma como o médico fala com eles. Porque se você tá com problema de saúde e você chega numa unidade e é maltratado, sai mais doente ainda, então só a forma de você tratar e acolher aquela pessoa já traz saúde (...) você conversando já resolve muita coisa. (P6-ACS/F/CG)*

*A parte humana, eu trabalho muito nessa parte humana assim, porque eu me coloco no lugar deles né? (P16-Enf/F/JP)*

*Pra uma boa qualidade, acho que primeiro de tudo, tem que ter uma boa disposição do profissional, que sem isso a gente não faz com que aconteça nada, que aconteça um cuidado de qualidade. Assim, a preocupação com o que o paciente tem a oferecer, não só o que eu tenho a oferecer. Porque o cuidado é uma via de mão dupla, né? (...) Então pra ter uma qualidade do cuidado, eu acho que primeiro tem que ter uma disposição do profissional, em se importar em empoderar o paciente, escutar ele, em acolher ele. (...). (P40-Enf/F/Sousa)*

Destaca-se que, ao se falar em acolhimento, está se considerando desde o momento em que o usuário chega na UBS até a sua saída, incluindo os possíveis encaminhamentos que possam ser lhes dado, perpassando todo o percurso do cuidado. Assim, como apontam Ferraz, Moreno, Rodrigues e Lopes (2015), o acolhimento representa o quanto o serviço está acessível ao usuários; as ideologias que permeiam as práticas de cuidado dos profissionais; a forma e o tipo de relação estabelecida entre usuário e profissional; a resolutividade do cuidado, entre outros; sendo, portanto, um dispositivo para a humanização do atendimento e para a reorganização do trabalho da eSF, gerando satisfação no usuário quanto à qualidade do cuidado que lhe fora oferecido, e, conseqüentemente, efetivando a saúde enquanto um direito.

Sobre tais aspectos, os profissionais ressaltam que se esse acolhimento não ocorre certamente serão criadas barreiras subjetivas que acabarão distanciando o usuário do serviço, uma vez que põe em questão a sua acessibilidade:

*Na verdade ai necessita mais... É... Acolhimento, né? Do funcionário com essas pessoas pra que ele possa ter mais acesso a unidade básica de saúde. (P18-ACS/M/JP)*

*Primeiro, que é o que acho que tem existir em todo lugar, que é a humanização dos profissionais com os pacientes, porque eles já procuram o serviço pela necessidade que eles tão tendo, então se se depararem com a resistência de um profissional, seja ele da entrada ao último que ele vai ter essa assistência... Mas, assim, se ele se sentir rejeitado ou até uma palavra que não venha na hora exata, então isso aí deixa ele frustrado pra qualquer outro passo que ele tenha que dar dentro da unidade. Então eu acho que o acolhimento, a humanização dos profissionais é o essencial. (P24-Enf/F/CG)*

Por isso, para que esse acolhimento reflita em práticas de cuidado efetivas e de qualidade, deixando o usuário satisfeito, ele precisa promover um ambiente em que este se sinta ouvido, acolhido e, se possível, atendido em suas necessidades pelos profissionais que fazem o serviço:

*Procurar ouvir as necessidades do paciente e atender no máximo possível, né, diante das condições que você tem no seu local de atendimento. (P26-Téc.Enf/F/Sousa)*

*Acho que assistência, né? Dos profissionais, né? Em acolher bem o paciente, escutar, né? Pra saber o que realmente ele tá precisando e fazer o possível, né? Pra dar uma melhor assistência, ou aqui mesmo ou encaminhando, né? (P13-Enf/F/JP)*

Ouvir as reais demandas do usuário implica em oferecer uma escuta atenta, indo para além das queixas e sintomas trazidos. Isso porque, muitas vezes, ele está necessitando mais de uma escuta do que uma prescrição ou conduta técnica por parte do profissional:

*(...) A gente percebe que aqui na nossa unidade, a maioria dos pacientes não vem por tá enfermo, ele vem mais pra ter um carinho, uma atenção. Porque assim, a gente já percebeu que o paciente que vem na segunda-feira pela manhã, na terça-feira ele tá aqui novamente; a medicação que o médico passou, não deu nem tempo de fazer o efeito, ele já tá aqui no outro dia. Então a gente percebe que ele não vem só pela doença, ele vem pra ter uma atenção do profissional. (P8-Enf/F/Sousa)*

*(...) Então assim, a escuta é muito importante. Às vezes o paciente não tá com nada, é só psicológico, ele só precisa de uma pessoa pra desabafar, chora, chora, chora, e de repente o paciente tá bom. Chega aqui dizendo que tá com uma dor, morrendo e da ausculta é que realmente você vai saber o que o paciente tem, que você pode ajudar. Então a ausculta, pra mim, como profissional, é muito importante. (P27-Enf/F/Sousa)*

*(...) um trabalho com respeito e escutar. Porque o que as pessoas precisam, muitas vezes, é só de alguém que escute eles. E assim, a gente procura, diante das condições que a gente tem no serviço, oferecer o melhor possível pra eles. (P32-Téc.Enf/F/JP)*

*Primeiro de tudo, independente de material ou medicamento, é a humanização, né? Porque quando o usuário procura principalmente a unidade básica, geralmente eles não precisam nem de uma medicação, acho que de uma conversa. Se o profissional sentar e ouvir eles, geralmente aqui 80% dos casos já resolve com uma conversa, né? Você acolher o paciente. (P37-Téc.Enf/F/CG)*

E mesmo quando essas demandas, por algum motivo, não podem ser atendidas, o acolhimento que é dado ao usuário já pode deixá-lo satisfeito:

*Ter um atendimento bom e de qualidade, atender bem o paciente. Porque, às vezes, mesmo que você não tenha como atender ele, né, bem, mas você falando... O paciente quer que você atenda ele bem, com um sorriso. As vezes chega aqui, “vim tomar uma medicação” e às vezes não tem, mas você atende ele bem. Fazer com que ele saia satisfeito, porque as vezes é só um bom atendimento que o paciente quer. Às vezes chega até com uma dor ou chega com raiva ou resmungando porque já foi mal atendido em outro canto, mas você chega, atende ele bem... ele já fica mais satisfeito... pelo menos um pouquinho. (P26-Téc.Enf/F/Sousa)*

Esse acolhimento também implica em deixar o usuário informado sobre o fluxo do serviço, a trajetória do cuidado que ele fará, deixando-o ciente de todo o processo de produção do cuidado, sendo considerado e respeitado em suas particularidades e necessidades, visto que é um sujeito ativo desse processo. Sobre isso, fora citado por um ACS a dificuldade em manter essa informação para o usuário sobre a vinda do médico até à UBS, ou o horário em que ele realmente será atendido, gerando constrangimentos e insatisfação:

*O acolhimento. Chegar o paciente lá e você informar, “chega tal hora” e o médico chegar. Onde existe, muitas vezes, do paciente ficar até tarde esperando o médico e muitas vezes ele não vem. Falta esse acolhimento do médico com o povo. (...) Eles têm que dar o plantão aqui os 3 dias e as vezes diz assim “Nós chega de 8h” e tem vez que dá 11h, 12h, 13h e eles nem ligam dizendo que vem, nem liga dizendo que não vem. Os usuários, coitados, ficam lá doente, criança esperando, e muitas vezes eles faltam com essa informação. (P25-ACS/F/Sousa)*

Ainda sobre essa comunicação entre usuários e profissionais, também fora destacado que esta é imprescindível para que o cuidado seja efetivo, devendo ser claro, acessível ao usuário. Caso contrário, o cuidado ficará deficiente, fragilizado, pois não houve uma comunicação fluida, um entendimento acerca do que fora passado pelo profissional, rompendo, inclusive, com a continuidade do cuidado:

*Acho que em primeiro lugar, você ouvir o paciente, as queixas dele, deixar ele falar tudo que tá sentindo e tentar passar pra ele, com as palavras que ele entenda também, né? (P26-Téc.Enf/F/Sousa)*

*(...) essa questão de satisfação do paciente no momento, assim, de ele mesmo dizer “olhe, eu tô muito satisfeito, gostei muito, entendi tudo que você falou”, eu acho que isso é muito importante. De você sair com o paciente assim “eu entendi o que você falou”, não ele sair, você nota que ele saiu meio assim, pensando “o que será que essa menina disse, o que é que ela tá querendo dizer, entendi foi nada”, então eu não gosto de sair com essa lacuna. (...) Não adianta eu falar, falar, falar e não perguntar se ele tá entendendo, o que ele tem a dizer sobre aquilo, o que ele tá sentindo, não adianta. (P40-Enf/F/Sousa)*

Inclusive, como verificado no Estudo 1, muitas vezes o usuário não considera que foi ouvido de forma integral, sendo consideradas as suas condições de vida, por exemplo. Assim, torna-se importante refletir sobre essa efetiva comunicação no ato do cuidado, uma vez que, conforme apontam Villa, Aranha, Silva e Flôr (2015), devido à relação de saber-poder que é estabelecido entre profissional e usuário, este pode se sentir inibido para descrever seu estado, já que considera não conhecer os termos adequados para tanto; bem como constrangido para pedir maiores explicações. Assim, na maioria das vezes, acaba saindo da consulta sem muita compreensão do que fora falado ou cheios de dúvidas e questionamentos, buscando outros profissionais para lhes dar os devidos esclarecimentos.

Ainda sobre essa efetiva comunicação, outra questão que se apresentou como *aspecto subjetivo/relacional* que interfere na dinâmica do cuidado foi a comunicação entre a equipe, a sintonia entre os profissionais de saúde, havendo destaque nesse momento para a figura do médico:

*(...) eu acho que a gente ainda encontra muitas barreiras entre os profissionais, entre a equipe, que, de forma geral, não se atua como equipe, principalmente com a questão médica. O médico sempre é mais afastado, desvinculado... (...) Ainda encontra-se médicos que conhece por nome o paciente, mas ultimamente, aqui no PSF da gente, ele não tem nenhuma interação com a equipe. Os médicos não têm interação com os usuários. Acho que dificulta muito o trabalho. (P27-Enf/F/Sousa)*

*Eu acho que é um trabalho em equipe, uma equipe beemm... Em sintonia, com as informações sendo passadas, eu acho que o trabalho flui muito bem, eu sinto essa ausência no nosso trabalho, de uma união, da equipe ta interagindo um com o outro (...). (P30-ACS/F/Patos)*

Sobre essas relações desiguais que geram favorecimentos e privilégios de algumas classes profissionais em detrimento de outras, Villa, Aranha, Silva e Flôr (2015) ressaltam que naturalmente o médico assume essa posição de poder na equipe de saúde, uma vez que o conhecimento que lhe é específico legitima o exercício do controle sobre os demais

profissionais. Segundo o estudo realizado por essas autoras, no contexto da ESF as relações de saber-poder acontecem de forma naturalizada, a maioria nem identificando-a, apesar de no cotidiano do serviço ficar evidente o estreitamento das relações entre os membros da eSF, prevalecendo uma hierarquia objetiva e impessoal que se mantém cristalizada no imaginário social.

Destaca-se que a comunicação e a confiança entre os profissionais de saúde refletirá consequentemente na confiança entre usuários e profissionais:

*Confiar, né. Confiar. Entre os próprios profissionais de saúde, um confiando no outro, e os usuários confiar neles. Eu acho que isso aí é muito importante. (P25-ACS/F/Sousa)*

*Comunicação, comunhão entre os profissionais, seria melhor. Mas a comunicação ela ajuda muito, além... Ajuda além dos profissionais ao paciente, né? Porque o acolhimento fica melhor, né? A humanização com relação ao paciente. (P13-Enf/F/JP)*

*(...) eu gostaria de vê aqui uma equipe unida que trabalhasse pelo bem estar do usuário, isso aí é o que eu desejo, acho que todo profissional tem esse desejo de vê o local de trabalho funcionando direito. (P43-Téc.Enf/F/Patos)*

Essa confiança entre usuário-profissional foi bem citada, com destaque para a relação com o profissional médico, fazendo com que o usuário se sinta seguro quanto à conduta prescrita:

*Pra mim a relação médico-paciente (...) a segurança. Um paciente que confia em mim, ele vai tentar se adequar, ele vai aderir àquilo que eu preconizei pra ele, certo, e ele vai voltar. (...) Isso me traz segurança, isso me traz satisfação, (...) assim, o respaldo que tenho, o retorno, certo, de confiança, de gratidão, que eu tenho é essa a minha confiança. Então, é sinal de que eu realmente consegui formular um laço de relação médico-paciente importante. Eles confiam em mim e eu posso confiar neles pra poder fazer, da melhor forma, chegar a melhor forma, em trabalhar e em ter o cuidado realmente o cuidado precioso, né, em convencer que não só sou eu a responsável pela saúde do usuário, ele é mais do que eu. (...).(P41-Méd/F/Sousa)*

*Principal coisa que eu acho na relação médico-paciente é a questão que se você tá...se um doente lhe procura, é porque ele tá precisando de sua ajuda. Você tem que tratar ele da melhor maneira possível, isso aí é o mais importante. E a atenção sempre. O paciente, ele vem lhe dizer o que tá sentindo, o que tá lhe perturbando, você tem que catar bem pra fazer um bom atendimento à essa pessoa. É isso aí que eu acho que é o mais importante na relação médico paciente é a atenção, principalmente com idosos, com idosas e com pessoas da saúde mental debilitada, né? Que na grande maioria das vezes, infelizmente, tem certos profissionais que não tratam muito bem esse tipo de gente. Mas o que eu acho é assim, se vem pro médico é porque tá precisando, é isso aí que a gente tenta levar pra toda vida se dar bem. (P42-Méd/M/Sousa)*

*No serviço que a gente trabalha hoje em dia, o principal fator que a gente desenvolve, junto ao usuário, que faz com que nosso trabalho seja reconhecido e seja feito de forma correta, é a confiança entre ele e o profissional. Sem essa confiança, o trabalho da gente é jogado por água abaixo. O principal fator é esse. Entre outros, a gente pode deixar mais alguns, mas o principal é esse: a confiança entre o profissional e o usuário. A gente tem que passar essa confiança pra ele, certo? (P45-Enf/M/Sousa)*

Apesar das relações de saber-poder que são naturalmente instituídas no processo de produção do cuidado em saúde, Villa, Aranha, Silva e Flôr (2015) ressaltam que é possível ao profissional consolidar novas atitudes a partir de novas formas de atuação, individual e coletiva, criando vínculos diferenciados, menos verticalizados no contexto da ESF. Bem como os usuários colaborarem na criação de um novo paradigma relacional à medida em que se sentem ouvidos, sentindo-se livres para expressar suas vivências, o que é possível a partir de uma escuta atenta por parte do profissional, o qual se dirige a ele enquanto um sujeito ativo da relação de cuidado e não um objeto de seu discurso (Villa, Aranha, Silva & Flôr, 2015).

Para tanto, é preciso considerar o usuário no centro, como o maior interessado, o “consumidor” do resultado final do processo de produção do cuidado:

*(...) se preocupar de que o povo ele tá saindo satisfeito, que ele não tá saindo só com o exame, só com o medicamento, mas que ele tá saindo satisfeito com profissional, do que ele entendeu, do que ele assimilou dali. Então eu acho que pra ter qualidade, é se preocupar, primeiramente com o usuário, porque o usuário é a chave do serviço. (...) As vezes o usuário é negligenciado, sendo que ele é o protagonista desse serviço, é por ele que a gente tá aqui. Não é porque eu tenho que trabalhar, eu tenho que trabalhar pra me satisfazer pessoalmente, profissionalmente, mas não tem como eu trabalhar se não tiver usuário, não tem como eu entregar nenhuma produção no fim do mês se não tiver. Então eu acho que no momento que a gente colocar o usuário como centro do serviço, protagonista daquele processo, aí sim o serviço vai ser de qualidade. Com certeza. (P40-Enf/F/Sousa)*

Aqui, a linguagem acaba sendo um instrumento de dominação ou de empoderamento, mantendo ou rompendo com as relações de poder entre usuário e profissional. Por isso, as práticas de cuidado devem ser pautadas numa relação dialógica, guiadas por uma postura indagadora, na qual todos os atores são protagonistas, legitimando-os a partir do saber que lhes é próprio, singular e único, o qual precisa ser considerado (Villa, Aranha, Silva & Flôr, 2015).

Porém, entre as dificuldades percebidas pelos profissionais, as quais impedem que esse acolhimento aconteça e seja de qualidade, foi elencado o tempo do atendimento, sobretudo do médico, que acaba sendo muito curto, não permitindo uma escuta mais atenta e o aprofundamento das questões que envolvem a demanda trazida pelo usuário, rompendo a

lógica de um cuidado integral em saúde e restringindo-se à remissão de sintomas e queixas; além do espaço adequado, não havendo no percurso do cuidado que o usuário faz dentro do serviço um momento inicial de escuta, tipo uma triagem, sendo esta uma queixa de uma enfermeira:

*A gente não pode fazer um atendimento de qualidade porque não tem tempo. (...) Tem que conversar, tem que orientar e não tem... A gente tem que ir direto no assunto, ir direto no sintoma. (P29-Méd/F/JP)*

*O pessoal que fica ali na recepção, eles sempre tentam acolher bem o paciente, e eu sempre tendo tratar da melhor forma possível tendo uma certa qualidade no atendimento. Às vezes, devido a demanda ser muito alta, às vezes não é possível em todos os pacientes a gente dar uma atenção maior (...). (P11-Méd/M/Sousa)*

*E não tem um ambiente assim, também, de acolhimento, aí eu acho que isso acaba, assim, interferindo nessas condições de trabalho da gente, porque eu queria fazer o acolhimento quando os pacientes chegassem pra ir pra médica, verificar pressão, conversar pra saber, porque às vezes nem precisa passar nela, às vezes é uma conversa normal, alguma coisa assim, que dá pra resolver ali, não precisa de medicação, não precisa de nada, dá pra voltar pra casa pra não ficar esperando. (P40-Enf/F/Sousa)*

Também como *aspectos subjetivos* que aparecem enquanto dificuldade nas práticas de cuidado são as percepções, crenças e estereótipos dos usuários com relação à saúde e ao cuidado em saúde, sendo trazidas por uma enfermeira as relações de gênero, perpassadas pela vergonha, medo ou preconceitos:

*(...) uma questão da gente é que eles acham que você falando com uma mulher, sei lá, talvez seja aquela questão de preconceito, respeito, então quando o médico é homem a gente vê que tem bem mais homem do que mulher e quando a médica é mulher a gente vê que tem mais mulheres do que homem. (P28-Enf/F/JP)*

Essas dificuldades são perpassadas por questões culturais que distanciam o usuário do serviço, também geradas pelo comodismo deste frente ao cuidado em saúde, limitando a atuação do profissional:

*Assim, tem muitas coisas que a gente poderia fazer, a gente tenta, a enfermeira tenta, eu tento, mas infelizmente é questão cultural. (P41-Méd/F/Sousa)*

*Porque assim, é aquela coisa: a gente tem vontade de oferecer a eles, (...) no PSF o médico entrega a receita ao paciente, veja bem a preguiça deles, aí aquela receita vai servir pra três mês, eles não querem ir porque vão enfrentar uma fila, aí eles não querem ficar ali, eles preferem comprar. Eu vejo assim: é a preguiça do povo, porque, assim, se tem receita pra você ir pegar na farmácia básica como tinha lá, você ainda ter preguiça de enfrentar uma fila e ir pegar, eu acho acomodismo. (P2-ACS/F/Patos)*

E por fim, enquanto aspecto subjetivo que surgiu nas entrevistas que é considerado uma prioridade quando se fala em ofertar um cuidado de qualidade na percepção dos profissionais disse respeito a ele mesmo, à sua valorização profissional, ao cuidado, à atenção e ao apoio que eles recebem. Tais questões foram ressaltadas como necessidades pessoais dos profissionais, bem como da equipe em que ele trabalha, repercutindo, inclusive, na satisfação com o seu trabalho e, por isso, considerada uma prioridade para se ofertar um bom cuidado:

*Só que assim, falta a valorização desses profissionais, então a... Essa parte do cuidado, eu acho que ela tá um pouco assim... descuidada! (...) Falta o cuidado desses profissionais, porque como é que a equipe cuida de quem necessita do cuidado, se a equipe tá... Ninguém cuida dessa equipe, entendeu? Então eu acho que falta mais interação entre os profissionais, falta na minha opinião, precisava de uma pessoa pra coordenar, pra unir mais a equipe e de valorização, né. (P30-ACS/F/Patos)*

*A gente precisa de valorização profissional, plano de cargo e carreira... tudo isso influencia no serviço direto da gente. (P45-Enf/M/Sousa)*

Ressalta-se, assim que essas necessidades dos profissionais já haviam aparecido quando elencadas as dificuldades e prioridades de aspectos sócio políticos que envolvem o cotidiano da UBS e também reaparecerá na próxima e última categoria temática. Isso sinaliza a importância desse profissional também ser ouvido em suas demandas e necessidades enquanto trabalhador do SUS, o qual, muitas vezes, tem seu trabalho precarizado, invisibilizado e não valorizado. Tais insatisfações e consequentes desmotivações – referentes aos aspectos estruturais que comprometem as condições de seu trabalho ou à desvalorização profissional – podem comprometer, segundo Ferraz, Moreno, Rodrigues e Lopes (2015) a qualidade da assistência prestada à população.

#### **6.4.2.2.3. Satisfação com o trabalho**

Em consonância com a discussão acima, nessa última categoria temática referente às percepções dos profissionais acerca do serviço de saúde foram reunidos os discursos que sinalizavam a sua *satisfação com o trabalho*, apontando aspectos de sua realização profissional enquanto trabalhador do SUS e, especificamente, da atenção básica à saúde em um contexto rural. Sobretudo, essas (in)satisfações foram trazidas ao final das entrevistas, quando indagados sobre gostar ou não de seu trabalho e sobre o seu desejo de permanência naquele tipo de serviço, gerando duas subcategorias: *aspectos positivos* e *aspectos negativos*.

Quanto aos aspectos positivos, os quais apareceram nas percepções da maioria dos entrevistados, verificou-se que estes se apresentam satisfeitos com seu trabalho, com sua atuação profissional, sinalizando que gostam muito do contexto da atenção básica, do serviço

em que estão, principalmente por se identificarem com a proposta da ESF, como exemplificado nos discursos abaixo:

*(...) eu gosto do meu trabalho, eu gosto do que eu faço, é gratificante quando resolve assim em conjunto, né? Um assunto de determinada família ou ajuda que uma outra também se recupere, então assim, eu gosto. (P12-ACS/F/JP)*

*Pretendo, eu me identifico muito. Eu gosto, eu acho aqui uma coisa mais humanizada, você tem mais contato com os pacientes. Esse tempo que eu tô aqui, apesar da região ser grande, aqui a gente atende mais de mil famílias, mas você pega um vínculo com todos, você conhece cada um por nome... Eu gosto da atenção básica! (P37-Téc.Enf/F/CG)*

*(...) é uma área que eu me identifico muito, a Atenção Básica, eu gosto de ter uma saúde continuada e acompanhar o paciente. Pra mim, a Atenção Básica é a minha identificação. (P8-Enf/F/Sousa)*

A resolutividade da atenção básica, o cuidado continuado e longitudinal, permitindo um acompanhamento do trabalho e uma melhor avaliação das práticas cotidianas, chama a atenção dos profissionais enquanto fator que gera satisfação profissional:

*(...) porque eu vejo que existe a resolutividade, né? Enquanto no hospital você trabalha com a consequência, no PSF você trabalha com a causa. Então você tem um trabalho que, se for organizado, se for bem articulado, você tem um retorno melhor pra sociedade do que em ambiente hospitalar. (P17-Méd/M/CG)*

*Então assim, na própria consulta, as vezes tem aqueles pacientes que você vê que você conseguiu sensibilizar, conseguiu conscientizar, com relação à alguma coisa, alguma doença. (...) o motivo da gente querer continuar, eu acho que é isso, ver esses resultados, ter esses resultados, que aqui não são resultados imediatos, são resultados a longo prazo, né? (P40-Enf/F/Sousa)*

A própria dinâmica e particularidades do contexto rural também apresentam-se como aspectos positivos para os profissionais, os quais se identificam e se sentem realizados pessoal e profissionalmente por conseguirem, de algum modo, prestar um bom atendimento aos usuários, colaborando na garantia do direito à saúde:

*(...) eu gosto da atenção básica, eu gosto porque... Eu gosto muito do contato com a população, entendeu? De ouvir, de saber, os costumes, e aí, eu já conheço as pessoas até pelo nome, que é tia de Fulano, de Beltrano, de Cicrano, pergunta como ta e tem aquela questão da reciprocidade, do reconhecimento, dos elogios, dos presentes... é assim... Interior, né, o pessoal tem essa...(P9-Méd/M/Sousa)*

*Eu gosto muito de trabalhar em comunidade carente, é o meu perfil. (P22-Méd/F/Sousa)*

*(...) porque eu gosto de trabalhar aqui na zona rural, porque eu adoro a zona rural. O pessoal é mais carente e eu tenho mais assim...eu tenho muito carinho pelos pacientes,*

*mas da zona rural eu noto que é um pessoal mais carente, que precisa mais da sua atenção, sabe?! Do seu carinho... e eu gosto por isso. (P38-Téc.Enf/F/JP)*

Sobre isso, é importante trazer à discussão que, em alguns momentos, essas falas parecem soar uma perspectiva de minimização do usuário, estereotipando-o como aquele que “precisa” de cuidados, podendo a oferta do cuidado ser feita com base na caridade, como um favor, desvinculando a saúde enquanto um direito, rompendo com o previsto constitucionalmente. Sobre isso, uma enfermeira trouxe à discussão esses sentimentos que acabam permeando a relação usuário-profissional e que podem interferir no modo como o direito à saúde é garantido:

*Assim, os pontos positivos a gente encontra principalmente no contato que a gente tem com paciente quando ele agradece o que você tá fazendo. Às vezes eles pensam que você tá fazendo um favor, quando não é, você tá fazendo seu trabalho, tá tratando ele bem ali porque você tem que tratar ele bem, como qualquer ser humano tem que tratar o outro bem, e não por alguma vantagem, por querer algo em troca. (P40-Enf/F/Sousa)*

Assim, torna-se necessário tratar essa discussão com cuidados e sensibilidade, pois, ao mesmo tempo em que os profissionais se sentem úteis e, diante disso, satisfeitos profissionalmente, o que é importante; por outro lado esse tipo de percepção pode ser promotora de iniquidades em saúde, reforçando a manutenção de relações de poder que mantém o usuário numa posição desfavorável, numa relação verticalizada.

Apesar dos profissionais mostrarem-se satisfeitos em trabalhar na atenção básica, alguns ressaltaram suas perspectivas em trabalhar em outras áreas ou em outros níveis de complexidade, como pode ser visto nos fragmentos abaixo:

*(...) eu gosto muito da... Da atenção básica. (...) Só que tem algo que eu gosto mais, que se houver a oportunidade de (...) me efetivar na área da educação, eu quero migrar pra lá. Mas gosto muito também de onde estou. Não é um fardo pra mim. (P30-ACS/F/Patos)*

*(...) embora, se Deus quiser, eu espero no fim do ano tá passando na prova da residência e a gente tenta trilhar, claro, o caminho das especialidades (...). Mas assim, pretendo, não sei se conseguirei conciliar depois da prova da residência médica, mas quem sabe, né? (P23-Méd/M/CG)*

*Pretendo ficar por aqui por mais algum tempo, até passar a minha residência. (P11-Méd/M/Sousa)*

Já para outros profissionais, permanecer na atenção básica acaba sendo mais uma conveniência do que uma escolha, principalmente quando se trata de servidores públicos, concursados. Assim, permanecer naquele emprego acaba sendo mais cômodo, como é o caso

do ilustrado nas respostas desses ACS quando indagados sobre sua intenção em permanecer trabalhando naquele serviço de atenção básica à saúde:

*É! Prefiro se aposentar trabalhando. (P20-ACS/M/Sousa)*

*Até me aposentar um dia. (P7-ACS/F/Sousa)*

*Porque eu só quero sair quando eu me aposentar. (P10-ACS/F/Sousa)*

E já partindo para a segunda subcategoria, a qual reuniu os *aspectos negativos* que permeiam o trabalho cotidiano na UBS, alguns profissionais, quando indagados sobre sua permanência na atenção básica, já colocaram que o seu desejo mesmo era passar em outro concurso, trabalhar em outra área, mostrando, portanto, insatisfação com o trabalho atual:

*Não mulher, eu vou fazer serviço social próximo ano e meu menino tá ficando maiorzinho e assim, a gente vai lidar com o público também mas tem hora que cansa, até por isso, por as vezes você querer resolver mas isso não depende de você aí eu quero mudar, quero ficar mais nisso não. (P44-Téc.Enf/F/JP)*

*Não, eu só queria passar em outro lugar. (...) todos os profissionais eu tenho certeza que vir responder só trabalha aqui porque não passou em um outro concurso ainda. (P16-Enf/F/JP)*

Essa insatisfação é permeada pela baixa remuneração, pela falta de reconhecimento e valorização profissional, sobretudo por parte da gestão, o que gera desânimo quanto à atuação profissional:

*Em relação que a gente não é bem remunerado. (...) No momento que a gente fosse bem remunerado eu acho que muita coisa melhorava. (P16-Enf/F/JP)*

*Aí são mal remunerados, que eu acho que isso também dificulta muito o trabalho. Porque se você recebe bem, você trabalha satisfeito, você tá ali: o sorriso, oh! (P27-Enf/F/Sousa)*

*Mulher, eu acho que é mais o, ser bem sincero, eu acho que é mais o salário mesmo. (...) é muito trabalho e pouco reconhecimento. (...) a população em si eu não tenho do que falar, é ótima, mas é mais com relação ao governo mesmo que não reconhece. (P36-Téc.Enf/F/JP)*

*Se fosse pra falar do gestor, se fosse pra falar aí eu iria falar um bocado, porque realmente... Eu acho que o que falta mais aqui é o reconhecimento do trabalho, porque eu acredito que todo profissional que trabalha aqui dentro ele trabalha, ele faz aquilo que ele gosta e ele faz com prazer, mas muitas vezes você não é reconhecido. Muitas vezes você vê um colega seu que as vezes não faz metade do que você faz e numa reunião ele é elogiado, enquanto aquele profissional que corre o dia todinho, como a gente da equipe II, manhã e tarde em sítio, sem água e sem ventilador, sem falta de material para usar nos atendimentos, a gente tenta improvisar, fazer de tudo e a gente não é reconhecido. Então acho que isso aí afeta muito no trabalho da gente, principalmente quem lida com isso todo dia, toda hora. Tem profissionais aqui que só*

*vem dois dias na semana e não sente tanto essa falta, mas quem trabalha todos os dias sente. (P31-Enf/F/Patos)*

Esse desânimo acaba sendo reforçado pelas dificuldades encontradas no dia a dia do serviço, fazendo o profissional se sentir impotente frente às demandas que precisa resolver. Apesar disso, continuam se esforçando para ofertar o cuidado ao usuário que, no fim das contas, acaba sendo o maior prejudicado:

*Olha, é bem complicado. Eu tô trabalhando de uma forma que, de certa forma, se eu quisesse cruzar meus braços pra não fazer algumas coisas, eu cruzaria meus braços e não faria. Agora (...) a gente fica sensibilizado pela população em si e continua realizando o serviço. Agora, a precariedade em si existe e é evidente. Agora, a gente tem que continuar disponibilizando esses... Tá entendendo? (P45-Enf/M/Sousa)*

*A gente fica um pouco... Sente um pouco incapacidade até de desenvolver aquilo que a gente queria, né? Porque a gente sabe que a realidade que a gente queria era outra bem diferente. Mas é lutar, é lutar com o que tem, é tentar se virar, é como se diz, mas que é complicado é! Certas.. Acontece certas coisas que você bota a mão na cabeça, você diz “meu Deus do céu o que é que eu tô fazendo aqui? Não quero mais isso”. Esse tipo de coisa, sabe? Sempre vai acontecendo, mas é fé em Deus e vamos pra frente. (P42-Méd/M/Sousa)*

*É porque assim quando a gente vai para a casa do paciente a gente já tem que ir naquela alegria no nosso coração porque o paciente ele não tem culpa de nada disso, mas de uma certa forma a gente também sofre, então mesmo sem querer algumas vezes a gente passa para o paciente assim, (...) a gente fica triste (...), porque a gente queria trabalhar com ânimo, com vontade, tá entendendo? E aqui de uma certa forma... (P15-ACS/F/JP)*

Ressalta-se que, como poderá ser verificado, a maioria dos discursos corroboraram com os dados trazidos na Parte I desse Estudo 2, os quais evidenciaram a satisfação dos profissionais com a sua atuação profissional na atenção básica, bem como com o seu local de trabalho em si, ou seja, naquela UBS.

Assim, observou-se que, apesar da maioria dos profissionais se identificarem com o trabalho na atenção básica, se sentirem realizados profissionalmente com sua atuação naquele serviço, as dificuldades encontradas no dia a dia, os percalços que impedem a oferta de um cuidado com maior qualidade e a falta de reconhecimento por parte da gestão acabam gerando desânimo e insatisfação. De forma direta ou indireta, sabe-se que essa insatisfação repercute negativamente nas práticas de cuidado, uma vez que, como já foi trazido, os aspectos subjetivos estão perpassando, a todo momento, as relações de cuidado, contribuindo ou não para a efetivação do direito à saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A garantia do direito à saúde, marcado pela Constituição brasileira de 1988 e operacionalizado pela Lei 8080/90, vem sendo discutido ao longo dos anos, pautando-se nos princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade. Neste sentido, a proposta dessa tese foi investigar as vulnerabilidades, as percepções e as práticas de cuidado em saúde no âmbito da atenção básica que repercutem na efetivação do direito à saúde e na garantia desta enquanto tal no contexto rural do Estado da Paraíba, considerando as percepções dos usuários e dos profissionais de saúde.

Apesar de instigante e inesgotável, considerou-se que o objetivo proposto fora alcançado e que fora confirmada a tese proposta, a saber: as vulnerabilidades e necessidades de saúde do contexto rural são produtoras de percepções estereotipadas sobre o cuidado, gerando práticas de cuidado que repercutem na efetivação do direito à saúde e desvirtuam a saúde enquanto direito, produzindo, por sua vez, novas vulnerabilidades.

A forma como usuários e profissionais da atenção básica percebem a saúde, o SUS, o serviço de saúde, a oferta do cuidado, as vulnerabilidades e necessidades de saúde locais vão permear o processo de produção do cuidado, definindo a forma como a relação usuário-profissional é estabelecida e os vínculos formados, seja de forma horizontalizada, onde o diálogo e a consideração das histórias e condições de vida são consideradas, ou a partir da instituição de um saber-poder, numa relação verticalizada e opressora.

A centralização do cuidado na figura do médico ainda apresenta-se como predominantes nos espaços de saúde, sendo, na visão do usuário, um saber imprescindível que garante a manutenção da sua saúde; e, na visão da equipe de saúde, um saber superior e prioritário quando comparado aos demais, o qual norteia e possibilita a continuidade do cuidado e, portanto, imprescindível para uma boa qualidade da oferta do cuidado. Essa centralidade acaba sendo reforçada quando se observa os usuários buscando a UBS em situações agudas, fazendo dela um pronto atendimento, limitando, por sua vez, a atuação do saber técnico dos demais profissionais, que acabam ficando de “mãos atadas”.

Apesar disso, e além de outras dificuldades encontradas quando se observa a realidade de municípios pequenos, os quais, na maioria das vezes, apresenta uma saúde pública precarizada e sucateada, os profissionais de saúde que compõem as eSF se desdobram no cotidiano dos serviços a fim de dar conta das demandas dos usuários, fazendo o SUS sair do papel, mesmo que com algumas adaptações. Isso se torna mais fácil a medida em que estes se sentem satisfeitos com seu trabalho, encontram um serviço com condições adequadas, uma

equipe integrada e comprometida, usuários disponíveis para a construção de um cuidado compartilhado e uma gestão que preste um apoio e suporte, mesmo que mínimo. Seja nas ações continuadas e programadas, como as propostas pelas linhas de cuidado, no atendimento das demandas espontâneas, nas visitas e atendimentos domiciliares, nos grupos de cuidado e em outras práticas, o que se observou foi o esforço dos profissionais e equipes de saúde para ofertar um cuidado de qualidade universal, equânime e integral.

Para além de aspectos estruturais, disponibilidade de medicamentos, exames, transporte para leva-los às consultas e procedimentos especializados em municípios circunvizinhos ou capital, os usuários, por sua vez, apresentam-se satisfeitos com o cuidado em saúde que lhe é ofertado a medida em que o acolhimento lhe é garantido, em que a escuta lhe é ofertada, em que vínculos são formados. Assim, mesmo diante de algumas dificuldades, a satisfação do usuário se fortalece a medida em que os profissionais mostram-se disponíveis a ofertar-lhe uma escuta atenta e, de um modo ou de outro, trazer resolutividade à sua situação, apontando, portanto, para a importância das tecnologias leves de cuidado.

A gestão, por sua vez, ainda se mostra travestida de uma posição opressora, não abrindo espaços de diálogo com os profissionais e os usuários a fim de melhor avaliar e considerar suas necessidades para permitir um melhor planejamento dos investimentos e ações de melhorias na saúde pública local. Ainda há o viés político, a priorização de interesses de grupos específicos e minorias com interesses partidários e, conseqüentemente, a manutenção de favoritismos políticos e de ações que acabam tendo um cunho de caridade, de favor, desvirtuando a saúde enquanto um direito. A utilização dos postos de trabalho como uma ferramenta de manutenção do poder entre gestores e trabalhadores também continua sendo uma marca desses municípios rurais, o que acaba deixando estes a mercê daqueles, tendo que submeter-se a condições precárias de trabalho a fim de manter o seu vínculo empregatício.

Neste sentido, torna-se necessário e importante a consideração desses diversos atores do processo de produção do cuidado para que haja uma compressão ampla da complexa operacionalização desse direito constitucional, que é o direito à saúde, entrelaçando-o com os demais direitos e políticas sociais brasileiras. A compreensão das vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas em saúde nesses contextos rurais permite uma discussão da multiplicidade do setor saúde, sendo necessários investimentos que considerem desde as necessidades mais individuais e singulares dos usuários àquelas que dizem respeito ao desenvolvimento local, como o acesso ao lazer, ao trabalho e moradia digna, ao saneamento básico, entre outros, incluindo as condições físicas dos serviços de saúde.

Como limitações desse estudo, aponta-se os momentos diferentes em que os dois estudos foram realizados, podendo retratar situações políticas diferentes e, por sua vez, oferta do cuidado diferenciada, limitando a comparação entre as percepções dos usuários e dos profissionais. Também como limitação, aponta-se o fato de no Estudo 1 não terem sido realizadas entrevistas, não permitindo uma abrangência maior das percepções dos usuários, como se teve com os profissionais no Estudo 2. Apesar disso, aponta-se a relevância dessa tese no sentido de provocar reflexões sobre o “SUS vivo”, com todos os aspectos simbólicos, subjetivos e relacionais que lhes são subjacentes, enquanto um “termômetro” da efetivação do direito à saúde, da execução das políticas públicas de saúde no Brasil.

Por isso, considerar o “SUS vivo”, o “SUS real” como sendo uma operacionalização do “SUS do papel”, compreendendo que este se dá a partir das singularidades da realidade dos serviços não o minimiza ou o desqualifica; antes pelo contrário, mostra o esforço dos gestores e, sobretudo, dos profissionais em tentar garantir o direito à saúde aos usuários, a partir de uma atuação profissional humanizada e em equipe, driblando as dificuldades e os entraves que existem no meio do caminho.

Assim, propõe-se a continuidade a essa reflexão a partir de novos estudos, bem como a promoção de espaços de discussão desses resultados com gestores, profissionais e usuários, de modo a contribuir com a continuidade desse processo de construção do SUS, buscando uma aproximação, mesmo que contextualizada, do “SUS real” com o “SUS do papel”, sobretudo em contextos mais vulneráveis e invisibilizados pelo poder público, como os contextos rurais, (re)fazendo caminhos na busca da garantia do direito à saúde.

## REFERÊNCIAS

- Abdala, G. A., Kimura, M., de Oliveira Duarte, Y. A., Lebrão, M. L., & dos Santos, B. (2015). Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde do idoso. *Revista de Saúde Pública*, 49, 55-55.
- Albuquerque, J. R. (2014). *“Até que a morte nos separe”: o casamento sorodiferente para o HIV/Aids e seus desdobramentos* (Dissertação Mestrado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Almeida, V., Mascena, R.C & Souza, E.C. (2004). Trabalhadoras rurais e o direito à saúde. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, 26, 6 -9.
- Álvaro, J. L., & Garrido, A. (2006). *Psicologia social: perspectivas psicológicas e sociológicas*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Ando, N.M., Targa, L.V., Almeida A., Silva, D.H.S., Barros, E.F., Schwalm, F.D., ... Horta, T.C.G. (2011). Declaração de Brasília. O conceito de rural e o cuidado à saúde. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*, 6(19), 142-4.
- Araújo, M. B. S. & Rocha, P. M. (2007). Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 455-64.
- Arruda, C. A. M., & Bosi, M. L. M. (2017). Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 21(61), 321-32.
- Ayres, J. R. C. M. (2002). Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Comunic, Saúde, Educ*, 6(11), 11-24.
- \_\_\_\_\_. (2004a). Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 8(14), 73-92.
- \_\_\_\_\_. (2004b). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 16-29.
- Ayres, J. R. C. M., França, I. Jr., Calazans, G. J., & Saletti Filho, H. C. (1999). Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In R. M. Barbosa, R. M. & Parker, R. (Eds), *Sexualidades pelo Avesso: direitos, identidades e poder* (pp. 49-72). São Paulo: Editora 34.
- Ayres, J. R. de C. M., Calazans, G. J., Saletti Filho, H. C., & França Junior, I. (2009). Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC/ FIOCRUZ.
- Ayres, J. R. C. M., Paiva, V., & França, I. Jr. (2012). Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In Paiva, V., Ayres, J. R. C. M. & Buchalla, C. M. (Coor.), *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção de Saúde – Livro I* (pp. 71-94). Curitiba: Juruá.

- Bezerra, M. L. & Bacelar, T. (2013). As concepções contemporâneas de ruralidade e suas singularidades no Brasil. In Miranda, C. & Silva, H. (Orgs.), *Concepções da ruralidade contemporânea: as singularidades brasileiras* (pp. 35-76) (Série Desenvolvimento Rural Sustentável, v. 21). Brasília: IICA.
- Braga, P. P. (2006). *Cuidado, trabalho e diálogo: as interações na construção da integralidade do cuidado ao recém-nascido internado em UTI* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal.
- \_\_\_\_\_. (1990). *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Lei Orgânica da Saúde – alterada. Brasília: Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. (1996). *Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996*. Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde NOB-SUS 01/96. Dispõe sobre a gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília: Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. (1997). *Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. (2000). *Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas*. Brasília: Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. (2001). *Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01*. Regionalizando a assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasília: Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. (2002). *Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso*. Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS. SUS 01/01. Portaria MS/GM nº 95, de 26 de Janeiro de 2001. Brasília: Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. (2006a). *Política Nacional de Promoção da Saúde*. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde, v. 7). Brasília: Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. (2006b). *Política Nacional de Atenção Básica*. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Série Pactos pela Saúde, v. 4). Brasília: Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. (2009c). *Saúde na escola*. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica, n. 24). Brasília: Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. (2007). *Sistema Único de Saúde*. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 1. Brasília: CONASS.
- \_\_\_\_\_. (2009a). *13ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. (2009b). *O SUS de A a Z: Garantindo saúde nos municípios*. Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde.

- \_\_\_\_\_. (2013). Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. (2017). *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde.
- Bodstein, R. (2002). Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7 (3), 401-412.
- Bristot, R. B., Ceretta, L. B., & Soratto, M. T. (2017). Conflitos éticos da equipe de enfermagem no processo de trabalho na atenção básica. *Enfermagem Brasil*, 16(1), 11-19.
- Caldas, R. M. & Sampaio, Y. S. B. (2015). Pobreza no Nordeste brasileiro: Uma análise multidimensional. *Rev. Econ. Contemp.*, 19(1), 74-96.
- Camargo, K. R. Jr. (2009). As muitas vozes da integralidade. In Pinheiro, R. & Mattos, R. A. (Orgs.), *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp. 15-19). Rio de Janeiro: UERJ, IMS/Abrasco.
- Campos, G. W. S. (2007). Há pedras no meio do caminho do SUS! *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 298-98.
- Campos, G. W. S., Bedrikow, R., Santos, J. A., Terra, L. S. V., Fernandes, J. A. & Borges, F. T. (2016). Direito à saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS) está em risco? *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), 261-66.
- Candiotto, L. Z. P & Corrêa, W. K. (2008). Ruralidades, urbanidades e a tecnicização do rural no contexto do debate cidade-campo. *Campo-Território: Revista de geografia agrária*, 3(5), 214-242.
- Carneiro, L. M. R., Santos, M. P. A., Macena, R. H. M., & Vasconcelos, T. B. (2016). Atenção integral à saúde do homem: um desafio na atenção básica. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 29(4), 554-563.
- Cortez, M. B., Trindade, Z. A., & Menandro, M. C. S. (2017). Racionalidade e sofrimento: homens e práticas de autocuidado em saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(2), 556-566.
- Cruz, M. C. C. (2009). *O conceito de cuidado à saúde* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- Deslandes, S. F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc. saúde coletiva [online]*, 9(1), 7-14.
- Dias, E. C. (2006). Condições de vida, trabalho, saúde e doença dos trabalhadores rurais no Brasil. In Pinheiro, T. M. M. (Org.), *A saúde do trabalhador rural – RENAST* (pp.1-27). Brasília: Ministério da Saúde.

- Facchini, L. A., Piccini, R. X., Tomasi, E., Thumé, E., Silveira, D. S., Siqueira, F. V. & Rodrigues, M. A. (2006). Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), 669-81.
- Faria, N. M. X, Facchini, L. A., Fassa, A. G. & Tomasi, E. (2000). Processo de produção rural e saúde na serra gaúcha: um estudo descritivo. *Cad. Saúde Pública*, 16(1), 115-28.
- Fermino, J. M., da Silva, A. T., Shirasaki, R. T. S., Cangussu, J. M. L., dos Santos, D. A., Vargas, E. B., & Campos, G. L. (2015). Potencialidades e dificuldades nas práticas de acolhimento na rede de atenção básica conforme a política nacional de humanização. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*, 6(2), 054-069.
- Ferraz, L. R., Moreno, C. A., Rodrigues, T. S., & Lopes, A. O. S. (2016). Acolhimento: uma prática real ou mera ideologia?. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*, 17(2), 122-130.
- Feuerwerker, L. C. M. (2016). Cuidar em saúde. In Feuerwerker, L. C. M., Bertussi, D. C. & Merhy, E. E. (Orgs.), *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde*. Políticas e cuidados em saúde, livro 2. (pp. 35-47). Rio de Janeiro : Hexis.
- Feuerwerker, L. C. M. (2014). *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede Unida.
- Figueiredo, G. L. A., Martins, C. H. G., Damasceno, J. L., Castro, G. G. D., Mainegra, A. B., & Akerman, M. (2017). Direito à cidade, direito à saúde: quais interconexões?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 3821-3830.
- Figueiredo, M. A. C. (1993). Profissionais de Saúde e AIDS. Um estudo diferencial. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 26(3), 393-407.
- Freire, F. M. S. (2009). *A Psicologia na atenção básica à saúde: uma relação dialógica com o SUS?* (Dissertação de Mestrado em Psicologia Social). Universidade Federal da Paraíba – UFPB. 258 p.
- Gadelha, C. S., Pinto, V. M. Jr., Bezerra, K. K. S, Maracajá, P. B. & Martins, D. S. S. (2015). Utilização de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais em diferentes segmentos da sociedade. *Revista Verde*, 10(3), 01-15.
- Galindo, G. C. G., Lemos, F. C. S., Vilela, R., & Garcia, B. (2016). Medicalização e governo da vida e subjetividades: o mercado da saúde. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 16(2), 346-365.
- Gerhardt, T. E. (2006). Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad.Saúde Pública*, 22(11), 2449-2463.
- Giovanella, L., Lobato, L.V.C., Carvalho, A.I., Conill, E. M. & Cunha, E. M. (2002). Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, 26(60), 37-61.
- Guimarães, P. N., Martin, D & Quirino, J. (2007). Aids em área rural de Minas Gerais: abordagem cultural. *Rev Saúde Pública*, 41(3), 412-18.

- Henrique, F. & Calvo, M. C. M. (2008). Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 24(4), 809-19.
- Ilha, S., Dias, M. V., Backes, D. S., Backes, M. T. S. (2014). Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família. *Cienc. Cuid. Saúde*, 13(3), 556-62.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE. (2018). *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. (Estudos & Pesquisas: informação demográfica e socioeconômica, v.39). Rio de Janeiro: IBGE.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE. (2015). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD)*.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE. (2014). *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. (Estudos & Pesquisas: informação demográfica e socioeconômica, v.34). Rio de Janeiro: IBGE.
- Junges, J. R., Recktenwald, M., Herbert, N. D. R., Moretti, A. W., Tomasini, F., & Pereira, B. N. K. (2015). Sigilo e privacidade das informações sobre usuário nas equipes de atenção básica à saúde: revisão. *Revista Bioética*, 23(1), 200-206.
- Kassouf, A. L. (2005). Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. *Rev. Econ. Sociol. Rural*, 43(1), 29-44.
- Lima, L., Pires, D. E. P., Forte, E. C. N. & Medeiros, F. (2014). Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 18(1), 17-24.
- Lisboa, N. A., Santos, S. F., & Lima, E. I. (2017). A importância das tecnologias leves no processo de cuidar na atenção primária em saúde. *Textura*, 10(19), 164-171.
- Mann, J., Tarantola, D. J. M., & Netter, T. (1993). Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e Aids. In R. Parker (Eds.), *A Aids no mundo* (pp. 276-300). Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Marcelino, M.Q.S. (2010). *Avaliação da Estratégia Saúde da Família pelos usuários em municípios rurais paraibanos*. (Tese de doutorado em Psicologia Social). Universidade Federal da Paraíba - UFPB. 166 p.
- Matuda, G. C., Pinto, R. S., N., Martins, C. L., Frazão, P. (2015). Colaboração interprofissional na estratégia saúde da família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(8), 2511-21.
- Mendonça, L. G. T. (2012). Modelos teóricos como subsídios da prática da promoção da saúde em DST/Aids no quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos. In Paiva, V., Calazans, G. & Segurado, A. (Coor.), *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção de Saúde – Livro II* (pp. 73-100). Curitiba: Juruá.
- Menezes, K. K. P. & Avelino, P. R. (2016). Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. *Cadernos Saúde Coletiva*, 24(1), 124-130.

- Merhy, E. E. (1997). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In Merhy, E. E. & Onocko, R. (Orgs.), *Agir em saúde: um desafio para o público* (pp. 71-112). São Paulo: Editora Hucitec/Buenos Aires: Lugar Editorial.
- \_\_\_\_\_. (1998). A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In Campos, C. R., Malta, D. C., Reis, A. T., Santos, A. F. & Merhy, E. E. (Orgs.), *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público* (pp. 103-20). São Paulo: Xamã.
- \_\_\_\_\_. (2004). O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In Brasil. Ministério da Saúde. *Ver-SUS Brasil: caderno de textos* (pp. 108-37). Brasília: Ministério da Saúde.
- Merhy, E. E., & Feuerwerker, L. C. (2009). Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In Mandarino A. C. S. & Gomberg, E. (Orgs.), *Leituras de novas tecnologias e saúde* (pp. 29-56). São Cristóvão: Editora UFS.
- Mitre, S. M.; Andrade, E. I. G.; Cotta, R. M. M. (2012). Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(8), p. 2071-85.
- Nanes, G. & Quadros, M. T. (2018). Programa Bolsa Família, mercado de trabalho e agência de mulheres titulares do Coque (Recife-PE). Dossiê, desenvolvimento, poder, gênero e feminismo. *Cadernos pagu*, (52).
- Nichiata, L. Y. I., Bertolozzi, M. R., Takahashi, R. F. & Fracolli, L. A. (2008). A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(5).
- Oliveira, D. C. D., Gomes, A. M. T., Sá, C. P. & Acioli, S. (2007). A atenção pública à saúde e a constituição simbólica do Sistema Único de Saúde: representações socioprofissionais. *Psicologia: teoria e prática*, 9(2), 26-46.
- Organização Mundial de Saúde. A glossary of terms for community health care and services for older persons. WHO Centre for Health Development, Ageing and Health Technical Report, volume 5, 2004.
- Pereira, L. B. (2012). *Crenças, práticas de cuidado e prevenção acerca das DST/AIDS na atenção básica à saúde* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Razzolini, M. T. P. & Günther, W. M. R. (2008). Impactos na saúde das deficiências de acesso a água. *Saúde e Sociedade*, 17(1), 21-32.
- Rezende, H. A. & Cocco, M. I. M. (2002). A utilização de fitoterapia no cotidiano de uma população rural. *Rev Esc Enferm USP*, 36(3), 282-8.
- Rios, I. C. (2008). Humanização e ambiente de trabalho na visão de profissionais da saúde. *Saúde e Sociedade*, 17(4), 151-60.

- Rocha, M. D. H. A. (2016). História social da Aids no mundo: a vulnerabilidade dos sujeitos. *Revista Científica do ITPAC*, 9(1).
- Rodrigues, L. B. B., Silva, P. C. S., Peruhype, R. C., Palha, P. F., Popolin, M. P., Crispim, J. A., ... Arcêncio, R. A. (2014). A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2), 343-52.
- Ronzani, T. M. (2007). A reforma curricular nos cursos de saúde: qual o papel das crenças? *Revista Brasileira de Educação Médica*, 31(1), 38-43.
- Santos, D., Mueller, J. C. L., Quadros, C. M. B. & Bona, R. J. (2018). *Hábitos e práticas dos blumenauenses em relação à religiosidade e à espiritualidade*. In Intercom-Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, 41º Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, Joinville-SC.
- Silva, J. G. D. (2001). Velhos e novos mitos do rural brasileiro. *Estudos avançados*, 15(43), 37-50.
- Silva, T. R., & Motta, R. F. (2015). A percepção dos usuários sobre a política de saúde na atenção básica. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, 23(2), 17-25.
- Siqueira, S. A. V., Senna, M. C. M., Oliveira, P. T. R. & Pinto, L. F. (2002). Descentralização e assistência à saúde no Brasil: a oferta de serviços nos anos 90. *Saúde em Debate*, 26 (60), 25-36.
- Siqueira, D. & Osorio, R. O conceito de rural. 2001. In Giarraca, N. (Org.), *Una nueva ruralidad en América Latina?* (pp. 66-78). Buenos Aires: CLACSO.
- Soares, R. A. S; Moraes, R. M.; Vianna, R. P. T.; Pessoa, V. M. & Carneiro, F. F. (2015). Determinantes Socioambientais e Saúde: o Brasil Rural versus o Brasil Urbano. *Tempus, Actas de Saúde Colet*, 9(2), 221-35.
- Sousa, D. H. A. V. *Relações de gênero e vulnerabilidades ao adoecimento em cidades rurais paraibanas*. 2017. (Tese de Doutorado em Psicologia Social) - Universidade Federal da Paraíba - UFPB. 411 p.
- Sousa, P. K. R. D., Franco, A. C., & Miranda, K. C. L. (2011). Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. *Rev Bras Enferm*, 64(2), 381-84.
- Sousa, R. C. & Batista, F. E. B. (2012). *Política pública de saúde no Brasil: história e perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS*. Anais VII Congresso Norte Nordeste de Pesquisa e Inovação/CONNEPI. Retirado de: <<http://propi.ifto.edu.br/ocs/index.php/connepi/vii/paper/viewFile/2842/1827>>
- Teixeira, J. C. O turismo e a revalorização das ruralidades. (2016). *Revista Percorso NEMO, Maringá*, 8(1), 59- 83.
- Travassos, C., Oliveira, E. X. G. & Viacava, F. (2006). Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4), 975-86.

- Travassos, C & Viacava, S. (2007). Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad. Saúde Pública*, 23(10), 2490-502.
- Tuller, P. D. R; Ferreira, M. L. A & Paula, A. M. N. R. (2014). Quando surge a cidade, não morre o campo: sobre a emergência de novas ruralidades. *Revista Des. Social*, 11, 67-76.
- Vieira, E. W. R. (2010). *Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha, Minas Gerais* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Vieira, F. S., & de Sá, R. P. (2016). O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas*, 10(3).
- Villa, E. A., Aranha, A. V. S., Silva, L. D. L. T., & Flôr, C. R. (2015). As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família. *Saúde em Debate*, 39, 1044-1052.
- Wanderley, M. N. B & Favareto, A. A (2013). Singularidade do rural brasileiro: implicações para as tipologias territoriais e a elaboração de políticas públicas. In Miranda, C. & Silva, H. (Orgs.), *Concepções da ruralidade contemporânea: as singularidades brasileiras* (pp. 413-72) (Série Desenvolvimento Rural Sustentável, v.21). Brasília: IICA.
- Zambenedetti, G., & Silva, R. A. N. D. (2016). Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26, 785-806.

## APÊNDICES

### Apêndice A – Questionário Estruturado do Estudo I

|         |              |       |         |
|---------|--------------|-------|---------|
| Cidade: | Pesquisador: | Data: | Código: |
|---------|--------------|-------|---------|

#### *I - CONCEPÇÕES EM SAÚDE*

**1 – Quais as 3 PRIMEIRAS PALAVRAS que lhe vem à mente quando escuta a palavra SAÚDE:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**2 – Que coisas poderiam melhorar a sua SAÚDE:**

\_\_\_\_\_

**3 – Dê uma nota de 0 a 10 para sua SAÚDE:** \_\_\_\_\_

#### *II – BUSCA POR ATENDIMENTO DE SAÚDE*

**4 – Quando foi a última vez que você procurou um atendimento médico?** \_\_\_\_\_

**5 – Você usou um serviço:** ( ) público ( ) privado/particular

**6 – Qual foi o serviço que você procurou?** \_\_\_\_\_

**7 – Qual o motivo?** \_\_\_\_\_

**8 – Como foi chegar a esse serviço?** ( ) fácil ( ) difícil – Motivos? \_\_\_\_\_

**9 – Locomoção até o serviço:** ( ) caminhando ( ) veículo – Qual? \_\_\_\_\_

**10 – Qual a maior dificuldade que você teve para procurar o atendimento?**

\_\_\_\_\_

**11 – Quando você adoece, conta com a ajuda ou é acompanhada por alguém para procurar atendimento?** ( ) Não ( ) Sim – Quem? \_\_\_\_\_

**12 – Está, atualmente, em tratamento para algum problema de saúde?** ( ) Não ( ) Sim – Qual?

\_\_\_\_\_

**13 – Quando adoece, em caso de não procurar atendimento, o que você faz para tratar do problema?** \_\_\_\_\_

#### *II - AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO*

**14 - Qual nota você dá para o ATENDIMENTO EM SAÚDE DESTA CIDADE?** 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

**15 – Na sua cidade tem** (pode marcar mais de uma):

- |                                          |                           |
|------------------------------------------|---------------------------|
| ( ) Postinho/Unidade de Saúde da Família | ( ) Hospital              |
| ( ) Médico todos os dias                 | ( ) Equipamentos p/exames |

**16 - O que FALTA?** \_\_\_\_\_

Levando em consideração a última vez que você foi ao serviço de saúde, caso tenha sido o Postinho...

III) AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:

| ORGANIZAÇÃO                                                                                                              | Não | Sim |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 17 - Tinham todos os medicamentos que você precisava?                                                                    |     |     |
| 18 - Tinham todos os equipamentos necessários ao atendimento do seu problema de saúde?                                   |     |     |
| 19 - Foram disponibilizados os exames solicitados?                                                                       |     |     |
| 20 - Tinham os profissionais de saúde adequados ao seu atendimento?                                                      |     |     |
| VÍNCULO E ATENDIMENTO                                                                                                    |     |     |
| 21 - Você se sentiu bem recebido pelo profissional de saúde?                                                             |     |     |
| 22 - Você sentiu que ele entendeu o que você falou?                                                                      |     |     |
| 23 - Você entendeu as explicações que o profissional deu?                                                                |     |     |
| 24 - O profissional de saúde explicou sobre os medicamentos que passou?                                                  |     |     |
| 25 - O profissional do serviço pediu informações sobre suas condições de vida e de sua família?                          |     |     |
| 26 - O profissional de saúde deu tempo suficiente para você explicar bem as suas preocupações e tirar as suas dúvidas?   |     |     |
| 27 - Quando você retornou ao serviço de saúde com os exames feitos, foi examinado pelo mesmo profissional que solicitou? |     |     |
| 28 - Você já se sentiu rejeitado pelos profissionais deste serviço de saúde?                                             |     |     |
| 29 - Você sente vergonha em falar sobre seus problemas com os profissionais de saúde?                                    |     |     |
| Resolutividade                                                                                                           |     |     |
| 30 - Você costuma fazer os exames solicitados?                                                                           |     |     |
| 31 - Você costuma retornar ao serviço quando o profissional que o atendeu solicita esse retorno?                         |     |     |
| 32 - Seus problemas são resolvidos nesse serviço de saúde?                                                               |     |     |
| Prevenção                                                                                                                |     |     |
| 33 - Você já foi convidado a participar de grupos sobre saúde neste serviço de saúde?                                    |     |     |
| 34 - Existem propagandas/campanhas/trabalhos educativos nesse serviço de saúde?                                          |     |     |
| Avaliação geral                                                                                                          |     |     |
| 35 - De 0 a 10, que nota você dá para a equipe de saúde deste serviço?                                                   |     |     |
| 36 - De 0 a 10, que nota que você dá para a estrutura deste serviço?                                                     |     |     |

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo ( ) Masculino ( ) Feminino Filhos? ( ) Não ( ) Sim – Quantos? \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Atividade/Profissão: \_\_\_\_\_

Você está: ( ) Empregado ( ) Desempregado ( ) Aposentado \_\_\_\_\_

Se empregado, seu emprego é: ( ) Formal/CLT ( ) Informal ( ) Atônomo

Renda mensal: \_\_\_\_\_

Você recebe algum benefício do governo, como BPC, auxílio doença, aposentadoria por invalidez, entre outros? ( ) Não ( ) Sim – Qual? \_\_\_\_\_

Estado civil: ( ) Casado/Mora junto ( ) Solteiro ( ) Separado/Divorciado ( ) Viúvo

Religião: ( ) Católica ( ) Evangélica ( ) Espírita ( ) Outra: \_\_\_\_\_

Em uma escala de 0 a 10, o quanto você se considera religioso? 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

## Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Estudo I

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL**  
**NÚCLEO DE PESQUISA VULNERABILIDADES E PROMOÇÃO DA SAÚDE**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor / Prezada Senhora

Esta pesquisa é sobre a saúde em cidades rurais e está sendo desenvolvida pelo Núcleo de Pesquisas Vulnerabilidades e Promoção da Saúde, coordenado pela Profa. Dra. Ana Alayde Werba Saldanha, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba. Os objetivos do estudo são analisar o acesso aos serviços de saúde e suas implicações para a saúde de moradores de cidades rurais, e tem por finalidade contribuir para a melhoria das condições de saúde desta população. Solicitamos a sua colaboração para responder a um questionário e a uma entrevista, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Em todas as situações, seu nome será mantido em sigilo. Informamos ainda, que essa pesquisa não oferece riscos para a sua saúde. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o senhor ou senhora não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo(a) Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. O/A pesquisador(a) estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Atenciosamente,

Ana Alayde Werba Saldanha  
Pesquisadora Responsável

Contato da Pesquisadora: Telefone: (83) 3216-7006

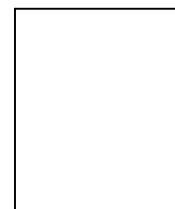
-----

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa, para a gravação das entrevistas e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Testemunha

Impressão Datiloscópica



### Apêndice C – Questionário Estruturado do Estudo II

|         |              |       |         |
|---------|--------------|-------|---------|
| Cidade: | Pesquisador: | Data: | Código: |
|---------|--------------|-------|---------|

#### I - CONCEPÇÕES SOBRE SUS E SAÚDE

**1/2 – Quais as 3 PRIMEIRAS PALAVRAS que lhe vem à mente quando escuta:**

| SUS      | SAÚDE    |
|----------|----------|
| 1. _____ | 1. _____ |
| 2. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 3. _____ |

#### II - AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

**3 - Qual nota você dá para o ATENDIMENTO EM SAÚDE DESTA CIDADE?** 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

**4/5 - Em relação ao ATENDIMENTO EM SAÚDE DESTA CIDADE, cite 3 aspectos:**

| POSITIVOS | NEGATIVOS |
|-----------|-----------|
|           |           |
|           |           |
|           |           |

**6 – Em termos de ações e serviços de saúde, nesta cidade tem (pode marcar mais de uma):**

- ☐ Postinho/Unidade de Saúde da Família      ☐ Hospital      ☐ CAPS  
☐ NASF      ☐ Médico todos os dias  
☐ Equipamentos p/exames      ☐ Assistência privada/particular  
☐ Outros: \_\_\_\_\_

**7 - O que FALTA em termos de SERVIÇOS de saúde na cidade?**

\_\_\_\_\_

#### III) AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO BÁSICA ONDE TRABALHA

**Levando em conta o SERVIÇO DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE ONDE VOCÊ TRABALHA, assinale:**

|                                                                                                 | Nunca | Pouco | Às vezes | Muito | Sempre |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|----------|-------|--------|
| <b>ORGANIZAÇÃO</b>                                                                              |       |       |          |       |        |
| <b>8 - Tem todos os medicamentos necessários para os usuários?</b>                              |       |       |          |       |        |
| <b>9 - Tem todos os equipamentos/materiais/insumos necessários ao atendimento dos usuários?</b> |       |       |          |       |        |
| <b>10 – Os exames solicitados aos usuários são disponibilizados?</b>                            |       |       |          |       |        |

|                                                                                                                                       | Nunca | Pouco | Às vezes | Muito | Sempre |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|----------|-------|--------|
| <b>11</b> - Tem os profissionais de saúde adequados ao atendimento dos usuários?                                                      |       |       |          |       |        |
| <b>VÍNCULO E ATENDIMENTO</b>                                                                                                          |       |       |          |       |        |
| <b>12</b> - Você acha que os usuários são bem recebidos pelos profissionais de saúde deste serviço?                                   |       |       |          |       |        |
| <b>13</b> - Você sente que entende o que o usuário quer dizer?                                                                        |       |       |          |       |        |
| <b>14</b> - Você sente que o usuário entende as explicações que você dá?                                                              |       |       |          |       |        |
| <b>15</b> - Você explica sobre os medicamentos/orientações que passa?                                                                 |       |       |          |       |        |
| <b>16</b> - Você pede informações sobre as condições de vida e da família do usuário durante a oferta do cuidado?                     |       |       |          |       |        |
| <b>17</b> - Você sente que o tempo é suficiente para o usuário explicar bem as suas preocupações e tirar as suas dúvidas?             |       |       |          |       |        |
| <b>18</b> - Quando o usuário retorna ao serviço de saúde com os exames feitos, ele é examinado pelo mesmo profissional que solicitou? |       |       |          |       |        |
| <b>19</b> - Você acha que os usuários se sentem rejeitados pelos profissionais deste serviço de saúde?                                |       |       |          |       |        |
| <b>20</b> - Você acha que os usuários sentem vergonha em falar sobre seus problemas com os profissionais de saúde deste serviço?      |       |       |          |       |        |
| <b>RESOLUTIVIDADE</b>                                                                                                                 |       |       |          |       |        |
| <b>21</b> - Os usuários costumam fazer os exames solicitados?                                                                         |       |       |          |       |        |
| <b>22</b> - Os usuários costumam retornar ao serviço quando o profissional que o atendeu solicita esse retorno?                       |       |       |          |       |        |
| <b>23</b> - Os problemas do usuário são resolvidos nesse serviço de saúde?                                                            |       |       |          |       |        |
| <b>REFERÊNCIA/CONTRA REFERÊNCIA</b>                                                                                                   |       |       |          |       |        |
| <b>24</b> - Há uma articulação entre este serviço e os demais serviços da rede (ex: média e alta complexidade)?                       |       |       |          |       |        |
| <b>25</b> - Com que frequência este serviço encaminha usuários para outros serviços da rede de saúde?                                 |       |       |          |       |        |
| <b>26</b> - Quando encaminha/referência algum usuário para outro serviço da rede, costuma receber um retorno deste serviço?           |       |       |          |       |        |
| <b>PREVENÇÃO</b>                                                                                                                      |       |       |          |       |        |
| <b>27</b> - Você já convidou usuários a participar de grupos sobre saúde neste serviço de saúde?                                      |       |       |          |       |        |
| <b>28</b> - Existem propagandas/campanhas/trabalhos educativos no serviço de saúde?                                                   |       |       |          |       |        |
| <b>AVALIAÇÃO GERAL</b>                                                                                                                |       |       |          |       |        |
| <b>29</b> - De 0 à 10, que nota você dá para <b>esta equipe de saúde</b> ? 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10                 |       |       |          |       |        |

**30** - De 0 à 10, que nota você dá para a **estrutura deste serviço** de saúde? 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

### III – SATISFAÇÃO NO TRABALHO

Abaixo estão listados vários sentimentos e emoções acerca do local de trabalho. Indique o quanto você sente cada um deles em relação a esse serviço de saúde:

| O serviço de saúde onde trabalho faz-me sentir...                                                                                                 | Nada | Pouco | Mais ou Menos | Muito | Sempre |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|---------------|-------|--------|
| <b>31</b> - Orgulhoso dele                                                                                                                        |      |       |               |       |        |
| <b>32</b> - Contente com ele                                                                                                                      |      |       |               |       |        |
| <b>33</b> - Entusiasmado com ele                                                                                                                  |      |       |               |       |        |
| <b>34</b> - Interessado por ele                                                                                                                   |      |       |               |       |        |
| <b>35</b> - Animado com ele                                                                                                                       |      |       |               |       |        |
| <b>36</b> - De 0 à 10, o quanto você se sente SATISFEITO COM O SEU TRABALHO NESTE SERVIÇO de saúde?<br>0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 |      |       |               |       |        |
| <b>37</b> - De 0 à 10, o quanto você GOSTA DE SEU TRABALHO? 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10                                            |      |       |               |       |        |

**38/39** - Em relação ao SEU TRABALHO NESTE SERVIÇO de saúde, cite 2 aspectos:

| POSITIVOS | NEGATIVOS |
|-----------|-----------|
|           |           |
|           |           |

### PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E LABORAL

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo ( ) Masculino ( ) Feminino

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Cidade em que reside: \_\_\_\_\_

Atividade/Profissão: \_\_\_\_\_ Tempo de Formação: \_\_\_\_\_

Cargo Ocupado neste serviço: \_\_\_\_\_

Tempo que trabalha neste serviço: \_\_\_\_\_ Tempo na Atenção Básica: \_\_\_\_\_

Carga Horária Semanal: \_\_\_\_\_ Carga horária diária: \_\_\_\_\_

Turno: ( ) manhã ( ) tarde ( ) noite ( ) sem turno fixo

Quais os dias da semana trabalha neste serviço de saúde:

| Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo |
|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
|         |       |        |        |       |        |         |

Trabalha em outro local? ( ) não ( ) sim, nesta cidade ( ) sim, em outra cidade

Se sim, qual tipo? \_\_\_\_\_

Estado civil: ( ) Casado/Mora junto ( ) Solteiro ( ) Separado/Divorciado ( ) Viúvo

Religião: \_\_\_\_\_

Em uma escala de 0 a 10, o quanto você se considera religioso? 0 - 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

## Apêndice D – Roteiro da Entrevista Semiestruturada do Estudo II

**Responda a partir do que você pensa:**

- 1 - De um modo geral, quem é o usuário deste serviço? (Perfil geral)
- 2 - Em se tratando de **cidades pequenas**, quais **aspectos** você considera que **repercutem** na condição de saúde das pessoas? Quais aspectos pode tornar a saúde das pessoas desse contexto **mais vulnerável**?
- 3 - Na sua opinião, quais são as **prioridades de saúde da população** local (cidade pequena)?
- 4 - Como o serviço está **organizado** para atender essas demandas da população rural e como se dá o **trabalho da equipe** na oferta do cuidado?
- 5 - Como são as **condições de trabalho** deste serviço de saúde e **como interferem** na oferta do cuidado à população?
- 6 – Quais aspectos que são imprescindíveis para garantir um **atendimento de qualidade** em saúde?
- 7 - Que **sugestões** você daria para a melhoria do atendimento em saúde neste serviço?
- 8 - Por fim, como você **avaliaria**, de um modo geral, a **saúde deste município**?
- 9 – Você **pretende continuar a trabalhar no contexto da atenção básica por mais tempo**? Por quê?

Caso queira acrescentar algo, fique à vontade.

## Apêndice E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Estudo II

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL**  
**NÚCLEO DE PESQUISA VULNERABILIDADES E PROMOÇÃO DA SAÚDE**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor / Prezada Senhora

Esta pesquisa é sobre a saúde em cidades rurais e está sendo desenvolvida pelo Núcleo de Pesquisas Vulnerabilidades e Promoção da Saúde, coordenado pela Prof<sup>a</sup>. Dra. Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba.

Os objetivos do estudo são analisar o acesso aos serviços de saúde e suas implicações para a saúde de moradores de cidades rurais, e tem por finalidade contribuir para a melhoria das condições de saúde desta população.

Solicitamos a sua colaboração para responder a um questionário e conceder uma entrevista, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Em todas as situações, seu nome será mantido em sigilo.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o senhor ou senhora não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo(a) Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. O/A pesquisador(a) estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Atenciosamente,

Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli  
 Pesquisadora Responsável

Contato com a Pesquisadora Responsável: (83) 3216-7006

.....

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido e dou o meu consentimento para participar da pesquisa, para a gravação das entrevistas e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

---

Assinatura do Participante da Pesquisa

## Apêndice F – Identificação dos participantes entrevistados no Estudo 2 – Parte II

| IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ENTREVISTADOS NO ESTUDO 2 |                          |             |      |       |                       |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|------|-------|-----------------------|
| PARTICIPANTE                                                       | CIDADE                   | CLASSE PROF | SEXO | MACRO | IDENTIFICAÇÃO         |
| 1.                                                                 | Água Branca              | ENF         | F    | Patos | (P1-Enf/F/Patos)      |
| 2.                                                                 | Água Branca              | ACS         | F    | Patos | (P2-ACS/F/Patos)      |
| 3.                                                                 | Água Branca              | MÉD         | F    | Patos | (P3-Méd/F/Patos)      |
| 4.                                                                 | Barra de Santana         | ENF         | F    | CG    | (P4-Enf/F/CG)         |
| 5.                                                                 | Barra de Santana         | MÉD         | F    | CG    | (P5-Méd/F/CG)         |
| 6.                                                                 | Barra de Santana         | ACS         | F    | CG    | (P6-ACS/F/CG)         |
| 7.                                                                 | Belém do Brejo do Cruz   | ACS         | F    | Sousa | (P7-ACS/F/Sousa)      |
| 8.                                                                 | Belém do Brejo do Cruz   | ENF         | F    | Sousa | (P8-Enf/F/Sousa)      |
| 9.                                                                 | Belém do Brejo do Cruz   | MÉD         | M    | Sousa | (P9-Méd/M/Sousa)      |
| 10.                                                                | Cachoeira dos Índios     | ACS         | F    | Sousa | (P10-ACS/F/Sousa)     |
| 11.                                                                | Cachoeira dos Índios     | MÉD         | M    | Sousa | (P11-Méd/M/Sousa)     |
| 12.                                                                | Caldas Brandão           | ACS         | F    | JP    | (P12-ACS/F/JP)        |
| 13.                                                                | Caldas Brandão           | ENF         | F    | JP    | (P13-Enf/F/JP)        |
| 14.                                                                | Juru                     | ENF         | F    | Patos | (P14-Enf/F/Patos)     |
| 15.                                                                | Mataraca                 | ACS         | F    | JP    | (P15-ACS/F/JP)        |
| 16.                                                                | Mataraca                 | ENF         | F    | JP    | (P16-Enf/F/JP)        |
| 17.                                                                | Matinhas                 | MÉD         | M    | CG    | (P17-Méd/M/CG)        |
| 18.                                                                | Pilões                   | ACS         | M    | JP    | (P18-ACS/M/JP)        |
| 19.                                                                | Pilões                   | MÉD         | M    | JP    | (P19-Méd/M/JP)        |
| 20.                                                                | São Bentinho             | ACS         | M    | Sousa | (P20-ACS/M/Sousa)     |
| 21.                                                                | São Bentinho             | ENF         | F    | Sousa | (P21-Enf/F/Sousa)     |
| 22.                                                                | São Bentinho             | MÉD         | F    | Sousa | (P22-Méd/F/Sousa)     |
| 23.                                                                | São João do Cariri       | MÉD         | M    | CG    | (P23-Méd/M/CG)        |
| 24.                                                                | São João do Cariri       | ENF         | F    | CG    | (P24-Enf/F/CG)        |
| 25.                                                                | São José da Lagoa Tapada | ACS         | F    | Sousa | (P25-ACS/F/Sousa)     |
| 26.                                                                | São José da Lagoa Tapada | Téc.Enf     | F    | Sousa | (P26-Téc.Enf/F/Sousa) |
| 27.                                                                | São José da Lagoa Tapada | ENF         | F    | Sousa | (P27-Enf/F/Sousa)     |
| 28.                                                                | Sobrado                  | ENF         | F    | JP    | (P28-Enf/F/JP)        |
| 29.                                                                | Sobrado                  | MÉD         | F    | JP    | (P29-Méd/F/JP)        |
| 30.                                                                | Vista Serrana            | ACS         | F    | Patos | (P30-ACS/F/Patos)     |
| 31.                                                                | Vista Serrana            | ENF         | F    | Patos | (P31-Enf/F/Patos)     |
| 32.                                                                | Água Branca              | Téc.Enf     | F    | JP    | (P32-Téc.Enf/F/JP)    |
| 33.                                                                | Barra de Santana         | Téc.Enf     | F    | CG    | (P33-Téc.Enf/F/CG)    |
| 34.                                                                | Belém do Brejo do Cruz   | Téc.Enf     | F    | Sousa | (P34-Téc.Enf/F/Sousa) |

|     |                          |         |   |       |                       |
|-----|--------------------------|---------|---|-------|-----------------------|
| 35. | Caldas Brandão           | Téc.Enf | F | JP    | (P35-Téc.Enf/F/JP)    |
| 36. | Mataraca                 | Téc.Enf | F | JP    | (P36-Téc.Enf/F/JP)    |
| 37. | Matinhas                 | Téc.Enf | F | CG    | (P37-Téc.Enf/F/CG)    |
| 38. | Pilões                   | Téc.Enf | F | JP    | (P38-Téc.Enf/F/JP)    |
| 39. | São Bentinho             | Téc.Enf | F | Sousa | (P39-Téc.Enf/F/Sousa) |
| 40. | São José da Lagoa Tapada | ENF     | F | Sousa | (P40-Enf/F/Sousa)     |
| 41. | São José da Lagoa Tapada | MÉD     | F | Sousa | (P41-Méd/F/Sousa)     |
| 42. | São José da Lagoa Tapada | MÉD     | M | Sousa | (P42-Méd/M/Sousa)     |
| 43. | Vista Serrana            | Téc.Enf | F | Patos | (P43-Téc.Enf/F/Patos) |
| 44. | Sobrado                  | Téc.Enf | F | JP    | (P44-Téc.Enf/F/JP)    |
| 45. | São José da Lagoa Tapada | ENF     | M | Sousa | (P45-Enf/M/Sousa)     |

## ANEXOS

**Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Estudo I****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** VULNERABILIDADES EM SAÚDE: ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, SAÚDE MENTAL E VULNERABILIDADES DE PESSOAS RESIDENTES EM CIDADES

**Pesquisador:** Josevânia da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 18083113.1.0000.5176

**Instituição Proponente:** Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ/PB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 316.559

**Data da Relatoria:** 21/06/2013

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e analítico de caráter transversal, cujo design quantitativo e qualitativo possibilitará a determinação da prevalência de comportamentos de risco à saúde, bem como análise das vulnerabilidades das mulheres residentes em cidades rurais.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Analisar as vulnerabilidades e a necessidade de saúde de mulheres residentes em cidades rurais, identificando a forma e as repercussões da inserção social a partir do relato de experiências vividas.

**Objetivos Secundários:**

Identificar: o estilo de vida das pessoas residentes em cidade rural (cotidiano doméstico, trabalho e lazer); os determinantes de vulnerabilidade individual em termos de recursos pessoais (conhecimento, escolaridade, acesso à informação e rede de apoio social-afetivo-sexuais, familiares e amigos) e intersubjetividade (valores, crenças, desejos, atitudes); os determinantes de vulnerabilidade social (relações de gênero, processos de Estigmatização, discriminação, participação social, acesso a educação, cultura, educação, prevenção); os determinantes de vulnerabilidade programática (disponibilidade e acesso ao serviço de saúde, promoção da saúde,

**Endereço:** Campus Universitário BR 230 Km 22

**Bairro:** Caixa Postal 318

**CEP:** 58.053-000

**UF:** PB

**Município:** JOAO PESSOA

**Telefone:** (83)2106-4811

**Fax:** (83)2106-9368

**E-mail:** cep@unipe.br



Continuação do Parecer: 316.559

ações de prevenção, disponibilidade de meios e recursos, deslocamento, medicamentos, exames). Analisar: a qualidade dos serviços de saúde a partir da concepção dos participantes; a forma como os participantes resolvem os problemas da saúde; os perfis de vulnerabilidade aos agravos em saúde nas cidades rurais.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Na avaliação dos riscos e benefícios descritos neste projeto estão coerentes com a proposta do estudo e com as orientações da Resolução 196/96.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto bem elaborado, visa mapear o estado da PB acerca da vulnerabilidade feminina ao HIV Aids.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos apresentados em anexos estão em consonância com o protocolo do CEP, onde foram anexados no relatório de pesquisa- Platbr:

Folha de rosto;

Projeto;

TCLE;

Instrumento;

Termo de compromisso do pesquisador.

#### **Recomendações:**

Recomendamos:

-Informar toda e qualquer alteração vinculada ao projeto a esse comitê, sob pena da não aprovação final do projeto de pesquisa.

-Na presença do TCLE com mais de uma folha, tanto o pesquisador quanto o voluntário deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página do referido Termo (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS)

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Considerando que o projeto apresenta sem pendências e está coerente cientificamente, o mesmo pode ser executado no formato em que se encontra.

#### **Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Campus Universitário BR 230 Km 22  
**Bairro:** Caixa Postal 318 **CEP:** 58.053-000  
**UF:** PB **Município:** JOAO PESSOA  
**Telefone:** (83)2106-4811 **Fax:** (83)2106-9368 **E-mail:** cep@unipe.br



Continuação do Parecer: 316.559

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer é PROVISÓRIO, para fins de execução da referida pesquisa, ficando na responsabilidade dos pesquisadores, enviar ao CEP o RELATÓRIO FINAL de conclusão da pesquisa, ocasião esta, que será emitido parecer DEFINITIVO, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução 196/96 do CNS.

JOAO PESSOA, 26 de Junho de 2013

---

**Assinador por:**  
**ANDREA CARLA BRANDAO DA COSTA SANTOS**  
(Coordenador)

**Endereço:** Campus Universitário BR 230 Km 22  
**Bairro:** Caixa Postal 318 **CEP:** 58.053-000  
**UF:** PB **Município:** JOAO PESSOA  
**Telefone:** (83)2106-4811 **Fax:** (83)2106-9368 **E-mail:** cep@unipe.br

## Anexo B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Estudo II



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

### CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 6ª Reunião realizada no dia 21/07/2016, o Projeto de pesquisa intitulado: **“VULNERABILIDADES, CRENÇAS E PRÁTICAS DE CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA: A GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE NO CONTEXTO RURAL”**, da pesquisadora Lidianny Braga Pereira. Prot. nº 0192/16. CAAE: 55849316.8.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do relatório final do estudo proposto à apreciação do Comitê.

  
Andrea Márcia da C. Lima  
Mat. SIAPE 1117510  
Secretária do CEP-CCS-UFPB