



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

JOSÉ DE ARIMATÉIA RODRIGUES REIS

**Discursos de usuários do SUS sobre a integralidade do cuidado em rede num hospital
público em Belém - Pará**

Belém

2014

JOSÉ DE ARIMATÉIA RODRIGUES REIS

**DISCURSOS DE USUÁRIOS DO SUS SOBRE A INTEGRALIDADE DO CUIDADO
EM REDE NUM HOSPITAL PÚBLICO EM BELÉM - PARÁ**

Dissertação apresentada à banca examinadora como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Pará – UFPA, no Programa de Pós Graduação em Psicologia – PPGP. Área de concentração: Psicologia, Sociedade e Saúde.
Orientador: Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani.

Belém

2014

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistemas de Bibliotecas da UFPA**

Reis, José de Arimatéia Rodrigues, 1973-

Discursos de usuários do SUS sobre a integralidade do cuidado em rede num hospital público em Belém - Pará / José de Arimatéia Rodrigues Reis; Orientador, Pedro Paulo Freire Piani.- 2014.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belém, 2014.

1. Psicologia Social. 2. Saúde Coletiva. 3. Usuários-SUS.
4. Práticas de Saúde. 5. Cuidado Integral em Saúde. I. Título.

CDD - 22. ed. 158.1

José de Arimatéia Rodrigues Reis

Discursos de usuários do SUS sobre a integralidade do cuidado em rede num hospital público em Belém - Pará

Dissertação apresentada à banca examinadora como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Pará – UFPA, no Programa de Pós Graduação em Psicologia – PPGP. Área de concentração: Psicologia, Sociedade e Saúde.
Orientador: Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani (UFPA) – Orientador

Profa. Dra. Jacqueline Isaac Machado Brigagão – Membro
Universidade de São Paulo (USP)

Profa. Dra. Flávia Cristina Silveira Lemos – Membro
Universidade Federal do Pará (UFPA)

Profa. Dra. Airle Miranda de Souza – Suplente
Universidade Federal do Pará (UFPA)

Apresentado em ____/____/____ Conceito: _____

DEDICATÓRIA

A Deus, meu Pai, por me conceder a vida e me iluminar na conclusão deste árduo trabalho.

À minha Esposa Lívia, por ser a minha referência, minha incentivadora, inspiração, consolo, porto seguro. E por ser o grande amor da minha vida. Te amo muito!!

Ao meu pai e à minha mãe, por tudo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, por me permitir concluir esta etapa tão importante em minha vida.

À minha querida Esposa Lívia, por todo o seu amor, carinho, incentivo e alento em todos os momentos. E por me mostrar todos os dias como é possível realizar nossos sonhos e construir uma vida juntos e um futuro melhor pra nossa família.

Aos meus pais, meus irmãos e todos os meus familiares, por me ajudarem a ser quem eu sou.

Aos meus Professores do PPGP e à Coordenação do Mestrado, por oportunizarem dignidade, autonomia e liberdade de pensamento neste curso de pós-graduação.

A todos os colegas do PPGP com quem tive a honra e a felicidade de conviver nestes dois anos que vou lembrar pra sempre.

À Universidade Federal do Pará – UFPA, por ser o símbolo da educação pública.

Ao meu Orientador Dr. Pedro Paulo Freire Piani, por ter sido meu professor, meu guia e referência pessoal como mestre e amigo no longo percurso de construir esta Dissertação.

À Profa. Dra. Flávia Cristina Silveira Lemos, por ser um exemplo de mulher e ser humano, com toda a sua sabedoria e conhecimento, e por suas aulas extraordinárias onde aprendi tanto.

À Profa. Dra. Jaqueline Isaac Machado Brigagão, pela simplicidade, saber e lucidez de educadora, pensadora e mestra comprometida com a psicologia e o ser humano.

Ao Nei, pela cumplicidade e por sua generosidade permanente em ajudar a todos.

Aos colegas do Laboratório de Rede, Infância e Práticas Sociais, por todos os momentos.

Aos colegas do Grupo Saúde na Amazônia, pela sinceridade, serenidade e companheirismo.

“Os limites da minha linguagem significam os limites do meu próprio mundo”.

Ludwig Wittgenstein.

RESUMO

Neste estudo foram analisados discursos de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) atendidos num hospital público em Belém-Pará, focalizando o sentido atribuído por estes ao cuidado integral em rede. O hospital foi o local de referência para esta pesquisa, mas o enfoque incluiu também as práticas discursivas dos usuários sobre experiências e percursos dentro da rede de saúde, considerando que acessaram vários outros locais ou serviços de saúde, antes e depois de sua passagem pela unidade hospitalar. A abordagem metodológica utilizada foi a do construcionismo social, no qual são buscados os sentidos dos discursos dos usuários dentro de uma relação dialógica e compartilhada, com posicionamentos tanto do usuário-participante quanto do pesquisador, resultando em uma interação na produção dos sentidos discursivos. Já a concepção teórica das práticas em saúde foi pautada na intersecção entre a psicologia social e a saúde coletiva, a partir da adoção de noções como práticas discursivas e integralidade do cuidado em rede. A pesquisa foi realizada em um hospital público onde o pesquisador atua como psicólogo, e contou com a participação de cinco usuários, em algum momento atendidos nesse hospital, mas que também haviam acessado outros serviços da rede de saúde. A coleta de dados se deu através de entrevistas semiestruturadas gravadas, transcritas e analisadas com referência em três categorias identificadas na produção discursiva dos sujeitos. 1) Sofrimento e crise do usuário. 2) Acesso e trajetória na rede de saúde. 3) Posicionamentos sobre as práticas de cuidado integral. Os sentidos dados pelos participantes à integralidade do cuidado obtido na rede de saúde sinalizaram aspectos facilitadores e dificultadores convivendo lado a lado nas práticas em saúde. Viu-se por um lado usuários vinculados aos serviços do SUS, enaltecendo as equipes e os profissionais de saúde por quem foram atendidos, com sentimentos de gratidão, reconhecimento, afetividade, amizade e solidariedade. De outro modo, surgiram vários relatos de deficiências do sistema de saúde, no acolhimento, no vínculo, no referenciamento a outras unidades, no acesso difícil, na descontinuidade dos tratamentos, na demora por exames e consultas, na ausência do diagnóstico de doenças gerando baixa resolutividade da assistência, no não atendimento às demandas dos usuários potencializando dor, sofrimento, medo, revolta, indignação e exclusão. Ao analisar a diversidade de sentidos e relações que emergiram da perspectiva dos usuários, chegou-se necessariamente à reflexão quanto às questões institucionais, políticas e governamentais envolvidas por detrás dos processos de trabalho e das práticas em saúde, marcando aqui um lugar social, político, histórico e epistêmico de reflexão crítica e contribuição teórica para a mudança dos modelos vigentes na saúde pública e no SUS. Concluiu-se então que as questões de saúde-doença seguem permeando a vida através do campo da saúde, produzindo sujeitos e subjetividades pautadas ainda no paradigma biomédico, no qual frequentemente o sujeito de direitos sequer consegue ter reconhecido os seus problemas e suas opções, para poder exercer o seu direito de escolha.

Palavras-Chave: Psicologia social, Saúde coletiva, Usuários, Práticas de saúde, Integralidade do cuidado em rede.

ABSTRACT

In this study were analyzed users speeches in the Unified Health System (SUS) attended in a public hospital in Belém-Pará, focusing on the meaning attributed by them to the comprehensive care network. The hospital was the place of reference for this study, but the approach also included the discursive practices of users about experiences and pathways within the health network, whereas several other local or accessed health services before and after its passage by unit hospital. The methodological approach used was the social constructionism, in which are sought directions from the discourses of users within a dialogic relation and shared, with placements of both the user-participant and the researcher, resulting in an interaction in the production of discursive meanings. Already theoretical conception of health practices was based on the intersection between social psychology and collective health, from the adoption of such notions as discursive practices and care integral in network. The research was conducted in a public hospital where the researcher works as a psychologist and was attended by five users who were in some time treated in this hospital, but had also accessed other services of the health network. Data collection was through semistructured interviews taped, transcribed and analyzed with reference to three categories identified in the discursive production of subjects. 1) Suffering and crisis of user. 2) Access and trajectory in the health network. 3) Positionings about integral care practices. The directions given by the participants to integrality care obtained in the health system signaled facilitating and hindering aspects living side by side in health practices. It was observed on the one hand users linked to SUS services, extolling the teams and health professionals by whom were assisted, with feelings of gratitude, recognition, affection, friendship and solidarity. On the other hand, several reports of failures of the health system emerged in the embracement, in the bond, in referencing to other units, in the difficult access, discontinuity of treatment, delay in examinations and consultations, in the absence of the diagnosis of diseases causing low solving in assistance, in the not meeting to demands of users increasing pain, suffering, fear, anger, indignation and exclusion. By analyzing the diversity of meanings and relations that emerged from the perspective of users, it was arrived necessarily to reflection as regards the institutional, political and governmental issues involved behind the working procedures and practices in health, scoring here one political place, social, historical and epistemic of critical reflection and theoretical contribution to the change of the existing models in public health and in the SUS. So, it was concluded that the issues of health and illness follow permeating life through the field of health, producing subjects and subjectivities still guided on the biomedical paradigm, where often the subject of rights can not have recognized their problems and their options to exercise your right to choose.

Key words: Social psychology, Health collective, Users, Healthcare practices, Integrality of care network.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1. A Psicologia social no campo das pesquisas e das práticas em saúde: posicionamentos e possibilidades	15
CAPÍTULO 2 - Integralidade do cuidado em rede e a perspectiva dos usuários em práticas de saúde no SUS	46
CAPÍTULO 3. O discurso do usuário da rede de saúde a partir de um hospital público: contextualizando a pesquisa	71
CAPÍTULO 4. Resultados e Discussão	77
4.1. Sofrimento e crise do usuário	80
4.2. Acesso e trajetória assistencial na rede de saúde	108
4.2.1. Acesso - facilitadores e dificultadores	109
4.2.2. Trajetória assistencial dos usuários na rede de saúde	146
4.3. Posicionamentos sobre as práticas de cuidado integral	165
CONSIDERAÇÕES FINAIS	180
REFERÊNCIAS	187
APÊNDICES	197
ANEXO	219

INTRODUÇÃO

Psicologia e saúde podem ser consideradas entre si como campos do conhecimento autônomos que apresentam intersecções diversas. Esses encontros entre as duas disciplinas podem ocorrer na produção das práticas em saúde ou nas concepções teóricas, mas quase sempre carregam a exigência de precisarem ser mais bem delineados, recorrentemente.

Tal ocorre em função da complexidade existente tanto entre as ciências da saúde quanto nas correntes da psicologia. Neste trabalho, uma vez mais, haverá a necessidade de delimitar o espaço de encontro entre duas vertentes inovadoras na reflexão das práticas em saúde. A saúde coletiva, por um lado, e a psicologia social, de outro. A interface entre ambas provavelmente deriva da construção histórica e da concepção crítica quantos aos espaços tradicionais de atuação em saúde, e do entendimento transformador quanto às práticas no Sistema Único de Saúde – SUS.

Desde os anos 70 do século XX, essas disciplinas foram se modificando e desenvolvendo no Brasil, gerando um diálogo possível. Na psicologia, através do surgimento da psicologia social crítica, que tem como uma de suas feições a psicologia social da saúde. Na saúde coletiva, pelo dissenso com a medicina social e a epidemiologia descritiva, num movimento mais integrado aos ideais da reforma sanitária e das modificações das condições sociais de vida e saúde vigentes na população brasileira.

Para autores como Spink e Matta (2006) as pressões conjunturais por novas formas de atuação na saúde compatíveis com os princípios do SUS geraram demandas, encomendas e posicionamentos diversos das “tradições” teóricas vigentes, ocasionando rupturas históricas, num dado momento, com o conhecimento disciplinar instituído pela governamentalidade.

Tais ações de mudança ocorreram tanto dentro da relação da psicologia com a saúde pública, decorrentes do desafio de junção dos processos de individualização (predominantes nas ferramentas “psi”) com as necessidades de um enquadre mais coletivo, como também dentro do movimento de reforma sanitária protagonizado pelos atores da saúde coletiva, o qual levou à implantação do SUS, que continua até hoje, 25 anos depois. Assim,

Se pensarmos a atenção à saúde a partir da perspectiva transdisciplinar, de junção de forças para a consecução do ideal de universalização e integralidade na atenção à saúde, temos, sem dúvida, que repensar o lugar possível da Psicologia nesse novo enquadre. Isso não é difícil quando refletimos a partir da ótica da Psicologia Social, em que a transdisciplinaridade e a subversão dos espaços tradicionais de atuação há muito tempo são praticadas. Assim, não é por acaso, que há um diálogo confortável entre membros da Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). (SPINK e MATTA, 2010, p. 48).

No entanto, a relação sucedida entre psicologia e saúde, quando “apropriada” na justaposição por assim dizer, insuspeitada, entre psicologia social e saúde coletiva, não as desobriga de seguir constantemente explicando e desmistificando uma pretensa “naturalidade” entre campos tão distintos, de modo a intensificar os debates e os posicionamentos de reflexão crítica, e sob a exigência da psicologia social de ter que demonstrar de fato uma prática na saúde, em acordo ao movimento sanitarista e aos pressupostos da saúde coletiva, sob pena de forçar apenas na aparência uma perspectiva integradora entre as disciplinas.

Buscar-se-á nos próximos capítulos e ao longo deste trabalho de pesquisa, uma construção teórica e metodológica por si só imperfeita, mas de outro modo incompleta, a não ser quando tomada a partir das práticas em saúde baseadas em certos discursos encontrados justamente nessas duas áreas do conhecimento.

Ao travar neste estudo um diálogo franco e direto entre psicologia social e saúde coletiva, de antemão é sabido que jamais se vai poder prescindir da crítica ao sistema de saúde, como da reflexão quanto às próprias produções discursivas nesse percurso de investigar, interpretar, criticar e também discursar sobre aquilo que foi afinal buscado, encontrado, analisado e criticado nos discursos de outrem (os usuários da rede pública de saúde, com os quais se dialogou para conhecer os sentidos dos seus discursos sobre o cuidado integral na rede de saúde a partir de um hospital do SUS).

Esse movimento ou encontro humano do pesquisador, na direção do diálogo com o sentido atribuído pelo outro à sua experiência e à sua saúde, é tornado também um recurso discursivo próprio, na produção aqui concebida e por fim realizada em forma de pesquisa.

Nesta pesquisa, então, se irá partir, além da abordagem da psicologia social da saúde combinada à da saúde coletiva, também da concepção do cuidado integral em rede, na perspectiva do *usuário* dos serviços de saúde, por reconhecer que este tem sido um dos ângulos menos abordados quando se fala em sistema de saúde, constituindo-se em tema desafiador, pela sua relativa novidade e inovação na área da psicologia social, mas principalmente por seu potencial de análise das relações sociais pensadas a partir das práticas de saúde, quando consideradas sob a ótica da integralidade do cuidado.

A integralidade pode ser adotada, conceitualmente, em diferentes acepções, tantas são as existentes, mas aqui será tomada como uma *perspectiva* mais do que no sentido de ser uma definição precisa, na idéia do integral como algo aberto a *novas configurações*, e ainda como *dialogicidade para compreender a expressão e os problemas dos usuários*, bem como na discussão estratégica do atendimento integral e do *cuidado* na *satisfação de suas demandas* (PIANI, 2007, grifos nossos).

Logo, a integralidade do cuidado como a perspectiva do usuário é outro dos lugares de onde se fala nesta pesquisa, marcando a dialogicidade entre o sujeito e o coletivo.

Esse posicionamento aqui tomado remete ao termo integralidade, tantas vezes apropriado pela pesquisa em *saúde coletiva*, para apreendê-lo em sua configuração social, coletiva, na construção dos macroprocessos das práticas e do cuidado em saúde. E trabalha, concomitante, a integralidade junto à noção de sujeito individual e subjetividade da *psicologia social*, mais afeita aos microprocessos do sujeito, em interação com o social através do sistema de saúde, das demandas históricas e políticas do cuidado.

E daí, complementando a configuração desta pesquisa para o contato direto com os usuários do SUS, adotou-se também a abordagem da psicologia social *construcionista* através das noções de sentido, dialogicidade e práticas discursivas.

Portanto, a importância da perspectiva do usuário a ser investigada neste estudo é a de permitir ver qual o lugar que este ocupa na sua interação com o SUS, e assim mostrando um pouco do funcionamento dos *serviços e da rede de saúde*, assim como as práticas de integralidade do cuidado por acaso identificadas na rede através do discurso do usuário.

Optou-se então por realizar uma pesquisa com usuários que passaram por um hospital público, tomando o hospital como o local de referência onde os usuários foram contactados, mas para focalizar na perspectiva dos discursos e sentidos, dados pelos sujeitos, a suas experiências no atendimento hospitalar, num primeiro momento, mas também a suas narrativas acerca das trajetórias na rede de saúde, pois todos eles acessaram vários serviços de saúde antes e depois do contato com o hospital.

Com isso, parte-se do princípio da integralidade como perspectiva, para se chegar a outros princípios do SUS, como a equidade e a universalidade. Equidade aqui considerada como atendimento igual para todos, diminuindo o espaço entre as desigualdades sociais. E universalidade como o direito à saúde de qualquer pessoa, em qualquer lugar.

Recupera-se, assim, por esses princípios do SUS, a discussão quanto à rede de saúde poder ser acessada em qualquer ponto pelo usuário, de acordo às suas necessidades, para se falar da saúde como um direito social e dever do Estado, e não como um privilégio, favor ou prestação de serviços biomédicos voltados a um mero mercado consumidor.

Este tema de investigação tornou-se possível a partir do percurso do pesquisador na área da saúde, e nasceu de inquietações suscitadas em oito anos de práticas em saúde como psicólogo, tendo passado por programa de saúde da família, unidade de reabilitação neuropsicomotora, centro de saúde de atenção primária / especializada, e hospital público de média e alta complexidade.

Esse hospital serviu como ponto de referência para a pesquisa, e nele foram selecionados todos os participantes deste estudo, os quais haviam passado em algum momento pelo atendimento nessa unidade hospitalar e tiveram procedências, demandas e problemas de saúde diferentes entre si, com desfechos e discursos igualmente diversos.

O Hospital público citado localiza-se na cidade de Belém-Pará, e presta atendimento ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, além de ser certificado como hospital de ensino, desenvolvendo formação e pesquisa na área de saúde, além da gestão e assistência hospitalar. É referência estadual em áreas como psiquiatria, cardiologia e nefrologia, também ofertando consultas ambulatoriais e internações em clínica médica, clínica cirúrgica, clínica pediátrica e clínica ginecológica e obstétrica, voltadas prioritariamente a pacientes que se encaixam nas referências mencionadas.

A pesquisa foi realizada entre o segundo semestre de 2012 e o primeiro semestre de 2013, com realização de entrevistas com seis (06) usuários, e destas foi retirada uma, compondo a pesquisa entrevistas com cinco (05) usuários. O projeto de pesquisa foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa do Hospital escolhido para a realização do estudo. (Número do parecer de aprovação: 89.081, de 03/09/2012, anexo).

O contato com os participantes foi estabelecido por meio de diferentes vias. Iniciou pelo serviço de psicologia do Ambulatório do Hospital, com consulta aos registros dos pacientes atendidos nessa unidade. Foram selecionados inicialmente vinte e um (21) usuários, com o auxílio e colaboração de profissional psicólogo do setor. Destes, conseguiu-se contato com sete (07) usuários por via telefônica, e apenas um (01) aceitou participar da pesquisa.

Diante dessa dificuldade de selecionar os participantes a partir do caminho inicial da pesquisa, buscaram-se outras maneiras de contato com os usuários, a partir da divulgação do estudo entre os colegas da instituição e pedido de colaboração.

Foram então selecionados outros cinco (05) usuários, a partir dos seguintes locais: clínica cardiológica (usuário indicado pelo serviço de psicologia da residência multiprofissional em saúde). Clínica médica (usuário em leito de cirurgia geral indicado pela equipe multiprofissional responsável). Serviço de hemodiálise (usuária indicada pelo serviço de psicologia do setor de hemodiálise). Clínica psiquiátrica (usuário indicado pelo serviço de psicologia da clínica psiquiátrica).

A decisão ética de não informar o nome literal do hospital, das unidades e serviços de saúde neste estudo, deu-se em função da vinculação do pesquisador à instituição de referência da pesquisa, na qual atua como psicólogo. Assim, durante todo o relato desta investigação com os usuários citados, qualquer alusão à unidade hospitalar mencionada será como Hospital

de referência à pesquisa (sempre com a primeira letra maiúscula), ou Hospital público onde se deu a pesquisa, assim como cada serviço de saúde citado pelos usuários terá o nome ocultado.

A primeira entrevista com participante da pesquisa se deu em setembro de 2012, e a última delas aconteceu em julho de 2013. Ao iniciar as entrevistas, era apresentado a cada participante o parecer de aprovação da pesquisa pelo comitê de ética, assim como as informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Todos os cinco (05) usuários que participaram da pesquisa formalizaram sua aceitação, assinando o referido termo. Neste relato, optou-se por utilizar em relação a eles a denominação usuária 01, usuário 02, usuário 03, usuária 04 e usuário 05 ao longo de todo o trabalho.

Como dito, o recurso metodológico principal empregado para obtenção dos discursos dos usuários foi a entrevista. A entrevista foi escolhida como expediente técnico de pesquisa por permitir a interação dialógica direta entre o pesquisador e os entrevistados. A abordagem utilizada para a análise de dados foi o construcionismo social, pela via dialógica do foco nas práticas discursivas, e pelo sentido produzido no discurso dos usuários entrevistados.

O direcionamento dado foi o de produção e construção de sentidos nas entrevistas, seguindo um modelo semiestruturado (roteiro de entrevista anexo), permitindo certa flexibilidade na forma mais do que no conteúdo das perguntas, mas oportunizando o livre andamento do diálogo, com resultados satisfatórios (vide entrevistas anexo).

As entrevistas foram aqui posicionadas como práticas discursivas produzindo e / ou modificando sentidos. Tomou-se o discurso e a linguagem como prática e ação social, abrindo possibilidades para efeitos e consequências. Nessa proposta, podem-se construir realidades, produzir novos sentidos e assumir posições nas relações sociais cotidianas (SPINK, 2004). Na abordagem da entrevista como discurso do sujeito, a linguagem e o sentido são compreendidas como ação e interação, dentro de certo contexto no qual necessariamente vão existir posicionamentos dos interlocutores, os quais estão em negociação constante, e a partir desse diálogo, serão produzidos os sentidos na interação (PINHEIRO, 2004).

Finalizando, o objetivo geral desta pesquisa foi então o de analisar os discursos de usuários atendidos a partir de um hospital público do SUS, focalizando o sentido dado às suas trajetórias assistenciais, a partir de suas perspectivas acerca do cuidado integral em rede. E especificamente, descrever no discurso dos usuários os sentidos dados ao percurso na rede e no acesso ao atendimento obtido no SUS. Além de verificar nessa produção discursiva as perspectivas quanto ao cuidado integral em rede a partir das práticas em saúde encontradas.

Vamos, pois, ao relato de pesquisa obtido no diálogo com os usuários.

CAPÍTULO 1 - A Psicologia social no campo das pesquisas e das práticas em saúde: posicionamentos e possibilidades

Ao buscarmos analisar os vários aspectos pelos quais a psicologia hoje se apresenta nas suas relações com o campo social, podemos observar um “status quo” obtido, que a coloca na atualidade como uma ciência e uma profissão proeminentes, conectada ao conjunto dos saberes e fazeres do mundo contemporâneo enquanto alternativa de intervenção psicossocial e busca de soluções práticas no campo da técnica. (JUSTO, SANCHES e ROZENDO, 2012).

A expansão da psicologia, sua presença ostensiva no cenário social, pode ser celebrada como uma relevante contribuição ao conjunto das ciências humanas e da saúde, nas quais se encontra incluída como membro global. Por outro lado, esse pertencimento lhe traz a exigência de examinar com todo cuidado e radicalidade os seus compromissos éticos e políticos com o ser humano, buscando responder aos constantes desafios colocados pelos contextos sociais, políticos, econômicos, culturais e históricos postos em evidência. (Ibid.).

Assim, a psicologia tem-se deparado cada vez mais com a necessidade de revisão dos seus modelos teóricos, num diálogo incessante com as diversas áreas do conhecimento, em que é fundamental interrogar até que ponto as suas tecnologias estão potencializando e enriquecendo a vida, fortalecendo a subjetividade, ou de outro modo contribuindo para a produção de uma existência desprovida de qualificações, baseada na sobrevivência apática, uma “vida mínima” saturada de objetos de consumo, sem criatividade ou intensidade. (Ibid.).

Essa afirmação coincide em parte com a visão de Marks et al (2000 apud TRAVERSO-YÉPEZ, 2001), sobre a existência na psicologia, de duas formas epistemológicas básicas de tentar compreender as questões relacionadas aos processos psicológicos. A primeira é a abordagem mais próxima das ciências da natureza, as quais se arriscam a equiparar a psicologia ao campo das ciências físicas e naturais, estando ainda à procura de uma versão única e verdadeira da realidade objetiva.

A segunda é a abordagem de orientação humanística, que estuda comportamentos, práticas e experiências, esperando esclarecer certos significados e interpretações existentes ou subjacentes às interações dialógicas, reconhecendo a peculiaridade e complexidade das experiências humanas para a geração do conhecimento científico, porém não mais com a idéia de neutralidade, e buscando incluir a todos os participantes no método, indo além do que antes se considerava como o objeto ou o sujeito da pesquisa, por exemplo, enquanto posições absolutas do ponto de vista epistemológico (Ibid.).

Bernardes e Guareschi (2010) afirmam que foi exatamente a experiência da interioridade e das relações do ser humano consigo mesmo, aquilo que possibilitou a passagem de uma concepção baseada na ciência natural, para uma visão centrada nas ciências humanas, entre elas a psicologia. Essas relações de uma nova ciência com a interioridade humana, por sua vez desenvolvida no contato direto da vida social, dentro de um contexto histórico, no qual o próprio ser humano é constituído, passaram a considerar como um descaminho científico os seres vivos serem concebidos apenas como espécimes da natureza.

Essa mudança na concepção do ser humano, deixando este de ser visto como um organismo biológico, a partir da mudança na maneira de explicar os fatos científicos, faz emergir por outro lado os eventos psicológicos humanos a partir de uma interioridade “não natural”, na qual podem ser incluídos pela nova ciência fenômenos como o adoecimento, este passando depois a ser interpretado não somente como um desequilíbrio orgânico, mas também como um desvio na estrutura interior do sujeito psicológico, distanciando-o de uma ciência da natureza e gerando por sua vez, uma aproximação da psicologia com o campo da saúde. (Ibid.).

A ciência psicológica integra-se ao campo da saúde no momento em que seu campo de compreensão, transposto das ciências físico-naturais, em que as leis da natureza explicavam o fenômeno humano, encontra-se com as relações que os humanos travam consigo mesmos e com os outros, escapando às leis da natureza. A compreensão do humano como tal – não apenas como um ser vivente – será construída pela relação entre o humano e a história que o constitui. Esse procedimento objetiva uma condição humana na própria natureza humana. A objetivação da condição humana pelas práticas psicológicas implica migrar dos espaços artificiais de laboratórios para o ambiente e para a história. (BERNARDES e GUARESCHI, 2010, p. 270).

Ibáñez (1989) considera o conhecimento como algo a ser construído na realidade social, esta por sua vez tendo origem na atividade dos seres humanos. Logo, qualquer atividade geradora de conhecimento carrega em si a dimensão histórica dos fenômenos sociais, os quais mudam de acordo com sua época ou momento histórico, o mesmo ocorrendo com o conhecimento gerado dentro da psicologia social, o qual possui caráter histórico e sofre mudança com o tempo.

Assim, não se pode dar conta de um determinado fenômeno social sem elucidar satisfatoriamente a sua constituição (argumento ontológico), nem tampouco o conhecimento que é possível produzir em certo período histórico pode ser independente da trama sócio-cultural que caracteriza esse período (argumento epistemológico). Para o autor, os níveis ontológico e epistemológico frequentemente se combinam na produção do conhecimento,

podendo revelar ao pesquisador uma dimensão ou responsabilidade política em que este já não mais poderá manter a crença na neutralidade científica.

É preciso então fazer uma análise crítica de todas as evidências que estruturam o entendimento da sociedade em torno da qual se organiza nosso funcionamento cotidiano como seres sociais. Nesse contexto, cabe ao psicólogo social recorrer à desconstrução sistemática, como método básico para produzir conhecimentos relevantes dentro de sua disciplina (Ibid.).

Ibáñez toma como pressuposto no fazer científico do psicólogo social o reconhecimento da perspectiva construcionista para dar conta do estudo da realidade social. Na adoção do construcionismo como ponto de vista epistemológico, deve haver uma preocupação do pesquisador em desnaturalizar os objetos, através de uma atitude em relação ao método sem qualquer atribuição de realidade ou verdade aos fenômenos cuja existência parece estar enraizada na linguagem científica corrente (Ibid.).

É importante notar que essa visão crítica, por ser filiada a uma opção construcionista, está longe de ser hegemônica dentro da disciplina como um todo. Nesses termos, segundo Spink (2004), a própria psicologia social tem sido um campo marcado por tendências em franca oposição teórica, uma das quais de estilo mais acadêmico, individualizante e cientificista, praticada no laboratório a partir dos pressupostos de regularidade, controle, repetição e hegemonia do método, com pouca ou nenhuma tradição na reflexão crítica ou filosófica, gerando resistência às inovações metodológicas na pesquisa em psicologia social, e representada principalmente pela psicologia social experimental de origem norte americana.

Em contrapartida, um movimento de reação ao individualismo e ao cientificismo iniciou-se na psicologia social já no final dos anos 50 do século XX, primeiro pela saída do laboratório e adoção da perspectiva de observação em ambiente natural, com a revalorização do estudo dos processos sociais e do conhecimento próprio do assim chamado senso comum, retomados em meados dos anos 60, num retorno às raízes “mais sociais” dessa disciplina, esquecidas desde os anos 30 após a saída de cena de alguns de seus fundadores principais tais como Kurt Lewin (Ibid.).

Após essa reviravolta ou “virada metodológica”, o próprio objeto da psicologia social sofreu modificações, surgindo principalmente a partir dos anos 70 e seguintes, vários autores que realizaram relevantes reflexões críticas acerca 1) da individualização e naturalização dos fenômenos psicológicos que perdia de vista as influências sócio-culturais das teorias e conceitos, e 2) a despolitização da disciplina, que assim perdia de vista a compreensão do seu papel original como parte do campo social do conhecimento, passando a colaborar com

legitimações de uma certa ordem social contrária às reflexões críticas e filosóficas, pouco afeita aos processos baseados nos contextos sociais humanos.

Essa segunda corrente teve como protagonistas os autores ligados à psicologia social sociológica nos anos 60; autores dos anos 70 que serviram de base para psicologia social crítica, depois retomada pelos teóricos chamados pós-modernos; psicologia social sócio-histórica e comunitária nos anos 80; e psicologia social construcionista nos anos 90 do século XX e seguintes (Ibid.).

Essas opções teóricas dentro da psicologia social têm sido comumente reunidas no termo “psicologia crítica”, o qual pode expressar diferentes usos e significados, atribuídos a escolas distintas como psicologia política, psicologia discursiva, psicologia feminista, e psicologia social da saúde (SPINK e SPINK, 2011).

A denominação psicologia crítica diz respeito muito mais a uma ampla frente de luta, uma união de práticas e argumentações diversas na psicologia social, do que propriamente a uma escola ou um movimento articulado, e a postura crítica se torna então a característica mais marcante da disciplina na atualidade, mobilizando um olhar alternativo da psicologia social sobre si mesma. (Ibid.).

Assim, a psicologia social crítica pode reiterar o caráter histórico das práticas sociais, e assegurar um compromisso com a mudança social para uma sociedade com mais equidade e menos desigualdade, assumir posturas transdisciplinares ou holísticas, posicionamentos construcionistas, ou argumentar contra o movimento positivista na ciência, apontando a dimensão política dos métodos científicos e propondo aspectos éticos às práticas profissionais. Portanto,

De caráter eminentemente libertário, a crítica se expressa de quatro maneiras distintas: a crítica das bases epistemológicas do conhecimento, recolocando a ciência como prática social sujeita às vicissitudes dos fazeres humanos; a preocupação com a centralidade da linguagem na produção dos conhecimentos (na ciência e no cotidiano de nossa vida); a radicalização do potencial transformador da ciência, abandonado a visão ingênua de ciência descolada de valores; o rompimento com o paradigma positivista de pesquisa com a conseqüente valorização de uma variedade de métodos anteriormente desqualificados como vertentes qualitativas e menos nobres (SPINK & SPINK, 2011, p. 577).

Uma das áreas citadas dentro do escopo da psicologia social crítica é a psicologia social da saúde, por vezes também denominada psicologia social da saúde crítica. Mas para esclarecer como a psicologia social se ocupou das questões relativas à saúde, até conseguir chegar à especificação “social” e “crítica”, é necessário lembrar a complexidade e a

diversidade da própria psicologia, a qual irá transitar pelos mais diferentes campos do conhecimento, e entre eles, a saúde.

Roso (2007) observa que durante muitos anos, tudo o que dizia respeito à questão da saúde era discutido dentro do *corpus* maior da psicologia. Não existia, portanto, uma abordagem ou sub-área se ocupando especificamente das discussões sobre a saúde humana. Mais ou menos nos anos 70 do século XX ocorreu o surgimento da subárea da psicologia denominada psicologia da saúde, a qual consistiu, de certa maneira, em um esforço para modificar ou melhorar a compreensão e a prática da psicologia nesse campo de intervenção.

Segundo a autora, por ter se apoiado desde o seu surgimento predominantemente em uma visão baseada no modo individualista-liberal, a psicologia da saúde esteve quase sempre longe de responder a grande parte dos problemas da área da saúde, ainda que a sua importância e conquistas precisem ser reconhecidas, assim como também deve ser questionada a sua hegemonia, pois esse modelo tem se mostrado incompatível com mudanças mais radicais nas estruturas sociais, não chegando a abalar as estruturas históricas que reforçam e promovem os processos de exclusão e institucionalização nas práticas de saúde (Ibid.).

Embora seja uma área já bem estabelecida na maioria dos países, e haja certa concordância na sua definição em termos conceituais, a psicologia da saúde ao mesmo tempo ainda é questionada por alguns autores, seja por seu aspecto individualizante, seja na sua pretensa visão voltada aos aspectos mais sociais da saúde, os quais terminam por ser considerados como insuficientes, gerando outras elaborações com tentativas de abordagem mais crítica.

Para Castro e Bornholdt (2004) a psicologia da saúde surgiu nos anos 70 a partir da Associação Americana de Psicologia (APA), e nessa vertente tem como objetivo a compreensão da influência dos fatores biológicos, comportamentais e sociais envolvidos no processo da saúde e da doença, e busca a integração da informação biomédica com o conhecimento psicológico, através da pesquisa e divulgação dessa área de estudos, assim como atuando em ambientes médicos, junto a diferentes profissionais, realizando a intervenção clínica.

Segundo os autores, essa área difundiu-se no mundo inteiro a partir dos anos 80 do século XX, alcançando a consolidação definitiva na década passada do século XXI. Para ilustrar, apresentam também uma definição complementar dada em 2003 pelo Colégio Oficial de Psicólogos da Espanha, o qual:

conceitua a Psicologia da Saúde como a disciplina ou o campo de especialização da Psicologia que aplica seus princípios, técnicas e conhecimentos científicos para avaliar, diagnosticar, tratar, modificar e prevenir os problemas físicos, mentais ou qualquer outro relevante para os processos de saúde e doença. Esse trabalho pode ser realizado em distintos e variados contextos, como: hospitais, centros de saúde comunitários, organizações não-governamentais e nas próprias casas dos indivíduos. A Psicologia da Saúde também poderia ser compreendida como a aplicação da Psicologia Clínica no âmbito médico. (CASTRO e BORNHOLDT, 2004, p. 49).

Essa definição de psicologia da saúde assemelha-se a outras como a elaborada por Matarazzo¹ (1980, apud CARVALHO, 2013; MORAIS e KOLLER, 2009; GIOIA-MARTINS, 2008; e BUCHER, 2003), assim como outros autores, os quais citam, no entanto, outros aspectos complementares. Moraes e Koller (2009) fizeram referência a contribuições educacionais, científicas e profissionais dos psicólogos, afirmando a diferenciação com a psicologia clínica, pela ênfase nos aspectos físicos e utilização dos modelos empregados na saúde mental. Acrescentaram por fim que os esforços maiores devem ser concentrados justamente na consolidação da psicologia na área da saúde, e do psicólogo como profissional indispensável nas equipes multiprofissionais, seja nos hospitais ou nas unidades básicas de saúde.

Para Gioia-Martins (2008) a psicologia da saúde incluiu com o tempo em seus pressupostos os fenômenos coletivos e as multideterminações históricas do indivíduo, grupos sociais, ambiente, crenças e valores morais e religiosos. Outra observação é a contribuição para avaliar e aperfeiçoar a formulação de políticas e serviços de saúde a todas as pessoas. São postos enquanto desafios para essa área aumentar o tempo de vida saudável do ser humano, reduzir diferenças de saúde entre grupos étnicos e socioeconômicos, aumentar o acesso a serviços de prevenção e acelerar pesquisas para evitar doenças e promover saúde.

Para Carvalho (2013), a psicologia da saúde tradicional se desenvolveu em duas grandes tendências, no que diz respeito à metodologia utilizada: 1) uma corrente experimental, a qual manipulava as condições de pesquisa através das variáveis dependentes e analisava os dados por diversos tratamentos estatísticos. 2) uma outra corrente, a das diferenças individuais, que não interferia diretamente no campo de estudo, mas também utilizava a análise estatística, buscando padrões de correlação, covariação ou dependência entre variáveis.

¹ Reconhecido como o primeiro a conceituar a psicologia da saúde, Matarazzo (1980, apud CARVALHO, 2013, p. 353) propôs a seguinte definição: “Psicologia da saúde é um agregado das específicas contribuições educacionais, científicas e profissionais da disciplina da Psicologia à promoção e manutenção da saúde, à prevenção e ao tratamento das doenças e à identificação dos correlatos etiológicos e diagnósticos da saúde, da doença e das disfunções relacionadas”.

Essa concepção de psicologia da saúde incorporou na década de 90 do século XX alguns preceitos do chamado modelo biopsicossocial, originado da psiquiatria de Engel, o qual propôs uma concepção mais aberta às correntes psicodinâmicas, e também certas pluralidades metodológicas, acolhendo ao mesmo tempo estratégias quantitativas e qualitativas de investigação. Este segundo padrão de investigação difundiu-se internacionalmente, criando uma tradição de pesquisa quantitativa e comportamental que se tornou hegemônica por algum tempo. Porém, esta psicologia da saúde tradicional, interessada em pesquisar características individuais invariáveis e generalizáveis sem se preocupar com o contexto, teve o seu reinado metodológico questionado ainda na década de 90, a partir de um emergente e intenso debate sobre pesquisa qualitativa em psicologia. (Ibid.).

Surgiu então no final da década de 90, a pesquisa qualitativa em psicologia da saúde, e alguns dos principais periódicos da área aos poucos passaram a publicar pesquisas qualitativas. Elas passaram a focalizar de uma nova maneira, no contexto da saúde, as situações de vida do sujeito, em suas relações concretas na experiência cotidiana, e a linguagem passou a ser adotada como meio privilegiado de acesso à experiência humana. Ainda no final da década de 90 do século passado, alguns teóricos afirmavam, entretanto, que o uso dos métodos qualitativos, sem uma reflexão crítica dos fundamentos epistemológicos e teóricos da psicologia, podia conduzir a resultados mais pobres e reducionistas daqueles já vistos nas abordagens quantitativas. (Ibid.).

Uma nova orientação surgiu, então, por parte de alguns autores ainda identificados com a abordagem qualitativa, mas que defendiam a necessidade de uma crítica mais radical à psicologia da saúde vigente. Nasceu assim a psicologia da saúde crítica, marcada pela heterogeneidade de suas propostas de análise, tais como as relações de poder dominantes na saúde e na sociedade, os aspectos culturais e históricos de construção das práticas psicológicas, as formas de controle e regulação da vida diária pelas práticas profissionais, e a investigação cotidiana dos processos de trabalho como resistência a práticas disciplinares contemporâneas. (Ibid.).

A Psicologia da saúde crítica é um movimento que se institucionaliza a partir do final da década de 90 do século passado, principalmente nos países de tradição anglo-saxônica. Surge como uma alternativa a uma Psicologia da saúde estruturada em torno de um suposto *modelo* biopsicossocial, inicialmente preocupado com o desenvolvimento de metodologias qualitativas de pesquisa. Perspectiva em franco desenvolvimento, a Psicologia da saúde crítica compreende o psicólogo como agente social e enfatiza a dimensão ético-política do trabalho em Psicologia da saúde, seja no âmbito da pesquisa, seja no âmbito da prática profissional. (CARVALHO, 2013, p. 363).

Assim, este autor ressalta uma tendência internacional em transformar as práticas psicológicas e o universo das pesquisas em saúde através da concepção emancipatória do conhecimento, o qual através da reflexão crítica pode influenciar em mudanças nas condições sociais, políticas e culturais, assim como nas forças estruturais, históricas, disciplinares e governamentais que distorcem ou constroem a prática profissional e exercem as relações de poder sobre os sujeitos na contemporaneidade. (Ibid.).

Em sua relação direta com o mundo que a circunda, a psicologia da saúde crítica se diferencia por transformar ações técnicas de cuidado e questões de investigação sobre a saúde e a doença em questões morais e éticas, em um processo que deve ocorrer em dois níveis: 1) escutar, analisar e relatar de um modo ético e respeitoso as vozes das pessoas ao descreverem suas experiências com a saúde e a doença. 2) identificar estruturas de poder implícitas e explícitas configuradas nas experiências e discursos dos usuários do sistema de saúde. (Ibid.).

Conforme veremos mais adiante, este modelo de psicologia crítica ao qual se chegou na psicologia da saúde internacional após um certo percurso dessa disciplina psicológica, tem pressupostos muito próximos, em vários aspectos, daqueles adotados no Brasil pela psicologia social, quando esta passou a se interessar pelo campo da saúde no mesmo período da década de 90 do século XX, quando houve toda uma efervescência em torno das práticas psicológicas em saúde. Na abordagem da psicologia social acerca desse campo, assim como vimos ocorrer dentro da psicologia da saúde, pouco a pouco se foi migrando da tradição de estudos dos fatores individuais, para os aspectos mais históricos e coletivos, levando a modificações na esfera da atuação profissional, na forma de pesquisar, nas reflexões teóricas e nas concepções epistêmicas, até se chegar à psicologia social da saúde com acepções mais críticas.

Bucher (2003) ressalta que nas definições de psicologia da saúde vistas desde o seu início nos anos 70 / 80 do século XX, levando em conta todas as mudanças posteriores, o papel do psicólogo ficou bastante amplo, exigindo um conhecimento multidisciplinar complexo. Por tal motivo, os psicólogos da saúde ainda procuram elaborar um referencial e um conceito próprio quanto à saúde. Os modelos da saúde mental e da psicologia clínica não seriam os mais indicados para a intervenção eficiente do psicólogo na saúde, concentrando o seu foco nos aspectos físicos da saúde e da doença, em detrimento dos fatores sociais e coletivos.

Porém, a autora observa no Brasil os psicólogos da saúde procurando desenvolver um conjunto de pesquisas científicas, e buscado atuar na promoção, prevenção, proteção e tratamento das doenças, embasados por estratégias e técnicas adequadas a essa área de

atuação, desenvolvidas em hospitais e clínicas, e um pouco menos em postos de saúde, comunidades, ONG's e políticas públicas como o programa de saúde da família.

Sebastiani (2003) discorda desse posicionamento afirmando as particularidades brasileiras e latino-americanas da psicologia da saúde, distintas dos países desenvolvidos. No Brasil e vizinhos latinos, houve um rápido crescimento de psicólogos da saúde, mas uma limitada formação profissional e em pós-graduação, com insuficiente incorporação dos psicólogos aos sistemas de saúde, na maior parte dos países da América do Sul.

Haveria então nesse período, para este autor, uma maior participação dos psicólogos na atenção básica, em atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, mais do que a prática do diagnóstico e tratamento em hospitais e clínicas. Por outro lado, eram também incipientes as pesquisas de psicólogos com metodologias de rápida implantação na prática assistencial, existindo ainda na psicologia poucas soluções mais abrangentes ou aplicações mais gerais aos problemas de saúde da população. (Ibid.).

Teixeira e Carreiro (2012) fizeram uma revisão bibliográfica sobre pesquisas em psicologia da saúde nos periódicos brasileiros indexados, e identificaram 89 artigos publicados em revistas científicas entre 1998 e 2009, com relatos de estudos na área da saúde, sendo 44 descritos como psicologia da saúde e 45 como psicologia hospitalar. A maioria desses estudos focou o tratamento quando as doenças já se encontravam instaladas, e boa parte dessas pesquisas foi realizada principalmente em hospitais e unidades básicas.

Os autores ressaltaram a importância da produção científica no campo denominado psicologia da saúde, tomando como positivo o número elevado de publicações de pesquisas em publicações brasileiras. No entanto, não havia uma avaliação mais detalhada sobre os tipos de metodologias de pesquisa e análises teóricas utilizadas nesses trabalhos, já que se tratou de uma descrição, somente. Mesmo assim, se pôde visualizar claramente a polarização entre psicologia da saúde e hospitalar, no cenário da pesquisa sobre práticas psicológicas no Brasil.

Alguns dos temas relatados nas pesquisas mapeadas pela revisão diziam respeito a: pacientes internados em enfermarias de hospitais públicos; trabalhos realizados em equipes de transplante e doação de órgãos; atuação com outros profissionais de saúde em UTI hospitalar; intervenções em pacientes diante de procedimentos médicos; acompanhamento clínico de pacientes obesos e seus familiares; prevenção de problemas de comportamento em crianças com doenças crônicas; trabalhos com mulheres vítimas de violência, entre outros (Ibid.).

Não há discussão dos autores sobre a subdivisão encontrada entre as pesquisas em hospitais e em outros serviços de saúde, porque nesse levantamento se partiu do princípio que todas as investigações pertenciam ao âmbito da psicologia da saúde. Também não há menção

a pesquisas feitas em forma de entrevistas com usuários, e nem a psicologia social foi citada como abordagem teórica utilizada.

O papel mais importante da Psicologia da saúde que se reflete nesses estudos é a contribuição da área para mostrar como processos emocionais, comportamentais e sociais influenciam no processo saúde-doença. Diferentes abordagens teóricas embasam os estudos, como a psicanálise, a análise aplicada do comportamento, a teoria junguiana, a fenomenologia e a filosofia da saúde. (TEIXEIRA e CARREIRO, 2012, p. 223).

Para Castro e Bornholdt (2004), no Brasil a psicologia da saúde possui uma particularidade não vista em outros países, pois enfrenta certa resistência em função de não ser considerada uma especialidade da psicologia em geral, e ao mesmo tempo se observa o campo da *psicologia hospitalar* com uma inserção específica nas instituições de saúde, figurando como uma especialidade reconhecida pelo Conselho Federal de Psicologia brasileiro.

Os autores ressaltam que a denominação psicologia da saúde é adotada praticamente no mundo inteiro, absorvendo a atividade nos hospitais como parte de sua especialidade, e tal ocorre, por exemplo, também em países da América latina. Porém, talvez em função da tradição da saúde brasileira em considerar os hospitais por muitas décadas como o símbolo máximo do atendimento em saúde, o trabalho da psicologia no campo da saúde entre nós é denominado psicologia hospitalar, e não psicologia da saúde. (Ibid.).

Para Kind (2010) a psicologia hospitalar pode ser denominada como uma psicoespecialidade, tendo no Brasil configuração interessante. Com o termo “hospitalar” agregado como sufixo à psicologia, modificou o campo das práticas psicológicas, inicialmente sendo considerada uma expansão da psicologia clínica, para depois instaurar um “campo emergente” da psicologia na sua interface com a saúde, provocando polêmicas quanto ao seu status de especialidade do campo “psi” nos hospitais.

Muitos autores irão sustentar, portanto, que a psicologia hospitalar não deveria se caracterizar como uma especialidade, passando a ser mais bem descrita como o exercício profissional da psicologia em instituições hospitalares. Não obstante, na prática da psicologia hospitalar, é comum a aderência dos profissionais a especialidades médicas, agregando-lhes o prefixo “psico”. Surgem assim as subespecialidades psicológicas, tributárias dos campos especializados consagrados pela medicina: psico-oncologia, psiconefrologia, psiconeurologia entre outros tantos. (Ibid.).

Em relação ao campo de pesquisa na área da psicologia hospitalar, nos mais variados trabalhos de publicação em livros e artigos sobre os princípios da psicologia hospitalar vistos

nos últimos anos, destacam-se três tipos principais. 1) Pesquisas feitas a partir da prática clínica em vários contextos ou especialidades médicas; de assistência direta aos mais diversos tipos de pacientes; ou na realização de procedimentos em setores e / ou enfermarias específicas (CHIATTONE, 2000; SIMONETTI, 2004; SEBASTIANI e MAIA, 2005; FRANQUES e ARENALIS-LOLI, 2006). 2) A busca da integração entre o desenvolvimento de pesquisas, atividades de extensão e ensino; a construção de novas formas de atendimento dentro e fora do hospital, tais como o home care (atendimento domiciliar), as linhas de cuidado a grupos específicos, ou a assistência à comunidade, entre outros; e a formulação de programas de prevenção e qualidade de vida (ANGERAMI-CAMON, 2002; BAPTISTA e DIAS, 2003; ISMAEL, 2005; POLI et al., 2006). 3) Verificações da inserção, da prática e / ou atuação do psicólogo hospitalar no contexto dessas instituições; e ainda junto às equipes de saúde hospitalares (YAMAMOTO, 2002; MARCON, LUNA e LISBOA, 2004; SÁ et al., 2005; BORGES e SOUSA, 2007; FRANCISCO et al., 2009).

Nos três tipos de estudos encontrados na área da psicologia hospitalar, a maioria trata de questões acerca da própria atuação dos profissionais nas suas relações com a instituição hospitalar, e ao serem abordados os usuários através de entrevistas, por exemplo, foram considerados em seus discursos através dos fatores ligados à internação, à doença e à prática psicológica no próprio hospital, durante o período em que lá estiveram hospitalizados. Não foi encontrado nenhum estudo, artigo, tese ou dissertação nessa área específica discutindo as interfaces no discurso do usuário do SUS dentro da experiência de atendimento em um hospital público, complementada pelo relato do cuidado obtido, antes e depois da alta hospitalar, nas demais unidades da rede de serviços, na perspectiva do sentido dado pelo sujeito no aspecto subjetivo e coletivo, tal como é a proposta relatada ao longo desta pesquisa.

Romano (1987, 1999 e 2008) destaca especificidades no trabalho do psicólogo no hospital, considerado como diferente da atividade clínica tradicional. Afirma como uma das áreas foco principais da psicologia hospitalar, a prática profissional e as atividades desenvolvidas pelos psicólogos relacionadas ao ambiente hospitalar, e propõe três modos de atuação em geral nos hospitais: 1) assistência ao paciente; 2) pesquisa-extensão; e 3) ensino. Essas áreas amplas, por sua vez, podem ser exercidas em três níveis essenciais: a) pedagógico ou educativo; b) preventivo; e c) psicoterapêutico.

Para esta autora, as atividades possíveis ao psicólogo hospitalar seriam: atenção ao paciente e família; condução de grupos terapêuticos, de apoio e de orientação; atendimentos domiciliares; execução de programas de prevenção e extensão; inserção em equipe multidisciplinar; orientação das equipes de saúde sobre o paciente; formação e orientação de

alunos; supervisão de estágios; realização de estudos e pesquisas, entre outras. Por avaliar a prática psicológica em hospitais como diferenciada daquela vista nos outros serviços de assistência à saúde, a autora confirma a psicologia hospitalar como tendo um lócus específico, diferente daquele adotado na área da psicologia da saúde (Ibid.).

Refletindo sobre a prática psicológica e a reflexão crítica na psicologia da saúde, Carvalho (2013) conclui que a prática da psicologia da saúde deve ser necessariamente uma prática reflexiva e crítica. A reflexão realizada no momento da prática pode vir a contribuir para uma prática tecnicamente mais qualificada. Contudo, a reflexão crítica sobre a prática profissional envolve fundamentalmente a compreensão sobre as questões acerca das relações de poder, das condições políticas e dos fundamentos éticos das práticas psicológicas.

A reflexão crítica deve reconhecer a característica contextual de todo conhecimento e de toda prática. Na Psicologia da saúde, a reflexão pode ser um instrumento utilizado para modificar o modelo técnico de pesquisador-cientista em outro no qual poderá emergir um psicólogo da saúde enquanto portador de uma ação social reflexiva, crítica e engajada. Tal pode ocorrer pelos vários níveis institucionais do campo da saúde. Certos autores têm mencionado o contexto hospitalar como nova possibilidade para ampliação das pesquisas e reflexões teóricas acerca da prática da psicologia da saúde crítica em instituições. (Ibid.).

Ao mesmo tempo, os hospitais se mostram como espaço problemático para a pesquisa e o trabalho profissional, em função das forças desiguais nas relações de poder existentes nesses ambientes, tornando complexa a tarefa de promover algum tipo de empoderamento e autodeterminação nos usuários. Em função dessas questões institucionais, há necessidade de traduzir a intervenção psicológica e das demais profissões como defesa / promoção de direitos, enquanto prática fundamental para atuação transformadora no contexto hospitalar. (Ibid.).

Entretanto, na maioria das pesquisas sobre a atuação do psicólogo no contexto hospitalar, o quadro vislumbrado é bem diferente: escassez de pesquisas socializadoras, predomínio do modelo clínico, ênfase no atendimento individual. Um dos grandes desafios atuais na área da psicologia da saúde crítica é de proporcionar um modelo de formação ao psicólogo da saúde no contexto hospitalar fundamentado em um modelo de atenção integral à saúde. Para o autor, a psicologia da saúde crítica é capaz de oferecer esse modelo. (Ibid.).

Por fim, esta abordagem também daria conta de gerar um conhecimento acerca das práticas psicológicas, políticas e coletivas dentro dessas instituições, no qual a reflexão crítica alcançasse tanto a ética das intervenções multiprofissionais no campo da saúde, quanto pudesse incluir a voz dos usuários, silenciada pelas relações de poder existentes nesses

espaços, as quais reproduzem em última análise as configurações sociais, históricas e políticas vigentes no modo de vida atual.

No contexto hospitalar, a Psicologia da saúde crítica enfatiza a necessidade de, tanto no âmbito da pesquisa como no da intervenção, ouvir e relatar as vozes dos usuários dos serviços hospitalares a partir de uma perspectiva ética de respeito e de solidariedade. No âmbito político, necessário se faz identificar as estruturas de poder implícitas e explícitas das instituições hospitalares que enformam as experiências dos pacientes. (CARVALHO, 2013, p. 363).

Segundo Angerami-Camon (2009), já há algum tempo os profissionais têm buscado expandir os limites de atuação da psicologia em geral, e um dos caminhos trilhados foi buscar compreender o ser humano em seus aspectos histórico-sociais, sendo que essa nova abrangência exigiu revisão, ampliação e até modificação de certas concepções e conceitos teóricos, e a questão da historicidade do sujeito trouxe também a necessidade de mudanças na formação e nas práticas psicológicas, para atender às exigências sociais da atualidade.

A psicologia da saúde foi uma dessas áreas da psicologia em que a prática foi expandida, mesmo sem haver ainda uma delimitação formal de seus modos de concepção e atuação dentro da realidade social ligada à saúde-doença. Na realidade contemporânea, diversas áreas do conhecimento e todas as categorias profissionais da saúde devem ser consideradas quando da construção pelos psicólogos da saúde, de novos modelos de investigação e metodologias de pesquisa, ou no aprimoramento de estratégias de intervenção e modos de atuação em saúde (Ibid.).

Para que tal ocorra, o autor argumenta que a ocorrência de um evento psicológico deve ser ao mesmo tempo a ocorrência de um evento social, econômico, familiar, histórico, e quantas outras atribuições se quiser articular à análise das condições de vida e saúde de um indivíduo. Pois o ser humano será sempre muito mais do que simplesmente alguém acometido por uma doença, mas um agente de suas condições vitais, um sujeito portador de uma história singular, trabalhando pela reconstrução de sua saúde, e também buscando preservar a sua realidade social, familiar e até mesmo econômica. A psicologia da saúde, então, pode e deve ser uma psicologia a mergulhar pelos mais diferentes caminhos, a procurar novos delineamentos nas práticas em saúde e na sistematização do conhecimento. E ainda,

Uma psicologia ao mesmo tempo clínica, social, hospitalar e institucional e que, por isso, tenha uma visão mais ampla dos conceitos de saúde. Uma psicologia que possa entender o homem contemporâneo sem descaracterizá-lo em digressões teóricas desprovidas de contexto ou mesmo de compreensão própria e única. E talvez, o próprio fato de caracterizar-se uma psicologia com o aspecto tão grande de abrangência seja o ponto de convergência para que sua inserção na realidade contemporânea da saúde seja premência inadiável. (Angerami-Camon, 2009, p. 11).

No entanto, a atuação na área da psicologia da saúde foi questionada por Rozo (2007), mesmo reconhecendo o esforço de renovação e o crescimento mundial dessa especialidade como uma das principais na psicologia desde os anos 80 do século XX, e sua importância no Brasil e América latina. Porém, o reconhecimento da prática dos psicólogos no campo da saúde, para esta autora, vem também acompanhado de muitas críticas, as quais apontam a continuidade da hegemonia de modelos individuais de modificação de comportamentos para a prevenção de doenças, por exemplo.

O modelo vigente, portanto, continua seguindo na contramão de uma intervenção emancipadora, comunitária, solidária, voltada ao coletivo, ao social. Na psicologia, permanece na atualidade a predominância de uma concepção de saúde baseada na doença (pessimista), com o objetivo de mudar comportamento / atitude (limitada), desvinculada do social (individualizante) e que atende as pessoas de maneira diferenciada (discriminatória). Como consequência, infelizmente, a psicologia da saúde ainda não deu conta de produzir mudanças significativas na área da saúde, pois a primazia continua focada na produção, e não na postura ética e na prioridade aos melhores valores humanos (Ibid.).

Traverso-Yépez (2001) adverte que as mudanças de posturas e posicionamentos dos profissionais na saúde, incluindo o psicólogo, deveriam passar pela reflexão crítica em relação ao modelo biomédico, em direção ao enfoque interdisciplinar nas práticas em saúde, reconhecendo que o problema também está no trabalho em equipe fragmentado e restrito ao discurso ou ao papel, e ainda na forma de pensar e agir dos profissionais como “donos da verdade”, atribuindo a responsabilidade pela doença dos indivíduos aos estilos de vida vistos como inadequados, por exemplo, ou aos chamados aspectos mórbidos da personalidade.

Essa forma de agir dos profissionais vem reforçando a visão individualista e fragmentada dos fatos sociais dentro da área da saúde. Logo, as mudanças devem se iniciar também nos espaços de formação profissional. O trabalho do profissional de saúde deveria passar a ser necessariamente mais humilde, baseado na escuta e no diálogo. E no caso da psicologia, seria necessário definir uma formação profissional com um perfil específico para a saúde, indo além do campo da saúde “mental” e da prática clínica individual, partindo da visão holística de saúde e do processo saúde-doença numa perspectiva interdisciplinar (Ibid.).

Discorrendo sobre as múltiplas relações que se têm estabelecido entre os campos da psicologia e da saúde, Kind (2010) listou os tipos de abordagens adotadas pela psicologia na sua interface com a área da saúde, as quais teriam gerado entre os profissionais estratégias discursivas em defesa de novos especialismos “psi”.

Para a autora, na intersecção entre a psicologia e a saúde aparecem campos ou subcampos tais como *psicossomática* e *psicologia médica* (originadas da medicina e da psicanálise para tratar das relações entre corpo-mente e médico-paciente), *psicologia da saúde* e *psicologia hospitalar* (que tratam da psicologia na sua intervenção quanto ao campo da saúde humana) *psicologia social da saúde* (a qual adota uma postura mais crítica dos aspectos sociais, históricos e políticos ligados à vida e à saúde) e *saúde mental* (campo forte de adesão da psicologia, caracterizado por tensões entre a clínica e a política nas suas relações com a reforma psiquiátrica). (Ibid.).

Santos e Jacó-Vilela (2009) realizaram uma pesquisa sob a perspectiva da psicologia da saúde e da psicologia social da saúde em uma instituição hospitalar, para verificar a atuação dos psicólogos da saúde e os modelos teóricos e técnicos pelo qual eles pensavam a sua prática, descrevendo o hospital como um dos locais de atuação do psicólogo na saúde, ao lado dos postos de saúde, CAPS e programa de saúde da família, por exemplo. Para as autoras, esse cenário de expansão das práticas psicológicas na saúde vem ocorrendo a partir dos anos 70 do século XX, quando a psicologia migrou dos consultórios privados para diversos campos de trabalho tais como a saúde pública, com entrada gradativa nos serviços de atenção primária e hospitalar, e intensificação maior nos anos 80 / 90 e seguintes, quando a inserção dos psicólogos abrangeu além do setor público, também o segmento privado.

Para as autoras, no entanto, o crescimento quantitativo dos profissionais trabalhando nos ambientes hospitalares não foi acompanhado de um incremento das pesquisas nessas instituições, nem na formação adequada nos cursos de psicologia para o trabalho no hospital. A pesquisa feita com profissionais de um hospital público visou então identificar as referências técnicas e teóricas por eles utilizadas para a construção de uma prática, apontando as perspectivas que auxiliam os psicólogos a construir suas estratégias de atuação nesse espaço. Apareceram referências às abordagens *psicologia hospitalar*, *psicologia médica*, *saúde mental* e *psicologia da saúde*, levando a crer que essas são as quatro estratégias mais utilizadas no embasamento da prática assistencial em hospitais.

Nosso interesse é buscar compreender essas diferentes construções, como culturas que perpassam as maneiras como os psicólogos compreendem, elaboram e lidam com a rede dinâmica que envolve o palco da saúde em nosso país. Defendemos a hipótese de que se apresentar como psicólogo hospitalar ou como profissional de saúde mental, por exemplo, delimita não apenas um conjunto particular de referências teóricas e formas de atuação, mas fornece visibilidades muito específicas, permitindo uma determinada forma de circulação dentro do hospital e da comunidade de psicólogos e demais profissionais de saúde. (SANTOS e JACÓ-VILELA, 2009, p. 192)

As autoras propõem a pesquisa por elas desenvolvida como uma intersecção entre a psicologia da saúde e a psicologia social da saúde, na tentativa de buscar instrumentalizar a prática psicológica dentro das instituições de saúde, visto que aparecem significados variados na investigação na área da saúde em hospitais gerais, parecendo simbolizar uma infinidade de práticas e concepções existentes, as quais perpassam também diferentes pontos de vista sobre individualidade, subjetividade, doença, saúde, cultura e sociedade, por vezes apontando os referenciais ou modelos de atuação psicológica ainda cercados de significativa indefinição, carecendo de maior delimitação teórica e prática.

Ser psicólogo da saúde, antes de mais nada, significa ser psicólogo e ocupar um lugar de atuação marcado basicamente pela diversidade – de histórias, temáticas, práticas, concepções, abordagens e instituições em que essas práticas ocorrem. Parece-nos, pois, bastante pertinente analisar as configurações que têm marcado sua delimitação. Além disso, adotar a lente da Psicologia Social da saúde para pensar nesse tema é mais uma razão para refletir sobre as demandas construídas na interface entre especialistas e comunidade usuária. (SANTOS e JACÓ-VILELA, 2009, p. 196).

Por sua vez, Kind (2010) argumenta que nem sempre esses subcampos da psicologia da saúde revelam saberes ou práticas inovadoras, ao reivindicar eventualmente para si certa originalidade científica. Entre os efeitos dessa delimitação da psicologia em campos distintos, às vezes encontra-se na interface entre psicologia e saúde a produção de uma polarização no debate entre atuação clínica e militância política, práticas individuais e mudanças sociais, teoria / pesquisa e prática / intervenção, ações disciplinares e interdisciplinares. Os contrastes são às vezes inconciliáveis e quase sempre difíceis de administrar nas discussões entre diferentes abordagens quanto aos conceitos, concepções teóricas, posicionamentos políticos e formas de intervenção nas práticas psicológicas.

Tais oposições ocorrem muitas vezes em função da desconexão entre formação e campos de trabalho já instituídos, pela identificação maior com algum subcampo da psicologia em particular, ou simplesmente pela necessidade de sobrevivência institucional. Enquanto dois campos que possuem as suas particularidades, a psicologia e a saúde devem ser distintamente pensadas, a partir das suas trajetórias de produção de práticas e conhecimentos ora conectados, ora desvinculados. As aproximações necessárias entre ambas caminham sob a perspectiva da construção permanente de pontos de contato, de espaços de interseção. (Ibid.).

É necessário evitar possíveis reducionismos teóricos e metodológicos em função das diferenças existentes, e desafiar os profissionais a compartilhar as tensões e oposições pontuais, construindo dispositivos de diálogo recíproco, a fim de empreender uma reflexão

permanente entre os subcampos diversos, e sobre o que se pode produzir de novo nesses encontros e estranhamentos entre a psicologia e a saúde.

Cabe ressaltar que a psicologia não se reduz às discussões de saúde, não pode fazê-lo pelo próprio compromisso histórico que tem de inserção em outros campos de atuação e em outros modos de produção de conhecimento. Entretanto, em sua aproximação com a saúde, deve delinear suas contribuições. (KIND, 2010, p 115).

Daneluci (2013) também faz questionamentos em relação à psicologia necessitar recorrer a especialidades cada vez mais fragmentadas para ocupar os seus lugares na atualidade, gerando dificuldades em se estabelecer uma identidade profissional sem recorrer a esta ou àquela nomeação de especialista (a psicologia da saúde é um dos exemplos possíveis).

A autora então definiria o psicólogo enquanto profissional de saúde, passando a focalizar as similaridades da psicologia com todas as demais profissões da saúde, e não apenas às diferenças existentes, pois todas atuam no mesmo campo e sob a mesma política pública. No entanto, devido à fragmentação existente na psicologia, talvez o desafio seja exercer e estabelecer a singularidade da profissão de psicólogo em uma área como a da saúde, em conjunto às atribuições gerais de todos os profissionais.

Ou seja, o psicólogo não é ainda, ou não se vê na prática, como um profissional de saúde, em função de todas as áreas existentes como especialidades na psicologia. O profissional não *é* da saúde, ele *está* inserido na saúde. Esse discurso precisaria ser superado, pois enquanto se falar de *inserção* na saúde, não teremos encontrado um lugar como profissionais de saúde, e esse campo vai continuar existindo sem a psicologia.

Nosso entendimento é de que sendo o conceito e o campo da Saúde, interdisciplinar, podemos pensar a Psicologia como uma das ciências presentes / integrantes nesse conceito / campo, não havendo mais necessidade de se falar sobre Psicologia na ou da Saúde, uma vez que a relação entre ambas não a excluem e nem a colocam em posições estanques ou complementares. Ou seja, não haveria uma Psicologia sem uma concepção embasada de Saúde e vice-versa, remetendo desta forma a existência de uma a outra. (DANELUCI, 2013, p. 22).

Na discussão feita por Santos e Jacó-Vilela (2009) foi apresentado justamente esse cenário da psicologia como ciência em permanente processo de construir-se e reconfigurar-se, e também como uma disciplina híbrida, com origem a partir de saberes diversos em sua importância e contemporaneidade (sociologia, filosofia, história, biologia, medicina, psicanálise, etc.). Por essa configuração, consideram a psicologia social como uma das áreas autenticamente fundamentadoras da própria psicologia, e uma das grandes responsáveis por fazer surgir o que chamaram de outras subdisciplinas psicológicas, como por exemplo, a

psicologia da saúde, área capaz de provocar reflexões e debates recentes na psicologia brasileira.

As autoras sugeriram a adoção da lente da psicologia social da saúde para pensar o tema saúde e realizar a reflexão sobre as demandas construídas na interface entre profissionais e usuários, pois na atualidade o lugar de atuação do psicólogo da saúde será marcado necessariamente pela diversidade, sendo muito pertinente analisar as configurações que têm caracterizado a delimitação e diversidade das histórias, temas, concepções, abordagens, métodos e instituições em que essas práticas ocorrem.

Não há na Psicologia uma coesão de idéias e práticas que gere uma perspectiva de ação na área da Saúde de forma coerente, o que por um lado evita seu fortalecimento, mas por outro, gera a possibilidade de uma variedade enorme de atuações e estilos. A própria diversidade de perspectivas e de nomenclaturas para descrever a prática profissional do psicólogo na área da Saúde gera um terreno excessivamente híbrido, sendo, portanto, um dos maiores celeiros para a pesquisa nas áreas das Ciências Humanas e Sociais atualmente. (SANTOS e JACÓ-VILELA, 2009, p. 197).

Para Bucher (2003) a importância do conceito de saúde ocorreu a partir do reconhecimento de sua multideterminação, na qual se incluem a dimensão cultural e a esfera social, permitindo pensar a sua abrangência para além dos limites da sobrevivência, passando à perspectiva do bem-estar do ser humano, das melhores condições de vida possíveis, no equilíbrio com o meio ambiente, e pela preocupação com os movimentos ecológicos e coletivos.

Traverso-Yépez (2008) identificou na década passada uma tendência crescente a vincular a psicologia, e em particular a psicologia social, às diferentes expressões da saúde humana, abandonando por sua vez o enfoque individual, a-histórico e sócio-abstrato (o individual como uma abstração) presente na psicologia social mais tradicional.

Essa outra maneira de lidar com a construção do conhecimento tem permitido à psicologia ir além do campo da saúde mental ao qual esteve por muito tempo atrelada, além de possibilitar uma concepção diferente da relação saúde-doença, criando novas formas de pesquisa e intervenção, saindo apenas da doença e do comportamento individual, e assim alargando as fronteiras da psicologia da saúde e da psicologia social mais tradicional (Ibid.).

O processo de geração do conhecimento na psicologia social da saúde tem passado então a adotar uma co-construção dentro da própria ação entre sujeitos, nas práticas sociais. Essa postura vem provocar uma superação na visão dicotômica que separava o social e o pessoal, o sujeito e o objeto do conhecimento, tornando-os integrantes de uma relação dialógica, em conformidade mútua, dentro de cada contexto e dinâmica social envolvida.

A relevância dos processos de significação e geração de sentido na experiência da saúde e da doença, bem como nas práticas de intervenção, é cada vez mais reconhecida. Uma Psicologia Social aplicada ao campo do trabalho em saúde considera como objeto de estudo o universo simbólico que perpassa a experiência / ação do usuário / cliente, dos profissionais e dos demais atores sociais nos sistemas institucionais de cuidado da saúde, bem como na sociedade como um todo. Os significados, idéias e valores que usamos para dar sentido à nossa experiência / ação cotidiana relacionada ao processo saúde-doença, bem como às formas de intervenção, fazem parte de espaços simbólicos vigentes na sociedade da qual fazemos parte (TRAVERSO-YÉPEZ, 2008, p. 15-16).

Fazendo uma reflexão sobre as práticas em saúde e sobre como a psicologia social acabou passando por certas fases em sua relação com a psicologia da saúde, até chegar à incorporação de uma visão social da saúde, Spink (2010) em trabalho publicado originalmente no início da década de 90 do século XX, observou que em sua história ainda um tanto recente no Brasil, a psicologia social relacionada com a área da saúde, assim como a própria psicologia social, passou por três fases distintas.

Na primeira fase foram privilegiadas as explicações intra-individuais na explicação do processo saúde-doença, baseados no conceito de psicogênese da doença, este por sua vez derivado das correntes psicanalíticas e das teorias da personalidade. Numa segunda fase, de apropriação ainda incipiente da dimensão social, houve a adoção dos chamados aspectos psicossociais do adoecimento, traçando uma cadeia multicausal entre as experiências de vida e o surgimento da doença, a partir dos estudos sobre os eventos de vida, qualidade de vida e a teoria do “estress”. (Ibid.).

Já na terceira fase, o posicionamento da psicologia social em relação à saúde passou a privilegiar a perspectiva do sujeito e não mais do profissional ou mesmo do sistema de saúde, vendo a doença a partir de seus aspectos historicamente construídos em um contexto social e coletivo, possibilitando confrontar o significado (social) da doença, e o sentido (pessoal) dado a esta experiência pelo indivíduo (Ibid.).

Para esta autora, houve nesse momento um salto qualitativo da psicologia social na sua intersecção com a saúde, pois a perspectiva teórica centrou-se na produção dialógica de sentidos na pesquisa, aliada à adoção da abordagem construcionista na produção do conhecimento em saúde. O processo saúde / doença passou a ser compreendido através da construção do sentido pessoal que determinados grupos sociais tinham da doença e da saúde. Começou-se a falar, portanto, de uma psicologia social da saúde, comprometida com a mudança social na saúde. Dessa forma, foi então apresentada pela autora uma definição de *psicologia social da saúde*.

Diria que a primeira característica é o compromisso com os direitos sociais pensados numa ótica coletiva. Foge, portanto, das perspectivas mais tradicionais da psicologia voltadas à compreensão de processos individuais ou intra-individuais. Dialoga, necessariamente, com teorias e autores que pensam as formas de vida e de organização na sociedade brasileira contemporânea. Tende a pesquisar e atuar em serviços de atenção primária, em contextos comunitários, em problemas de saúde em que pesa a prevenção à doença e a prevenção à saúde (como a Aids e a saúde do trabalhador) ou onde há necessidade de acompanhamento continuado (como as doenças crônicas e a saúde mental). Tende, ainda, a atuar na esfera pública: conselhos de saúde, comissões e fóruns de elaboração de políticas públicas. Desta forma, diria que o psicólogo social da saúde é um pesquisador e um profissional que não foge da complexidade e transita dos microprocessos de produção de sentido às questões institucionais e políticas. (SPINK, 2010, p. 27).

A definição acima, explicitada já no ano de 2003, foi retomada quase integralmente em elaboração mais recente, sendo caracterizada como *psicologia social da saúde crítica*, diferenciando-a do que se chama comumente de psicologia da saúde (SPINK, 2007), com alguns acréscimos quanto ao que deveria fazer parte da postura crítica do psicólogo social da saúde, tais como a atenção às questões de poder e relações entre condições de vida e saúde derivadas da relação de poder.

Nas práticas em saúde, a característica principal seria contribuir para a transformação social, trabalhando os sentidos dados ao adoecimento de forma a “empoderar” pessoas para enfrentar possíveis discriminações, e não só buscar aliviar o sofrimento, mas também pensar os problemas daqueles que sofrem, suas diferentes inserções sociais e formas de adoecimento, e maneiras distintas de acesso a determinados serviços de saúde. (Ibid.).

Para Roso (2007), a psicologia social crítica da saúde nasceu como alternativa à abordagem individualista do sujeito, propondo uma visão sociológica de psicologia social, baseada em uma postura crítica quanto às formas de opressão e exclusão social, posicionamentos propositivos frente às políticas públicas e aos direitos humanos, e uma prática ética, comunitária e solidária nas pesquisas e nas relações com a população.

Uma psicologia social crítica da saúde deve partir de uma visão crítica e utópica de ciência, na qual é fundamental que se construa uma ponte entre os direitos universais e os direitos de minorias sociais, se reelabore o conceito de saúde, se analisem as relações de poder e se estimule a ética do cuidado. (ROSO, 2007, p. 92).

Traverso-Yépez (2001) toma como referência a psicologia social crítica para propor a desconstrução do modo de pesquisar e produzir conhecimento na área da saúde, na identificação das práticas excludentes entre os atores sociais (profissionais, usuários, etc.), e na consideração da necessidade de mudanças na própria sociedade, tanto em relação às desigualdades socio-econômicas quanto à fragmentação e individualização do cuidado em

saúde, e pela construção de relações mais iguais entre todos, seja dos membros da equipe de saúde entre si, ou na relação profissional e paciente / usuário dos serviços.

As mudanças sociais, no entanto, devem ser estabelecidas pelos próprios sujeitos, ao buscar alternativas de transformar o universo simbólico das práticas em saúde, as concepções saúde-doença e os modelos assistenciais constituídos historicamente na saúde pública, visando a sua reestruturação. Os profissionais de saúde, no entanto, também devem rever os seus processos de formação e realizar a autocrítica sobre o seu papel nesses processos sociais.

Estamos hoje conscientes de que não existem comportamentos ou ações separadas das relações e valorações que as pessoas fazem de suas condições de existência. Acreditando na necessidade de mudanças e com o referencial teórico fornecido pela psicologia social crítica, pensa-se ser impossível deixar de considerar, junto com as pessoas implicadas (profissionais incluídos), o universo simbólico que está permeando esses comportamentos e a relevância de que os próprios agentes sociais envolvidos “construam” criticamente suas próprias alternativas. Ou seja, destaca-se a relevância do simbólico relacionado às práticas de saúde, bem como o reconhecimento da necessidade de estabelecer formas horizontais de intercâmbio tanto, entre os membros da equipe de profissionais, como na relação profissional / paciente-usuário do serviço. (TRAVERSO-YÉPEZ, 2001, p.54).

Kind (2010) mesmo reconhecendo a legitimidade da aproximação entre a psicologia social e o campo da saúde, visualiza a psicologia social da saúde crítica como uma perspectiva pouco clara e de contornos teóricos ainda imprecisos, na sua proposta inovadora de pensar e fazer a prática e a pesquisa na saúde pública, ou na consideração do sujeito em suas ações históricas e sociais transformadoras, para concretamente se contrapor como alternativa viável de superação ao modelo de atuação liberal privado hoje vigente na saúde.

A autora aponta com reservas uma certa tendência da psicologia social em reivindicar para si a exclusividade de um pensar crítico e assinala a necessidade do aprofundamento de algumas discussões, fazendo questionamentos sobre a “invenção” de uma psicologia social da saúde, pois esta nomeação aparece principalmente em reflexões na produção acadêmica da própria psicologia social, quando esta área se dedica a analisar a saúde pública.

Haveria então a necessidade de maior inserção dos profissionais diretamente tanto nos campos de práticas quanto da produção do conhecimento, tal como já ocorre em outros campos da psicologia, como a saúde mental e a psicologia hospitalar. A psicologia social da saúde, então, com ou sem a adjetivação de crítica a seu título, necessitaria ampliar o seu campo de práticas e pesquisas pela inserção direta, com atuação e pesquisa concomitante nos serviços de saúde, indo além das investigações itinerantes, das análises de experiências de estágios e projetos de extensão, ou dos ensaios teóricos sobre o campo da saúde. (Ibid.).

Matta e Camargo Jr. (2010) por sua vez, não vêem a psicologia social inserida na tradição teórica da saúde nem tendo com esta propriamente uma identidade, apenas tomando a saúde como campo de estudos, e não como objeto em si. As pesquisas na área da psicologia social da saúde focalizam assim temas variados como a produção de sentidos sobre a saúde-doença, estudos na atenção primária em saúde, em saúde mental, em doenças crônicas, movimentos sociais e participação popular, conselhos de saúde, entre outras.

No entanto, ao adotar uma perspectiva construcionista de psicologia social, os autores compreendem a produção do conhecimento pelos sujeitos (sejam pesquisadores ou participantes da pesquisa) como um processo dialógico e histórico, construído no cotidiano e visto como um resultado dos posicionamentos das pessoas com relação aos grupos, situações e relações sociais, e nesse contexto a saúde é vista como parte da vida e do todo social (ibid.).

Uma proposta construcionista de psicologia social da saúde irá conceber a saúde como mais um entre tantos aspectos a serem estudados na realidade social, porém, a saúde será também e ao mesmo tempo, mais que um campo científico, por circunscrever práticas e discursos constituídos historicamente, abrangendo os contextos institucionais, epistemológicos, tecnológicos, políticos, e todas as demais relações sociais, presentes na construção de sentidos realizada no cotidiano por sujeitos e grupos (ibid.).

Por tais motivos, a psicologia social, mesmo em sua diversidade, se incluída na perspectiva construcionista, é uma das que mais dialoga com o campo da saúde e com os princípios e diretrizes do SUS, por adotar em suas pesquisas o conceito ampliado de saúde originado nas conferências nacionais de saúde e depois integrado à legislação brasileira, na qual a saúde é uma resultante das formas de organização social e da produção de bens e serviços, e por isso capaz de gerar equilíbrios ou desigualdades nos níveis de vida, a serem definidos no contexto histórico das lutas cotidianas, de acordo com o desenvolvimento de cada sociedade. Esses ideais em comum irão envolver,

O reconhecimento da diversidade de vozes que não se resume à fala dos indivíduos, pacientes e profissionais de saúde, mas também envolve as relações discursivas, institucionais e políticas que atravessam os processos de subjetivação presentes no campo da saúde. A abordagem crítica e dialógica proposta pela Psicologia Social, com base no construcionismo social, guarda relações com os ideais de integralidade, universalidade e participação popular presentes no SUS. (MATTA e CAMARGO JR., 2010, p. 138).

Esses mesmos autores, ao reconhecer uma aproximação com os valores da reforma sanitária que gerou o SUS, também irão identificar uma aproximação entre a psicologia social e a saúde coletiva, pois o movimento sanitarista até hoje vigente, assim como a psicologia

social, partilham entre si a crítica ao modelo biomédico dominante na saúde, a exigência por formas de gestão da saúde mais voltadas a sistemas sociais democráticos e participativos, e a crença na universalização dos direitos sociais como caminho para reduzir desigualdades. Essas convicções em comum abrem novas possibilidades às práticas em saúde, na ampliação da percepção dos contextos das instituições de saúde, dos processos de trabalho no SUS, e da relação com a comunidade e usuários do sistema (Ibid.).

A interface existente entre psicologia social e saúde coletiva, para Spink e Matta (2010) têm origem nas pressões conjunturais por novas formas de atuação na saúde, compatíveis com os princípios do SUS, os quais geraram necessidades de posicionamentos diversos das “tradições” teóricas vigentes na área da saúde, e num dado momento também em função das rupturas históricas instituídas como pólos de resistência às políticas governamentais.

Assim, para o campo do conhecimento o diálogo entre a psicologia social e a saúde coletiva pode ser fecundo, na ampliação das dimensões relacionadas com as práticas em saúde, na compreensão da maneira como a população costuma identificar, explicar e se organizar para buscar solucionar as suas necessidades de saúde, e ainda como costumam ocorrer os processos de comunicação em saúde, através das redes sociais dos usuários (Ibid.).

A psicologia contribui com a saúde coletiva retomando a problemática do sujeito e dos modos de subjetivação na saúde, e a saúde coletiva contribui com a psicologia potencializando o enfoque crítico nas pesquisas e revisões teóricas, das questões e necessidades decorrentes do enquadre coletivo na atenção à saúde e no SUS, ambas contrapondo-se às tendências universalistas, tecnicistas e organicistas da saúde pública, de forma que os dois campos saiam enriquecidos desse diálogo.

Se pensarmos a atenção à saúde a partir da perspectiva transdisciplinar, de junção de forças para a consecução do ideal de universalização e integralidade na atenção à saúde, temos, sem dúvida, que repensar o lugar possível da Psicologia nesse novo enquadre. Isso não é difícil quando refletimos a partir da ótica da Psicologia Social, em que a transdisciplinaridade e a subversão dos espaços tradicionais de atuação há muito tempo são praticadas. Assim, não é por acaso, que há um diálogo confortável entre membros da Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). (SPINK e MATTA, 2010, p. 48.)

Em outro artigo, retomando o mesmo tema dos pontos de interface e diferença entre psicologia social e saúde coletiva, e o motivo pelo qual ambas convergem em algum momento para o campo das práticas em saúde, Spink (2007) assinala saúde coletiva e psicologia social como pedaços do campo da saúde que tem a sua própria identidade, possuindo planos de

inserção específicos e distintos, porém podendo vir a se encontrar num certo espaço de debate social da saúde que é necessariamente multidisciplinar, e onde as áreas do conhecimento e / ou profissões buscam umas nas outras apoio teórico e prático para lidar com suas problemáticas, as quais são em muitos momentos comuns entre si.

Portanto, se a psicologia social partilha com a saúde coletiva, por exemplo, a reflexão crítica sobre os processos envolvidos na saúde e na doença, ou o compromisso com os problemas da realidade social e com a equidade no acesso aos serviços de saúde, mesmo assim as duas disciplinas não podem nunca se conectar diretamente, por serem áreas de diversidade teórica que vão ter pontos de aproximação e tensão, ou seja, objetivos semelhantes, mas também concepções diferentes, no plano do conhecimento (Ibid.).

A autora faz citação daquilo que considera uma distinção entre os dois campos, como o fato da saúde coletiva possuir um foco de ação política muito bem definido, voltado às questões sanitárias e coletivas da saúde, com múltiplos atores agindo em uma arena de diversidade. Já no caso da psicologia social da saúde, existe o mesmo comprometimento com a reflexão política voltada às transformações sociais, e a idêntica postura crítica quanto à necessidade de mudanças nos modelos de atenção e organização dos serviços de saúde. Mas diversamente, os seus protagonistas concentraram-se em esforços esparsos, não chegando a constituir uma rede bem estruturada de pesquisadores como existe na saúde coletiva, havendo o desafio posto de compreender os motivos dessa fragmentação para a mudança na articulação dos psicólogos sociais (Ibid.).

Outro ponto importante de diferença entre as duas disciplinas nasce do movimento de reconfiguração do sujeito dentro das práticas de saúde. Na saúde coletiva se partiu das necessidades coletivas de saúde das populações e dos determinantes sociais da saúde, nos quais a organização dos sujeitos era também teorizada em ações de resistência nos agrupamentos coletivos, e se chegou na reflexão do controle social e da noção de sujeito crítico, capacitado para o diálogo e a para a autonomia da ação. Na psicologia social o caminho foi inverso, pois a análise saiu da condição dos microprocessos individuais e gradativamente passou à interação e à atividade com os macroprocessos, na produção de sentidos por sujeitos históricos, incluindo fatores econômicos, políticas de saúde, organização dos serviços de saúde (Ibid.).

Então, temos atualmente na saúde coletiva um sujeito em busca do equilíbrio entre o individual e o institucional, entre a objetividade das políticas de estado representadas pela saúde pública e a subjetividade potencializada no pensamento e na ação institucional e individual. Uma teoria mais dialógica do sujeito, fazendo ressurgir, por exemplo, as vozes dos

profissionais e dos usuários dos serviços, sem mais o predomínio da sociedade sobre o indivíduo, e do poder médico, científico, biológico e químico no campo da saúde. E na psicologia social da saúde vemos o abandono das posições individualistas do sujeito, com a incorporação da noção do social, do coletivo, do político, da historicização e ressocialização do sujeito (SPINK, 2007).

Em outra acepção, bastante crítica, das interfaces entre psicologia e saúde coletiva, Bernardes (2010) notou que o esforço de revisão das teorias e práticas psicológicas em direção à mudança social deriva de uma contradição interna que impede a psicologia de produzir uma prática realmente emancipadora do sujeito, num esforço ao mesmo tempo necessário e inevitável de procurar rever-se a si mesma, e por isso se aliar à proposta mais política da saúde coletiva, na tentativa de superar as próprias limitações e contradições, mas buscando sempre continuar fazendo parte do cenário da saúde a partir da manutenção de relações de poder, exercendo-o através das práticas psicológicas.

Para esta autora, a psicologia teria entrado na saúde pública pela experiência de tutela do eu privado, na prática disciplinar da doença como um objeto de controle do público na regulação da vida e do sujeito, não para o exercício político nem para as práticas de liberdade, mas para o investimento na miséria humana. Não por preocupação com a pobreza como efeito característico dos processos forjados pelo capitalismo, mas para evitar atos de conduta que pudessem desorganizar o tecido social. Essa aliança com as relações de poder instituídas se dá num primeiro momento pela articulação da doença com a estrutura interna do sujeito psicológico, na manifestação da sua interioridade em termos de conduta moral, hábitos diários, equilíbrio social, adaptação às condições de vida. (Ibid.).

O papel da psicologia nessa primeira configuração seria “proteger” ou resgatar o eu individual e a família do adoecimento psíquico, o qual por exemplo, através da psicopatologia, criou as categorias nosológicas, a estrutura neurótica, psicótica e perversa, dotando a psicologia de um regime de verdade sobre o sujeito, e também passível de aliança com os investimentos governamentais sobre a família e o indivíduo, constituindo um lugar na saúde pública às práticas psicológicas subsidiadas pela nosografia psiquiátrica. (Ibid.).

Porém, com o tempo anuncia-se na psicologia a fragmentação do eu privado, pela proliferação de teorias que versam sobre a sua objetividade social contemporânea, e na multiplicidade de histórias de vida a denunciar a fragilidade desse eu assujeitado e tutelado. Torna-se então necessária a produção de outros “eus”, não mais só privados, mas também políticos e históricos, que pudessem ser capazes de gerir os seus direitos e deveres sociais, emergindo daí um sujeito politizado, mobilizado em relação ao Estado em termos de

cidadania e práticas de liberdade e escolha. Esse segundo momento criou a necessidade de outro tipo de controle da subjetividade, através das formas de resistência e militância, do saber gerenciar a própria vida, técnicas que mais uma vez deviam ser fornecidas pela psicologia. Um exemplo dessa segunda configuração seria a luta dos sujeitos pela reforma psiquiátrica (Ibid.).

A autora afirma que as práticas psicológicas operam no interior do SUS e da saúde pública intervindo no sujeito / indivíduo / privado, redefinindo seu domínio pela fragmentação das ações sociais e estabelecendo formas de subjetivação pela saúde, afirmando ou negando o aparecimento e a delimitação do sujeito coletivo, e justificando a necessidade da psicologia em compor o sistema de saúde, atendendo aos direitos universais, mas participando de programas específicos para cada população (saúde da mulher, da criança, das vítimas de violência, DST/AIDS, educação em saúde, coleta de lixo, cuidados com a alimentação, etc.).

Essas ações em saúde podem surgir no âmbito da saúde coletiva, mas também são aliadas da racionalidade típica da saúde pública, reforçando o domínio do sujeito / indivíduo enquanto elemento de uma população sobre a qual se quer exercer o controle psicológico sobre a vida e inventar novas formas de governo das subjetividades. Aliar-se à saúde coletiva tornou-se aí uma necessidade para se nomear o coletivo não enquanto um conceito-problema para o campo psicológico, mas como outro modo de designar população e miséria social, prosseguindo na tutela da pobreza psíquica, e mantendo o acesso ao SUS para nele reinventar as técnicas e modos de subjetivação, atualizar as relações de poder, e continuar intervindo sobre a vida psíquica de pessoas que não tem acesso à rede privada nem recursos para modificação de suas formas de vida. O SUS seria então a afirmação da racionalidade das práticas psicológicas, e a arena perfeita para justificar a tutela dos sujeitos.

O que se quer apontar com isso é que a publicização das práticas psicológicas atualiza a saúde pública como mais um dos territórios de intervenção psicológica dentro da racionalidade do público como restos da existência e do indivíduo como elemento governável desse território, de modo que a lógica de saúde que fundamenta as práticas psicológicas encontra-se como ausência de doença e presença de equilíbrio social. A saúde coletiva entra como uma derivada das práticas em saúde pública e torna-se um elemento do encontro da Psicologia com a política, embora não em termos de uma modificação da racionalidade do público, da saúde e da população, e sim como uma forma de resistência, de práticas reflexivas que a todo momento convocam novas formas de o poder se exercer. Ou seja, há um exercício constante de reforma das práticas psicológicas que reforçam a lógica da técnica sob a lógica da reflexão sobre as técnicas. (BERNARDES, 2010, p. 218).

De qualquer modo, o campo de interface entre a psicologia social e a saúde coletiva tem produzido muitos estudos e reflexões teóricas que estão sendo apropriados pelos psicólogos, seja qual for o seu objetivo.

Zurba (2011) notou que desde a criação do SUS na Constituição de 1988, e com a sua gradativa implementação nos últimos 25 anos, houve muitas mudanças no Brasil, dentro dos modelos de atenção à saúde e nas políticas do setor, as quais adquiriram um olhar social sobre o usuário do sistema, com uma tendência a considerá-lo enquanto sujeito legítimo de ser incluído no direito à saúde, e a levar em conta as suas relações em rede social. Passou a ser fundamental a noção de rede de saúde na qual ocorre o diálogo entre a atenção básica e a atenção especializada (desde os postos de saúde, passando pelas clínicas e demais serviços especializados, até chegar aos hospitais).

Algumas das atividades previstas na equipe multiprofissional em saúde coletiva incluem acolhimento e organização da demanda de usuários, avaliação diagnóstica em saúde-doença, enfoque de atenção à saúde da família e comunidade, organização de ações de promoção à saúde, educação permanente e controle social, e intervenção clínica junto ao paciente ou ao seu sistema familiar, em atendimentos domiciliares ou ambulatoriais. (Ibid.).

O profissional de psicologia atuando no campo da saúde coletiva deve adquirir ainda a capacidade de relacionar conhecimentos da psicologia social com a psicologia clínica e da saúde, e também focalizar a promoção em saúde mental como eixo das intervenções psicológicas relacionadas à saúde. Além disso, o psicólogo precisa estar atento à construção de novos modelos terapêuticos, tais como aqueles voltados ao ambiente domiciliar, por exemplo, o qual parece querer inverter as relações de poder, bem como o lugar da narrativa psicológica.

Por fim, vale dizer que, ao psicólogo, cabe também a tarefa de compreender como realiza seu exercício de poder durante o fazer psicológico, identificando qual o lugar que ocupa na complexa rede de forças que se confrontam no ambiente da saúde coletiva. Afinal, o psicólogo não é neutro, nem sua técnica. (Zurba, 2011, p. 11).

Segundo Campos (2012) a saúde coletiva pode ser definida como um campo interdisciplinar, o qual veio a adquirir uma vertente crítica na América Latina, propondo questões relevantes, tais como: 1) a necessidade de transformações estruturais na organização sócio-econômica, com o objetivo de reduzir as desigualdades sociais. 2) A desconstrução analítica das políticas de saúde de recorte liberal, dominantes no Brasil e outros países, além da proposição de superação do chamado paradigma biomédico. 3) A necessidade de repensar as práticas de saúde a partir das determinações sociais dos processos saúde-doença, contribuindo então no movimento de reforma sanitária e na mudança dos modelos de atenção à saúde (como a saúde mental, atenção primária, AIDS, entre outros).

Para este autor, a saúde coletiva vem priorizando como conceito estratégico a noção de “coletivo”, além de adotar diretrizes do SUS como “universalidade” e “integralidade” como noções utilizadas para marcar a importância dos fenômenos sociais e dos fatores de ordem universal na gênese e determinação do processo saúde-doença. O autor argumenta, porém, que alguns outros aspectos importantes foram subestimados, tais como o papel da clínica na produção da saúde, o peso dos sistemas públicos de assistência na qualidade de vida das populações, além dos fatores subjetivos envolvidos nos modos de vida e saúde adotados pelos sujeitos, colocando então um desafio epistemológico, por um lado, e uma necessidade das práticas e pesquisas em saúde coletiva, por outro, em propor a reformulação ao mesmo tempo ampliada e integrada no campo das práticas de cuidado em saúde. Assim,

“O conceito de integralidade é utilizado apenas como pano de fundo, como uma diretriz genérica para orientar políticas sociais e a organização de sistemas de saúde. A integralidade é uma possibilidade sistêmica ou macroestrutural. No singular, sempre, há de se encontrar uma dada composição específica da função clínica e da função da saúde coletiva. A depender do problema de saúde predominará a função clínica, em outros, a função de saúde coletiva. [...] A racionalidade clínica predomina em enfermarias e ambulatórios; a de saúde coletiva em controle de epidemias e programas de saúde pública. É importante assinalar que todas as profissões e especialidades da área da saúde trabalham valendo-se de uma ou de outra destas modalidades: há uma clínica do enfermeiro, do psicólogo, do médico de família, do odontólogo, do pediatra, etc.” (CAMPOS, 2012, p. 58-59).

Em recente estudo sobre avaliação das tecnologias de linhas de cuidado na saúde, Ferla (2010), faz referência à vitalidade das abordagens analíticas sobre o cuidado na saúde coletiva, as quais vêm tomando uma configuração muito singular há alguns anos, associando enfoques mais clássicos desse campo, como o tema da saúde pública e privada, ou as oposições entre a saúde como um direito e suas nuances mercadológicas, ou ainda questões mais recentes, como a organização dos processos de trabalho e as práticas de cuidado.

Assim, são citados vários trabalhos de pesquisa e de reflexões teóricas, os quais caracterizam o atual “estado da arte” na saúde coletiva abordando o tema do trabalho e das práticas em saúde, com apoio em ferramentas de análise mais potentes, as quais hoje permitem avançar da tensão de forças polarizadas dentro dos posicionamentos ideológicos, por exemplo, para as particularidades vistas nas práticas cotidianas. Com esse salto, se passa então a analisar as mesmas tensões e contradições existentes no campo da saúde como um todo, mas com ênfase nos efeitos concretos observados na atenção à saúde da população. (Ibid.).

Essa forma de abordar as práticas de saúde, se não é inédita no campo de produção da saúde coletiva, no sentido de uma situação original, é uma inovação, no sentido de

combinação singular entre ferramentas de análise e liberdade de produção, com efeitos importantes nas pesquisas, na produção do conhecimento e na qualidade final do cuidado oferecido à população, pelo reconhecimento de trajetórias assistenciais bastante particulares identificadas na análise das tecnologias do cuidado em saúde. Trata-se de explorar, de certa maneira, um nível de análise possibilitado pelos estudos em uma vertente sócio-histórica das relações entre o Estado e as instituições de saúde, e dos efeitos concretos dessas relações com o cotidiano da vida das pessoas.

É algo recente, por exemplo, a proposição de análise do setor da saúde não como mercado, mas como arena de interesses, que permite analisar o setor não com a lógica de uma organização típica, mas como um espaço onde práticas disputam sentidos no cotidiano, com forte expressão no cuidado oferecido à população. (FERLA, 2010, p.14.).

O autor faz a citação de vários pesquisadores, teóricos e profissionais que atuam, estudam ou refletem acerca dos serviços de saúde, do trabalho e das práticas de cuidado hoje existentes nos sistemas de saúde público ou suplementar. Uma das vertentes referidas aborda o caráter histórico e social das práticas e instituições de saúde, trazendo outras dimensões de análise das políticas de saúde, para além da burocracia estatal e da tecnocracia biomédica (Madel Luz). Outro campo de estudos é o da dimensão micropolítica dos processos de saúde (Emerson Merhy, Túlio Franco, Luiz Carlos Cecílio, Gastão Campos, Ricardo Ceccim, Antônio Alcindo Ferla). Da mesma forma contribuem para qualificar o setor saúde as análises da dimensão das práticas de integralidade em saúde, na qual estão incluídos muitos dos estudos com redes de saúde e também com usuários do sistema de saúde brasileiro (Roseni Pinheiro, Rubem Mattos, Aluísio da Silva Jr., Kenneth Camargo Jr., Emerson Merhy, Alcindo Ferla). Aparecem também as análises sobre as relações entre profissionais e tensões corporativas deste campo analítico (Ricardo Ceccim; Luís Cláudio de Carvalho; Túlio Franco, Emerson Merhy). E finalmente, os estudos sobre humanização, acolhimento e ampliação da capacidade de respostas da clínica e do cuidado têm contribuição relevante (Alda Lacerda, Victor Valla, Ruben Mattos, Alcindo Ferla, Ricardo Ceccim), entre outros.

Portanto, ao longo deste capítulo se viu como a intersecção entre psicologia e saúde (e entre psicologia social e saúde coletiva) é composta de distinções diversas entre tais campos, ora separados, ora em diálogo estreito, tornando amplas e complexas as possibilidades de pesquisas e práticas em saúde unindo (ou não) os modelos teóricos e metodológicos da psicologia e da saúde coletiva. Logo, também são vários os tipos de referenciais e modelos existentes na psicologia, nos quais se baseiam as estratégias de pesquisa e as práticas psicológicas na arena do Sistema Único de Saúde.

No Brasil como em outros países, as pesquisas na área da psicologia da saúde (e também na esfera da psicologia social da saúde) se concentraram desde o seu início, predominantemente, em serviços de atenção primária à saúde, nos aspectos ligados à saúde das comunidades, ou ainda na área da saúde mental, e outros serviços ou programas de assistência à saúde, talvez muito mais do que em hospitais gerais.

Desse modo, atualmente são cada vez mais numerosas as pesquisas de psicólogos em diversos serviços de saúde, inclusive hospitais. Porém, nos hospitais as pesquisas ocorrem quase sempre vinculadas à área da psicologia hospitalar, e de forma mais rara se vêem estudos realizados em hospitais por psicólogos sociais da saúde, principalmente com usuários.

Da mesma forma, apesar da influência da saúde coletiva em várias modificações ocorridas na psicologia a partir de campos como atenção primária e promoção de saúde, ainda não são numerosos os estudos acerca de instituições hospitalares feitos na perspectiva da psicologia social da saúde e da saúde coletiva, a partir de um viés crítico e voltado para as possíveis transformações sociais nessas instituições, acompanhadas pelas mudanças no sistema de saúde.

Por outro lado, percebemos que as poucas pesquisas realizadas dentro de hospitais, sob a ótica da psicologia social ou não, eram de entrevistas com psicólogos, os quais em sua maioria relatavam as experiências de atuação dos profissionais através de metodologias como história oral (PEREIRA, 2003; SILVA, 2006), análise crítico-descritiva (ROSA, 2005), historiografia (VIEIRA, 2006), análise temática e / ou análise de conteúdo (SANTOS, 2011; DACAL, 2012), para citar alguns.

Assim, optou-se por realizar aqui uma pesquisa em psicologia social não com profissionais, mas sim com usuários de um hospital público, em uma perspectiva discursiva e dialógica, através da opção pelo método construcionista, tratando acerca dos sentidos dados pelos sujeitos ao atendimento hospitalar, num primeiro momento, e também aos demais serviços da rede de saúde, já que no relato dos sujeitos apareceram as experiências quanto ao cuidado integral em rede vividas durante as suas trajetórias assistenciais também em outros serviços, acessados antes e depois de terem obtido a assistência hospitalar.

Portanto, concorda-se com Dimenstein e Santos (2005) na observação de que há uma necessidade de reorganização dos serviços públicos de saúde no Brasil, de forma a repensar o funcionamento na perspectiva da avaliação em saúde, buscando a melhoria da qualidade. Assim é que será possível conhecer de forma mais aprofundada a realidade da assistência prestada nesses serviços, os quais devem ofertar eficiência e serem adequados à região onde funcionam em cada instituição de saúde, contemplando a população de usuários.

No entanto, é importante não atrelar os problemas do SUS apenas à gestão inadequada, sendo necessário fomentar nesse processo a participação popular e a capacidade de observação crítica e consciente da saúde como um direito, indo além da ótica dos profissionais da área, gestores e políticas governamentais, passando a compreender o *cidadão* como membro responsável pela melhoria do sistema de saúde. Para isso, é imprescindível considerar também a visão e a avaliação dos *usuários* sobre a rede de serviços de saúde por eles utilizada, qualquer que seja o local escolhido e o contexto a ser analisado (Ibid.).

Dessa forma, mesmo com a diversidade de concepções existentes dentro e fora da psicologia, como também na saúde, se podem buscar a organização e o diálogo entre saberes tão diferentes, para se chegar na concretização daquilo que realiza o pesquisador, a interação direta no campo de pesquisa com as pessoas a serem escutadas, e com o conhecimento de ambos se agregando em uma linguagem diferente, talvez difícil, desafiadora, incompleta, mas precisamente por isso representativa do momento atual das ciências humanas, na pesquisa psicológica e nos modos de pensar a saúde e o ser humano.

Ainda hoje não podemos falar em “unidade” epistemológica na Psicologia, mas certamente que a inserção nas políticas de saúde nos conduziu, pelo menos, ao convívio com a ideia de “integração” epistemológica entre os diferentes saberes psicológicos. Assim, ao passo que historicamente as grandes teorias psicológicas eram vistas como tentativas de discursos universais sobre o homem, hoje as diferentes influências teóricas co-habitam as mesmas instituições de saúde, escrevem nos prontuários dos mesmos pacientes, e necessitam de maneira inexorável encontrar alguma janela de diálogo. Essa condição de interlocução entre as diferentes teorias psicológicas tem se mostrado um fenômeno relevante na formação epistemológica da área, de modo que as teorias cada vez menos se pretendem universais na explicação de fenômenos psicológicos, mas, sobretudo, contribuições complementares para a compreensão de realidades complexas. (Zurba, 2012, p. 31).

Talvez possamos pensar também, em acordo a Silva (2005) que o lugar do sujeito na clínica contemporânea vem sendo deslocado, deixando o especialista de ser aquele que aponta o sofrimento do indivíduo, na medida em que este é agora informado pelas novas tecnologias, até mesmo antes de qualquer indício de sofrimento em seu corpo. Por outro lado, paradoxalmente, com o advento da sociedade de controle, parece haver um aumento da responsabilidade atribuída ao sujeito tanto por seu adoecimento como pela prevenção deste.

Essas duas perspectivas nos levam a pensar que o lugar da psicologia na saúde situa-se entre dois pólos: o de resgatar para o sujeito o lugar na clínica que este perdeu – o de dizer do que sofre – de onde sai a vertente da humanização, ou o de coadjuvante nas práticas disciplinares da sociedade de controle, que faz com que os indivíduos passem a se sentir cada vez mais responsáveis por seu adoecimento e, conseqüentemente, pela manutenção de sua saúde. (SILVA, 2005. p. 91).

CAPÍTULO 2 - Integralidade do cuidado em rede e a perspectiva dos usuários em práticas de saúde no SUS

A integralidade, enquanto “princípio” norteador das práticas em saúde, tem sido amplamente discutida na literatura nos últimos anos (GUIZARDI e PINHEIRO, 2006; MATTOS, 2006), dentro do debate sobre os rumos do sistema de saúde no Brasil, e com diferentes entendimentos acerca da amplitude, significado e uso do termo (SOUZA, MOREIRA E OLIVEIRA, 2010).

Para Camargo Júnior (2005), existem processos históricos e constantes de atenção à saúde que produzem tradições argumentativas ou confrontos de tendências norteadoras da noção de integralidade, os quais agregam desde os discursos dos organismos internacionais, passando pela legislação recente proposta no Brasil pelo Ministério da Saúde, até as proposições e críticas dos autores brasileiros, e mesmo com toda essa produção teórica, ainda persiste uma indefinição conceitual em meio a um aglomerado de idéias e sentidos diversos reunidos no termo integralidade.

Assim, a integralidade enquanto discussão conceitual é ao mesmo tempo inalcançável e indispensável, pois agrupa em si um conjunto dessas tendências argumentativas com alguma relação, mas não completamente articuladas entre si, sendo talvez mais adequado não tomá-la exatamente como um conceito, mas como um ideal regulador, um devir. “Algo como o ideal de objetividade para a investigação científica, impossível de ser plenamente atingido, mas do qual constantemente buscamos nos aproximar”. (CAMARGO JÚNIOR, 2005, p. 40).

Mattos (2006) enfatiza a integralidade no Brasil como uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde – SUS na Constituição Federal de 1988, visando o atendimento integral e prioritário nas atividades de prevenção, sem prejuízo das ações de assistência à saúde. Propõe assim três sentidos para o termo integralidade. I) Relacionando-o ao movimento conhecido como medicina integral, surgido nos EUA, e que no Brasil adotou a articulação das ações preventivas com as assistenciais, dentro da política de saúde. II) Relativo à maneira de organizar os serviços e a execução das práticas em saúde, de forma a atender às necessidades da população e descentralizar o comando do Ministério da Saúde, horizontalizando os serviços de modo a potencializar a atenção básica e alterar o modelo centrado na assistência hospitalar, sem prejuízo desta. III) Relacionado a respostas governamentais a problemas de saúde determinados, as chamadas políticas especiais, especificamente direcionadas a problemas de saúde que atingem certos grupos populacionais, tais como as políticas especiais para as mulheres, usuários soropositivos, entre outros.

Em Piani (2009) podemos pensar a noção de integralidade como uma *perspectiva* que busca a atenção integral à saúde em sua complexidade, através de uma concepção dialógica do processo saúde-doença, enquanto forma de compreensão dos problemas trazidos pelos usuários do Sistema Único de Saúde, seja pelo planejamento das ações, pelas pesquisas epidemiológicas, ou ainda pela experiência de escuta dos usuários diretamente nos serviços. Essa perspectiva pode significar desde uma *postura epistemológica* (que pode significar uma *ruptura* com as formas tradicionais de assistência à saúde), até uma determinada maneira de conduzir a *organização dos serviços* (que pode significar uma *estratégia* articulada com as demandas cotidianas, com serviços voltados às necessidades da população e com a participação direta dos usuários).

Portanto, a integralidade pode ser adotada em diferentes acepções, tantas são as existentes, mas aqui será tomada como uma *perspectiva* mais do que no sentido de ser uma definição precisa. Adotaremos neste trabalho a idéia do integral como algo aberto a *novas configurações*, e ainda como *dialogicidade para compreender a expressão e os problemas* dos usuários, bem como na discussão do atendimento integral e do cuidado destes na *satisfação de suas demandas* (PIANI, 2007), ora como uma postura, ora como estratégia.

A noção de integralidade aparece em Pinho et al (2007), enquanto uma perspectiva de acolhimento do usuário baseada na concepção do indivíduo como um ser humano *integral*, que apresenta aos serviços de saúde um conjunto-totalidade de demandas e necessidades de ações, exigindo a organização das atividades profissionais e a regulação das políticas públicas de saúde. Já o termo *cuidado* é mencionado como a compreensão da natureza do ser por inteiro, a ser construída na relação intersubjetiva, da qual fazem parte o vínculo e o respeito à autonomia, como expressões das mais diversas dimensões do ser humano, incluindo uma lógica de atendimento que contemple a expectativa de redimensionamento dos serviços e da melhor prestação da assistência e do cuidado ao usuário-sujeito.

O conceito de cuidado em saúde está, portanto, diretamente relacionado à noção de integralidade, e assim o compreendem Pinheiro e Guizardi (2005), não enquanto nível de atenção em saúde ou simples procedimento técnico, mas como uma ação integral, com significado e sentido voltados para a compreensão da saúde como o direito de *ser*, na acepção de cuidar, tratar, atender e respeitar o ser humano em seu sofrimento. Para essas autoras, a integralidade das ações em saúde é compreendida também como o “entre-relações” de pessoas, tendo assim efeitos, repercussões e interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, sendo traduzidas nos serviços em expressões e atitudes como tratamento digno e respeitoso, qualidade, acolhimento e vínculo.

Cecílio e Merhy (2005) citam a integralidade como sendo o esforço na busca da atenção integral ao usuário dentro de uma abordagem holística, portanto integral, a cada pessoa portadora de necessidades de saúde, e que precise em certo período da vida, de cuidados em saúde. Essa integralidade do cuidado só pode ser obtida em *redes*, e estas operam tecnologias transversais de assistência à saúde que envolvem todos os serviços, acessados de forma desigual por diferentes usuários, com necessidades de saúde diversas trazidas por cada um e atendidas de formas também desiguais pelas equipes dos serviços, que buscam articular as suas práticas da melhor maneira possível.

Para Hartz e Contandriopoulos (2004) o conceito de integralidade remete obrigatoriamente à integração de serviços por meio de redes assistenciais, pois reconhecem a interdependência dos atores e organizações, já que nenhum dos serviços dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. O desenvolvimento de mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos torna-se então indispensável, dentro de uma rede de serviços que responda às necessidades de saúde individuais em esferas locais e regionais.

Essa perspectiva de sistema integrado de saúde tem como representação uma rede de cuidados com múltiplas dimensões de integração entre os diferentes subsistemas, os quais relacionam a dimensão clínica do cuidado, a gestão dos serviços e as representações e valores coletivos e dos usuários. A articulação propriamente dita do cuidado integral deve estar voltada a alguém que sofre com problemas de saúde, de forma a ofertar continuidade e globalidade dos serviços através de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis e as necessidades da população. (Ibid.).

Mas, ao falarmos de integralidade do cuidado em redes de serviços de atenção à saúde, também é preciso delimitar a ideia de *serviço*, situando-a dentro da área de saúde. Merhy e Franco (2003) apontam que nos primórdios da construção do SUS, nas décadas de 70 e 80 do século XX, o modelo assistencial - que ainda hoje persiste em considerável medida - era entendido como a forma de organização da assistência, esta preparada para distribuir os serviços de saúde, de maneira estrutural e hierarquizada, com uma intervenção sobre o território. Neste cenário, que ainda sobrevive, o debate estava organizado muito mais em torno da oferta e demanda por serviços, enquanto processos de trabalho que operavam centrados no conhecimento da vigilância à saúde, instrumentalizada pela epidemiologia, e com pouca intervenção sobre as práticas desenvolvidas na área da clínica e do cuidado.

Atualmente, os modelos assistenciais continuam sendo compreendidos como formas de organização da produção de serviços, a partir de um determinado arranjo de saberes da área da saúde, mas não envolvem mais apenas a vigilância epidemiológica, estando diretamente vinculado aos processos e tecnologias de trabalho. Os *serviços de saúde* possuem, então, “um certo modo de agir no sentido de ofertar certos produtos e deles obter resultados capazes de melhorar a situação de saúde do usuário, individual e coletivo”(MERHY e FRANCO, 2003, p. 317).

Assim, esses autores entendem o campo de saberes e práticas da clínica e do cuidado como parte fundamental no atual debate em torno da organização da produção da saúde e seus serviços, agora associados a outros saberes existentes, tais como a clínica, o planejamento e a gestão do cuidado, a própria epidemiologia, mas incluindo também a filosofia, a psicanálise, a análise institucional, e sem excluir nenhum campo específico do conhecimento, devido à complexidade dos problemas de saúde, os quais exigem uma multiplicidade de saberes e fazeres para a sua resolutividade (Ibid.).

Não obstante a legislação vigente na saúde brasileira em relação ao SUS e às redes de saúde, Pinheiro e Luz (2005) ressaltam a importância da conjunção entre os modelos de gestão do cuidado e as práticas de assistência, pois na tríade indivíduo / médico / instituição não existem somente diferenças conceituais, sociais e culturais significativas para a realidade dos usuários, mas também um universo simbólico e dinâmico com muitas outras intersecções, influenciando de maneira decisiva a relação entre demanda e oferta na saúde, sobretudo entre clientelas e gestores, não sendo comumente contempladas por esses últimos as necessidades coletivas da população, apesar da oferta dos serviços em rede.

As autoras citam três conceitos de San Martin (1994) de aspectos relacionados à saúde que não se encaixam entre si. 1) algumas necessidades de saúde não são objeto de demanda pelo usuário; 2) outras não são satisfeitas pelos serviços; 3) outras ainda não correspondem a necessidades reais da população e sim a necessidades institucionais e de gestão.

Os operadores da gestão em saúde precisam, então, democratizar o processo de trabalho na organização dos serviços, horizontalizando e nivelando saberes, promovendo atividades de integração multiprofissional e interdisciplinares, incorporando a renovação das práticas de saúde na perspectiva da integralidade, em que a valorização da atenção e do cuidado se transformem em uma dimensão básica dentro das políticas públicas de saúde, e essas diretrizes possam se desenvolver ativamente no cotidiano dos serviços. Tais propostas trazem em si uma forte associação entre recursos materiais, informacionais, financeiros e humanos, considerando o sujeito-usuário como centro e objetivo de suas atividades (Ibid.).

A noção de integralidade como perspectiva voltada ao usuário toma uma dimensão crescente, mesmo com a maior parte das pesquisas ainda parecendo estar voltadas para ações pontuais. Segundo Viegas e Penna (2008) dentro da realidade brasileira, para se reconhecer e alcançar a integralidade como um eixo organizativo das ações em saúde, a fim de atender às necessidades de saúde das populações e garantir acesso aos níveis de atenção à saúde, faz-se necessário que os gestores municipais, estaduais e federais passem a dar prioridade à concretização deste princípio, especialmente pela necessidade de se enfrentarem os problemas de saúde bastante específicos vividos pela sociedade brasileira como uma totalidade social, ambiental, sanitária, epidemiológica e assistencial.

Na opinião das autoras, sem mudanças nos pressupostos e paradigmas a nortear o modelo assistencial brasileiro, não se pode esperar resposta satisfatória aos problemas que se apresentam no dia-a-dia da interação da população com os serviços de saúde. Para que as ações de saúde atendam ao princípio da integralidade mediante a demanda de serviços dessa população, é necessária a assimilação deste princípio em prol da reorientação do modelo assistencial de forma a se tornar verdadeiramente integral, humanizado e comprometido, estabelecendo novos elos causais e soluções que possam extrapolar os atendimentos pontuais e fragmentados dos problemas de saúde vistos atualmente, de forma a criar compromissos dos serviços e das equipes de saúde a partilhar com a comunidade os possíveis caminhos e as decisões a respeito da promoção, da prevenção e do atendimento à saúde, e contribuir para a organização dos usuários, famílias e comunidades no esforço de melhorar as condições de saúde (Ibid.).

Examinando artigos nacionais e internacionais sobre a área da saúde, Hartz e Contandriopoulos (2004) observam que os estudos de revisão da literatura mundial mostram a publicação de centenas de artigos voltados para doenças ou cuidados a grupos específicos (redes de atenção perinatal, AIDS, saúde mental etc.), mas trazem poucas referências de pesquisas voltadas ao desempenho de sistemas de saúde no seu conjunto e funcionamento. O foco da produção científica tem se voltado para analisar o gerenciamento em nível corporativo e hospitalar, dando pouca ênfase na atenção ambulatorial ou domiciliar, bem como na trajetória dos pacientes no *continuum* dos cuidados à saúde. No entanto, os autores citam um trabalho de pesquisadores canadenses que em sua opinião viria a preencher essa lacuna, com a utilização de dez critérios propostos por Leatt et al (2000) para que os pacientes ao serem atendidos na atenção primária em saúde possam vir a se assegurar de que realmente existe um sistema integrado de serviços, a saber:

- não precisar repetir sua história em cada atendimento;
- não precisar se submeter a repetições inúteis de exames;
- não ser a única fonte de informação para que o médico ou outro profissional conheça a sua história de utilização de serviços, procedimentos e medicamentos;
- não se restringir a um nível de atenção inadequado por incapacidade de atendimento em outro nível (superior ou inferior);
- dispor de 24 horas de acesso a um provedor de serviços ligado à atenção primária;
- receber informação clara e precisa sobre a qualidade da assistência e resultados esperados das opções terapêuticas, permitindo-lhe fazer escolhas esclarecidas;
- ter acesso fácil (por exemplo, telefone) e oportuno aos diversos exames e profissionais;
- dispor de tempo suficiente nas consultas do primeiro nível de atenção;
- ser rotineiramente contatado para prevenir complicações de problemas crônicos;
- receber apoio domiciliar e treinamento em autocuidado que maximize a autonomia. (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. 334).

Pinheiro (2006) ressalta que no Brasil a maior procura pelos serviços de saúde, por parte da população, ainda se concentra nas instituições hospitalares, e a figura do médico ainda se mantém como central na solução dos problemas de saúde apresentados. Por conta dessa predominância no uso de serviços hospitalares, os modelos de gestão e intervenção estatal no país têm se organizado, pelo menos desde os anos 70 do século XX, em dois eixos estruturantes principais: a assistência médica e as instituições hospitalares. No entanto, na relação entre demanda e oferta nos serviços de saúde, “existe uma incompatibilidade entre os serviços oferecidos e as demandas apresentadas, no que concerne à quantidade e à qualidade” (PINHEIRO, 2006, p. 102).

Para Cecílio (2001) a organização dos serviços de saúde deve ser baseada nas necessidades do usuário para se atingir integralidade da atenção, de modo que sejam trabalhadas várias dimensões no processo de gestão dos serviços em rede, a partir de novas práticas de saúde exercidas no cuidado de cada profissional, de cada equipe. “A garantia dessa integralidade do cuidado tem que ser uma responsabilidade do sistema de saúde e não fruto da batalha individual, muitas vezes desesperada, de cada usuário individual”. (CECÍLIO, 2006, p. 118).

Silva Júnior et al (2006) reafirmam o conceito de integralidade remetendo-o à integração de serviços assistenciais por meio das redes de saúde, reconhecendo-a também como bandeira política, indissociável da universalidade e da equidade, e materializada no cotidiano nas práticas de gestão e do cuidado integral, assim como no controle pela sociedade, de forma a produzir espaços de diálogo entre os múltiplos atores em interação dentro dos serviços da rede, identificando as reais demandas da população, de modo a viabilizar a pactuação de ações articuladas, voltadas a assegurar recursos visando a resolução de problemas de saúde nos diferentes níveis de atenção e nos diversos ciclos de vida dos usuários em acordo às suas necessidades.

Portanto, com a opção de adotar neste trabalho a integralidade do cuidado em rede não apenas enquanto um variável princípio norteador, mas principalmente como uma perspectiva, uma postura teórico-conceitual acerca dos usuários do SUS, passemos então à análise da noção de *rede*, para pensar como se poderia então conceituar de fato, *rede de saúde*.

Fleury e Ouverney (2007) conceituam rede como um fenômeno complexo fundamentado com frequência na noção de que existe uma *estrutura relacional multicêntrica subjacente a uma organização social*. Tal concepção surgiu por volta dos anos 30 do século XX, se firmando desde então como categoria conceitual para o estudo de campos gerenciais e tipos de gestão, sob a forma de redes de políticas, de empresas, de movimentos sociais, etc.

Essa é a compreensão de rede adotada nesta pesquisa, a de que existe uma estrutura multicêntrica subjacente a uma dada organização social, com relações diversas, relativamente estáveis e interdependentes entre os componentes da rede, agrupados entre si para buscar interesses comuns, frequentemente a partir de metas de cooperação e gestão compartilhada. Porém, como as redes envolvem em muitos momentos as políticas públicas, são compostas de atores diversos, sendo necessário também o estudo das relações entre esses atores e o poder público num determinado contexto sócio-político, e assim o estudo de redes poderia ser tomado também como análise da própria estrutura social (Ibid.).

O conceito de rede é de difícil aplicação na prática, devido exatamente à sua multiplicidade, variabilidade e diferença, mesmo se podendo afirmar, ainda assim, a presença de elementos comuns em meio a essa diversidade de atores, instituições, recursos, objetivos, gerenciamentos e entendimentos distintos. A convergência em torno das redes costuma se dar pelo desafio de estabelecer modalidades de parcerias, cooperações e interações, por exemplo, com interdependência e ao mesmo tempo autonomia, e construir modalidades de gestão capazes de tornar viáveis os objetivos e a existência das relações e da estrutura reticular (Ibid.).

Segundo esses autores, a possibilidade de gerenciamento de estruturas complexas e utilização das redes enquanto uma composição policêntrica, envolvendo processos administrativos e produtivos que pudessem, por assim dizer, mediar relações viáveis do Estado com a sociedade, em um novo contexto de gestão de políticas públicas, com o tempo acabou trazendo o fenômeno das redes para o campo da saúde.

Na América Latina, tais mudanças ocorreram principalmente após o processo de redemocratização visto a partir dos anos 80 do século XX, com as alterações ocorridas nos valores e nas organizações sociais, os quais geraram uma maior consciência quanto a direitos civis e reivindicações pela participação cidadã nos processos coletivos (Ibid.).

No Brasil, em particular, o movimento de conquista da saúde como um direito universal e como possibilidade de organizar serviços em rede culminou e foi potencializado pela Constituição Federal de 1988² e pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, de 1990)³. Essa legislação introduziu uma nova organização das instâncias, serviços e atores na esfera administrativa e no processo de gestão do sistema de saúde, ampliando vínculos e relações entre as instituições, a partir de uma política descentralizadora das ações da União para os estados e municípios, tornando possíveis as parcerias entre entes estatais e organizações públicas, privadas e sociais, dando uma nova configuração ao conceito de rede de saúde no Brasil, incluindo três dimensões fundamentais: legal, institucional e gerencial. (Ibid.).

O conceito redes está presente na área de saúde tanto em estudos teóricos e políticas governamentais quanto em estratégias privadas de articulação e integração de unidades de serviços. Suas aplicações são as mais diversas, podendo-se falar, por exemplo, em rede de atenção primária, rede de serviços especializados, redes intergovernamentais, redes de informação etc. Na área da saúde, os significados do termo podem estar relacionados com integração e articulação de unidades de provisão de serviços numa dada especialidade, níveis de complexidade tecnológica, bases de informação estatística sobre fenômenos sanitários, esferas governamentais gestoras, atores de um campo específico da política de saúde, sistema de transferência de recursos financeiros e intercâmbios de serviços etc. (FLEURY e OUVREY, 2007, p. 111).

Para Rocha (2005) a palavra rede (originária do latim *rete*), remete na língua portuguesa à noção de conexão ou junção de nós, individuais ou coletivos, interligados entre si, permitindo unir, substituir, trocar, transformar. Estar em rede, seja uma rede social, cultural, econômica ou política, é (ou sempre foi) uma das condições possíveis para a convivência dos seres humanos neste mundo, considerando a nossa necessidade (ou mesmo a obrigatoriedade) social de continuamente constituir grupos ou comunidades em espaços delimitados e tempos simultâneos.

Essa conceituação de rede como originada no seio sócio-histórico-cultural foi apropriada e generalizada a uma série de atividades humanas que parecem se organizar a partir de redes com possíveis nós e laços comuns. Mendes (2011) aponta as redes de atenção à

² A Constituição Federal, em seu Artigo 198º, diz que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único de saúde, organizado de acordo as diretrizes a seguir. I) Descentralização e direção única em cada esfera de governo. II) Atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. III) Participação da comunidade. (BRASIL, CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 2013).

³ A Lei 8.080, de 13 de setembro de 1990, em seu Artigo 10º, diz que os municípios poderão constituir consórcios para realizar em conjunto, o desenvolvimento correspondente de ações e serviços de saúde. A seguir, em seu Parágrafo 1º, diz que o princípio constitucional da direção única aplica-se aos consórcios municipais. O Parágrafo 2º da mesma Lei diz, por sua vez, que o Sistema Único de Saúde-SUS poderá, no nível municipal, organizar-se em distritos, para integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas à cobertura total das ações de saúde. (BRASIL, LEI ORGÂNICA DA SAÚDE, 2013).

saúde surgindo no Reino Unido durante a década de 20 do século passado, tomando forma, contemporaneamente, na proposta dos sistemas integrados de saúde gestada nos Estados Unidos no início dos anos 90 do século XX, e daí levada, com adaptações, a sistemas de saúde públicos e privados de outros países, incluindo o Brasil. A função das redes de saúde seria prestar um *continuum* de serviços a uma população definida, se responsabilizando pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários relativos à população a que servem.

Santana (2005) ressalta a saúde também como objeto de uma rede entre profissionais que se divide em malhas ou redes menores. E a subdivisão dessas redes ocorrendo sucessivamente em inúmeras outras redes, conforme o objeto de interesses dos atores envolvidos, sejam cientistas ou especialistas que se dedicam a aspectos específicos da saúde, como clínica, farmacologia, saúde pública e outros, associados aos interesses das pessoas ou do conjunto mais amplo da sociedade. Daí a superposição que as comunidades científicas, e mais amplamente as dos profissionais de saúde, fazem entre os seus interesses e os do conjunto da sociedade, argumentando como suas missões a defesa da saúde das populações.

Nessa perspectiva, uma característica marcante dessas redes é a busca permanente de articulação entre os interesses dos especialistas e os das comunidades ou grupos sociais mais amplos, considerados de um modo geral como usuários ou consumidores dos bens e serviços que veiculam o conhecimento detido como objeto dessas comunidades científicas ou profissionais. Não seria exagero reconhecer que nesses processos geralmente prevalecem os interesses dos especialistas em detrimento dos cidadãos, ocorrendo frequentemente uma dissimulada prática de encobrir a essência dos interesses dos primeiros sob a aparência das necessidades ou direitos dos últimos. (SANTANA, 2005, p. 13-14)

Médici (2010) ressalta que a legislação brasileira segue uma tendência internacional iniciada ainda no final do século XX, ao adotar a partir do ano de 2006, pelo Ministério da Saúde, através do Departamento de Articulação de Redes Assistenciais - DARA, a definição e as diretrizes para as Redes de Atenção à Saúde - RAS, organizadas em unidades funcionais e / ou pontos de atenção, com diferentes modalidades tecnológicas, e com integração feita por meio de sistemas de gestão, logística, apoio diagnóstico e terapêutico / assistenciais, com a função de garantir a integralidade do cuidado. Para o autor, a porta de entrada e base para a organização do sistema é a estrutura de atenção primária da saúde. A competência das redes de atenção à saúde é entendida, do ponto de vista governamental, como a capacidade de intervenção na realidade de saúde envolvendo os diferentes atores, instituições, mecanismos e procedimentos, para uma gestão regional e compartilhada da referida rede de serviços.

Contudo, para Porto, Lacaz e Machado (2003), outra tendência conceitual mais transversal de rede é discutida e se dissemina cada vez mais nos debates acerca do tema.

A noção de rede compreende a presença de organizações e entidades interdependentes e ao mesmo tempo autônomas, e a dinâmica de funcionamento das redes construídas depende da capacidade de serem unificados os esforços institucionais e políticos existentes num dado território. Trata-se, portanto, de um processo dialético que inclui tanto o aproveitamento dos recursos existentes quanto a transformação das práticas políticas e culturais em direção a processos democráticos voltados para os direitos e necessidades das populações daquele território. (PORTO, LACAZ e MACHADO, 2003, p. 196).

Para Ceccim et al (2005) a adoção da integralidade como princípio organizador das práticas em saúde significa a ruptura com as formas tradicionais de desenhar programas de atenção à saúde segundo estruturas e ações homogêneas e verticalizadas para diferentes públicos (mulheres, crianças, adultos, etc.). Ao se adotar a noção da rede de atenção integral à saúde, deve prevalecer a diversidade, novidade, inovação, singularização. A rede de saúde na perspectiva da integralidade é pensada então como uma malha em que se obtenha o conjunto de serviços e ações necessárias na forma da integralidade da atenção, rompendo com a rede em forma de pirâmide, na qual estão na base os serviços de menor complexidade, no meio os serviços intermediários de apoio diagnóstico e terapêutico, e no ápice da estrutura piramidal os serviços de alta complexidade.

Os autores irão propor então a rede de serviços na gestão do SUS sendo desenvolvida como uma malha de produção de cuidados ininterruptos e contínuos à saúde, funcionando como se fossem nós e fluxos de nós interconectados, podendo mesmo ser superado o conceito de níveis de complexidade nas práticas de saúde, passando a se pensar a noção de rede em malha, de acordo com a ideia de rizoma proposta por Deleuze e Guatarri (1995), como um tipo de raiz que não é axial, não funciona como eixo principal, mas como uma ramificação, uma trama ramificada em nós, uma malha da qual não importa a sua forma, seus limites e dimensões, mas sim seu nós, suas conexões, seus pontos de convergência e bifurcação.

A partir da noção de rede enquanto um rizoma, pensada em forma de malha, Silva Júnior, Alves e Alves (2005) citam o funcionamento ideal dos serviços de saúde, respondendo à diretriz da integralidade em saúde como eixo estruturante, como uma rede de cuidados ininterruptos, ordenada de forma circular e, portanto, contando com múltiplas entradas, tendo os seus fluxos distribuídos segundo as necessidades dos usuários nos diversos níveis de atenção. Essa rede se caracteriza como uma malha sem início ou fim, e no meio estariam seu nós, ligações e conexões. A acessibilidade dos usuários se daria pela necessária conexão de cada nó da rede de serviços com os outros nós existentes, implicando no acesso irrestrito da população ao atendimento digno, de acordo ao seu desejo, vontade e necessidade, seja qual for a porta de entrada ou o serviço escolhido para acessar essa rede.

Porém, este ideal de rede da política de saúde e / ou da literatura é de fato o que se pode ver na prática profissional, no dia-a-dia dos usuários quando são atendidos nos serviços? Como está organizada concretamente a rede física para a assistência à saúde da população?

Normalmente, os serviços de saúde são planejados por áreas geográficas e cobertura populacional, para atendimento às demandas dos usuários. Em Belém, capital do Estado do Pará, por exemplo, a cobertura da rede de saúde está projetada de forma a contemplar os usuários pela oferta de serviços de saúde gerenciados triplamente através de gestão municipal, estadual e federal, ainda que tal divisão não seja o foco do indivíduo ao buscar a assistência.

Nos quadros 01 e 02, abaixo relacionados, se pode visualizar que a maior parte das unidades de assistência fica sob a gestão municipal, porém esta esfera contempla em maior número os serviços de atenção básica e saúde da família, ainda que também seja responsável por unidades de atendimento especializado e hospitais de pronto-socorro.

Quadro 01: Unidades de Saúde, Unidades de Saúde da Família e NASF (Gestão Municipal).

Estabelecimentos de Saúde	Quantidade
Unidades de Saúde (Atenção Básica)	19
Unidades de Saúde (Urgência e Emergência 24h)	10
Unidades de Saúde da Família	52
Núcleos de Apoio à Saúde da Família NASF (Em implantação)	02
Total	83

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Belém: <http://www.belem.pa.gov.br/app/c2ms/v/?id=12>. Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde - CNES: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Prestador.asp?VEstado=15&VMun=150140.

Quadro 02: Serviços Especializados (Gestão Municipal).

Estabelecimentos de Saúde	Quantidade
CAPS para Adultos (Saúde Mental)	02
CAPS Infantil (Saúde Mental)	01
CAPS AD (Álcool e Outras Drogas)	01
Centro de Testagem e Aconselhamento CTA (HIV/AIDS)	01
CASA DIA (Soropositivos)	01
Centro de Especialidades Médicas e Odontológicas (Infantil e Adulto)	01
Casa da Mulher (Gravidez de Risco)	01
Casa do Idoso (pessoas acima de 60 anos)	01
Casa Recriar I (Reabilitação Infantil)	01
Centro de Atenção à Saúde Escolar (Infantil e Adolescente)	01
Unidade de Pronto Atendimento – UPA (Urgência e Emergência 24h)	01
Hospitais de Pronto-Socorro (Urgência e Emergência Hospitalar)	02
Unidade Mista (Hospital de pequeno Porte)	01
Total	15
Total (Municipal)	98

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde - Belém: <http://www.belem.pa.gov.br/app/c2ms/v/?id=12>. Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde - CNES: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Prestador.asp?VEstado=15&VMun=150140.

Já quanto aos serviços de saúde na cidade de Belém-Pará sob a tutela da gestão estadual, no quadro 03 a seguir vislumbram-se principalmente as unidades de atendimento especializado, além dos hospitais gerais, e hospitais ou prontos-socorros especializados, além de alguns outros serviços tais como unidades móveis fluviais, laboratórios e hemocentros, além de alguns poucos centros de saúde ou unidades básicas de saúde prestando atendimento de média complexidade e contemplando, predominantemente, especialidades médicas.

Quadro 03: Centros e Unidades de Saúde, UREs, CAPS, Hospitais e Outros (Gestão Estadual).

Estabelecimentos de Saúde	Quantidade
Centro de Saúde Escola (Média Complexidade)	01
Unidade Básica de Saúde (Média Complexidade))	01
Unidade de Referência em Necessidades Especiais (PNEE)	01
Unidade de Referência Fluvial (Unidade Móvel Fluvial)	01
Unidade de Referência Criança e Adolescente (Infanto-juvenil)	01
Unidade de Referência a Adultos (Média Complexidade)	02
Unidade de Referência Doenças Infecciosas (HIV/AIDS)	01
Unidade de Reabilitação Psicossocial (Psiquiatria - Especializada)	01
CAPS para Adultos (Saúde Mental)	04
CAPS AD (Álcool e outras Drogas)	01
Hospitais Gerais (Alta Complexidade)	05
Hospital Urgência e Emergência (Pronto Socorro Especializado)	01
Hospital Especializado (Obstetrícia/Pediatria)	01
Centro de Hemodiálise (Renais Crônicos)	01
Laboratório Central (Análises Clínicas em Geral)	01
Centro de Hemoterapia e Hematologia (Sangue e Hemoderivados)	01
Total (Estadual)	24

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde - CNES: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Prestador.asp?VEstado=15&VMun=150140.

E finalmente, quanto à rede de serviços sob a responsabilidade da gestão federal em Belém-Pará, podem ser observadas no quadro 04 algumas unidades gerenciadas por órgãos do governo federal, tais como hospitais militares (estes evidentemente voltados para o segmento populacional específico das corporações militares adjacentes e seus familiares), além de 02 hospitais e um centro odontológico, ligados à universidade federal local, e ainda um laboratório central voltado para a análise de doenças tropicais e / ou infecciosas.

Quadro 04: Hospitais Gerais, Hospitais Militares e Centro Odontológico (Gestão Federal).

Estabelecimentos de Saúde	Quantidade
Hospital Geral Universitário	01
Hospital Dia Universitário	01
Centro de Especialidades odontológicas	01
Hospitais Militares	03

Laboratório Central	01
Total (Federal)	07
Total Geral (Municipal/Estadual/Federal)	129

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde - CNES: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Prestador.asp?VEstado=15&VMun=150140.

No geral, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde - CNES relacionava em janeiro de 2014 um total de 1.831 (um mil oitocentos e trinta e um) prestadores de serviço de saúde na cidade de Belém do Pará, entre unidades públicas, privadas, filantrópicas e sem fins lucrativos, entre outras, sendo muitas delas relativas a serviços referentes a questões de gestão em saúde (tais como serviços burocráticos, cadastros, registros, sistemas de informação, etc.), e outras sendo destinadas a atividades diversas (apoio diagnóstico, farmácia, regulação, entre outros), estas acessadas anterior ou posteriormente aos serviços de assistência direta à saúde dos usuários do SUS, e por tal motivo não foram incluídas no levantamento aqui realizado.

Na esfera pública da gestão municipal dos serviços de saúde foi identificado ainda o serviço de atendimento de urgência e emergência, em convênio com o governo federal, o projeto SAMU 192 (Serviço Móvel de Urgência), o qual realiza atendimentos 24h, disponibilizando ambulâncias após chamadas telefônicas. Essas unidades móveis prestam socorro a usuários vítimas de acidentes ou em situações clínicas com risco iminente à vida humana⁴ atuando como retaguarda na assistência domiciliar aos usuários do SUS, integradas aos serviços de saúde da atenção básica, aos serviços especializados e também aos hospitais.

Portanto, a cidade de Belém possui um número de estabelecimentos de saúde de 129 (cento e vinte e nove) unidades relacionadas nesta pesquisa, ou 130 (cento e trinta) serviços, se considerado o SAMU, atendimento móvel, voltados ao atendimento direto, público e gratuito dos usuários do SUS, quantidade de serviços esta muito provavelmente insuficiente, se considerada a sua população geral estimada em 2013 pelo IBGE em aproximadamente 1.425.922 (um milhão quatrocentos e vinte e cinco mil e novecentas e vinte e duas) pessoas residindo na capital do Estado do Pará⁵.

Em relação às unidades hospitalares disponíveis à população de Belém (tanto públicas quanto privadas, filantrópicas, beneficentes, com e sem fins lucrativos, etc.), dos 48 hospitais cadastrados no CNES, 20 são hospitais gerais, 24 são hospitais especializados, 03 são prontos-socorros e 01 é hospital-dia, e em meio a todos esses, 15 deles constam como

⁴ Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Belém (SESMA), disponível em: <http://www.belem.pa.gov.br/app/c2ms/v/?id=12>. Acesso em 16 de janeiro de 2014.

⁵ Fonte: Site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=150140&idtema=119&search=para/belem/estimativa-da-populacao-2013>. Acesso em 15 de janeiro de 2014.

hospitais públicos prestando serviços ao Sistema Único de Saúde-SUS, correspondendo a 32% das unidades hospitalares em geral cadastradas na cidade pelo Ministério da Saúde.

Desses 15 hospitais públicos existentes em Belém-Pará, 05 deles pertencem à esfera federal (sendo 03 de atendimento a militares), 07 hospitais fazem parte da esfera estadual (estando em maior número no atendimento direto à população em geral), e 03 hospitais ligados à esfera municipal. Segundo Moraes (2012) o Hospital público escolhido para esta pesquisa é o que apresenta o maior volume de atendimento de usuários entre os hospitais públicos de Belém-Pará, chegando a uma média de 37.000 atendimentos / mês.

Neste estudo, com o intuito de verificar o funcionamento dos serviços de saúde no atendimento às demandas dos usuários, adotamos a noção da universalidade ao cuidado no SUS pensada a partir de qualquer ponto da rede, ou seja, pelo princípio da universalidade, a rede de serviços deveria ser acessada a qualquer momento, a partir de qualquer porta de entrada, em qualquer unidade do SUS.

Por outro lado, dentro da rede de saúde ideal, em acordo com o princípio da equidade, todos os usuários, mesmo quando considerada a sua condição desigual, quanto aos aspectos sociais, culturais, econômicos, entre outros, deveriam ser tratados com igualdade dentro da estrutura disponível de assistência à saúde.

E finalmente, pelo princípio / diretriz da integralidade, quaisquer demandas do cidadão teriam que ser atendidas nos serviços de saúde, ainda que não previstas inicialmente e mesmo quando consideradas como demandas espontâneas, e também nos casos de serem verificados sintomas físicos com ausência de doenças correlacionadas nos usuários, o atendimento poderia e deveria ser realizado, e outros serviços da rede acessados, quando necessário.

Ou seja, nessa rede ideal, tudo funciona de maneira perfeita. Na rede de saúde concreta, conforme o exemplo proposto, os serviços de saúde da rede física existentes na cidade de Belém-Pará, sendo aqui considerados apenas aqueles que prestam atendimento direto aos problemas de saúde dos usuários do SUS (num total de 129 estabelecimentos identificados, ou 130 serviços, se incluído o SAMU, atendimento móvel), quando considerados em relação à população total estimada na área urbana total (cerca de um milhão e meio de habitantes), se adotarmos uma proporcionalidade de *unidades por habitante*, teríamos como resultado uma equação com cerca de 01 estabelecimento de saúde por cada 11.500 (onze mil e quinhentos) habitantes desta cidade.

Na mesma proporcionalidade numérica, quando considerados os 15 hospitais públicos da cidade, obteríamos a resultante de aproximadamente 01 hospital para cada cem mil habitantes em Belém, e se ampliarmos o cálculo pelo número de hospitais em geral, incluindo

os demais serviços hospitalares (privados, beneficentes, filantrópicos, sem fins lucrativos, etc.), somando 48 hospitais, a proporção aumenta para uma estimativa de 01 hospital a cada 31.250 (trinta e um mil e duzentos e cinquenta) habitantes.

Esta proporção pouco numerosa de unidades do SUS, e muito abundante de usuários em potencial, obtida quando a rede concreta de serviços é visualizada, pode levar à conclusão de que o número de estabelecimentos de saúde é possivelmente insuficiente para atender às demandas gerais da população, mesmo quando se considera que nem todos os cidadãos vão adoecer ao mesmo tempo ou necessitar de atendimento em saúde em algum momento da vida.

É bem provável, portanto, que seria necessária uma rede de saúde com muito mais serviços implantados para prestar um atendimento mais digno, sem superlotação ou precariedade aos usuários do SUS em Belém-Pará. Essa realidade, guardadas as devidas diferenças e contextualizações, parece também ser a realidade no restante do país.

Pinheiro (2006) sustenta que é nítida uma linha divisória entre as transformações ocorridas na Legislação e no sistema de saúde brasileiro, e as modificações que ainda precisam ocorrer nas estruturas que sustentam o sistema: as instituições de saúde.

Para essas instituições, têm sido desenhados modelos assistenciais em saúde que mais parecem externos a elas, com pouca ou nenhuma interlocução com a realidade concreta. Racionalmente pensados, os modelos assistenciais têm-se mostrado pouco eficientes no cumprimento de seus objetivos, o que reforça a idéia de que as práticas podem ser eficazes quando postas como potentes ferramentas de construção do SUS e, por que não, da materialização da integralidade como direito e como serviço (PINHEIRO, 2006, p.106).

Ao se chegar, então, na percepção da provável insuficiência da rede de serviços concreta para o atendimento ao usuário, nota-se por outro lado, a rede da política de saúde vista nos manuais e na legislação, possivelmente como uma abstração, um ideal frequentemente não comprovado no exame da realidade, quanto aos equipamentos hoje existentes e disponíveis no SUS. Tal fato gera certa confusão entre a exatidão projetada pelas políticas de saúde, quando relacionada com as práticas do dia-a-dia das unidades junto aos usuários.

Na legislação e na política de saúde, a rede de assistência é um direito inalienável, e como tal, não pode deixar de ser um modelo abstrato e infalível, de ter que funcionar sempre em perfeita ordem. A rede de saúde física, a dos equipamentos, unidades e serviços concretos, por outro lado, é imóvel, é inerte. Essa rede de saúde não existe de fato a não ser quando tornada viva por todos os atores que a compõem, mas principalmente pelos usuários (ao buscarem o cuidado nos serviços de saúde) e profissionais (ao ofertar o cuidado).

Essa é a rede real, factual, aquela onde o atendimento é demandado e ofertado, a qual pode e deve ser também construída em seu movimento e uso, para deixar então de ser imóvel e inerte, justamente ao ser acionada e utilizada em todos os seus potenciais recursos, durante o atendimento, cuidado e / ou assistência integral à saúde humana. Essa rede de saúde viva, obtida no dia-a-dia dos hospitais, unidades de saúde, serviços especializados, assistência à comunidade, entre outras modalidades, é por si só diferente da rede física concreta (os prédios-sede, equipamentos, tecnologias, aparatos, materiais, etc.), como também da rede abstrata engendrada pelos manuais, políticas e legislações em saúde.

Mas qual seria o papel dos profissionais na construção dessas redes informais, baseadas não apenas na existência dos serviços inertes a serem ativados, indispensáveis como recursos tecnológicos, nem tampouco fundamentadas na legislação e nas políticas de saúde, mas predominantemente potencializadas como redes a serviço do contato e das relações entre as pessoas, no cuidado prestado ao ser humano, na demanda por atenção à sua saúde?

Vimos ao longo desta exposição como a concepção ideal de rede está projetada na política de saúde e de certa forma materializada na rede concreta de serviços de saúde existente. Porém, essa rede de saúde torna-se real de fato quando é ofertado o atendimento na prática profissional, ou no ato dos usuários ao buscar a assistência dentro dos serviços, tornando a rede física algo vivo e em movimento, no cotidiano do cuidado em saúde.

Para Franco (2006) no processo de trabalho em saúde o cuidado se produz sempre em rede, a partir dos encontros entre trabalhadores e desses por sua vez, com os usuários, constituindo um fluxo permanente entre os serviços através dos sujeitos envolvidos, entre os quais se processa uma *rede de relações*, auto-referenciada pelos próprios trabalhadores, no caso do atendimento prestado por estes, mas que deve ser sempre direcionada à produção do cuidado, centrada nos campos de necessidades dos usuários. Dessa forma, a gestão dessas redes relacionais é realizada pelos próprios protagonistas (sejam trabalhadores, sejam usuários), e isso é possível no campo da saúde justamente porque existe uma forte presença do trabalho vivo em ato na produção do cuidado, com alto grau de liberdade, criação e invenção na ação cotidiana e nos processos produtivos, esboçando dessa forma um auto-direcionamento dos sujeitos nas relações em direção a uma rede de cuidados.

Qualquer ponto da rede pode ser conectado a outro, isto é, a lógica da rede não deve ser a mesma da matriz burocrática que define a hierarquia das conexões ou a direção dos fluxos, mas acontece pela ação dos trabalhadores no cotidiano, quando se colocam em *relação* com os outros, operando o tempo todo na alteridade. Esse agir na micropolítica do processo de trabalho pode estar sintonizado na idéia de produção de um “cuidado cuidador” e está articulado a uma forma de trabalho centrada sobre o mundo das necessidades dos usuários. (FRANCO, 2006, p. 470).

Esse é o papel dos profissionais e usuários do SUS nos serviços, construir redes de saúde formais e informais baseadas nas demandas dos usuários e na oferta do cuidado pelo profissional, no dia-a-dia, no corpo a corpo do atendimento. Porém, nesta pesquisa decidimos ver como se dá esse cuidado em saúde a partir da *perspectiva do usuário*, por considerar que esta ainda não é a visão predominante quando se faz estudos sobre o cuidado integral em rede.

Segundo Pinheiro e Mattos (2006) a raiz da idéia de vir a considerar o usuário como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades, é a de buscar garantir a sua autonomia ao obter o cuidado em saúde na perspectiva da integralidade e da gestão do cuidado.

É importante enfatizar que o cuidado na atenção à saúde, nessa perspectiva, é tomado como uma tecnologia assistencial complexa, presente em todos os níveis de atenção do sistema, pois, ao praticá-lo, se buscariam estabelecer *relações de saúde e relações sociais*. [...] Observamos nas experiências que o cuidado, como tecnologia apresenta três aspectos importantes: o primeiro se refere à democratização do processo de trabalho na organização dos serviços – participação dos usuários e dos diferentes profissionais nas decisões sobre a gestão do cuidado nos serviços; o segundo diz respeito à renovação das práticas em saúde – numa perspectiva de integralidade da atenção com a oferta de novas práticas terapêuticas – e o terceiro se volta à valorização do cuidado como uma tecnologia complexa em saúde. (PINHEIRO e MATTOS, 2006, p. 15).

Silva Júnior, Alves e Alves (2005) enfatizam o cuidado como a própria razão de ser do campo da saúde, como o meio e o fim das ações e práticas desenvolvidas pelos profissionais nos serviços, caracterizando um encontro entre seres humanos, e por isso este deve ser utilizado como categoria de análise para interrogar as instituições responsáveis por sua produção no trabalho em saúde.

O trabalho em saúde tem como característica o encontro entre pessoas que trazem um sofrimento ou necessidade (usuário) e outras pessoas que dispõem de um conhecimento específico ou de recursos instrumentais que podem solucionar o problema trazido pelos primeiros (profissionais). Nesse encontro são mobilizados sentimentos, emoções e identificações, que dificultam ou facilitam a aplicação dos conhecimentos do profissional na percepção das necessidades de atenção ou interpretação das demandas trazidas pelo usuário. (SILVA JÚNIOR, ALVES e ALVES, 2005, p. 79).

Essa perspectiva do encontro entre profissional-usuário enquanto uma relação de saúde e uma relação social no exercício do cuidado é abordada por Merhy (2005) quando afirma que todos os profissionais de saúde se defrontam no cotidiano com situação complexas e de difícil solução, e neste espaço da prática em saúde devem responder pela produção de um *cuidado que cuida*, comprometendo-se de fato com a vida do outro, sendo esta uma produção na forma de relações. Este agir relacional nas praticas diárias abre-se em ato a todas as

possibilidades instituintes no campo da saúde, caracterizando o trabalho vivo para as equipes construírem nos seus cotidianos os encontros em aberto, no cuidado relacional com o usuário. O autor cita, então, alguns exemplos de pedidos possíveis de ser inscritos nas relações com os usuários nessa dimensão cuidadora:

- relação intercessora com o mundo subjetivo do usuário e seu modo de representar e construir necessidades de saúde;
- relação acolhedora que inclua o usuário como sujeito de saberes e práticas no campo das ações em saúde;
- relação acolhedora com o usuário que permita produzir vínculos e responsabilizações entre todos que estão implicados nos atos de saúde;
- relação que permita articulação de saberes para compor as valises tecnológicas e os projetos de intervenções em saúde do modo mais amplo possível;
- relação que possibilita o encontro dos núcleos profissionais a partir do mundo do usuário como lógica capturante das outras lógicas, e não o contrário;
- relação que se compromete com a finalidade dos atos de saúde como efetivos para a qualificação do viver individual e coletivo;
- relação que se orienta pela aposta no agenciamento de sujeitos morais implicados com a defesa da vida individual e coletiva;
- relação de inclusão cidadã, que opera na construção de autonomias e não de clones no campo da produção dos sujeitos sociais; entre outras. (MERHY, 2005, p.203).

Para Camargo Junior et al (2006) quando há entre o profissional e o usuário uma relação acolhedora, com uma forma satisfatória de ação sobre o problema de saúde, de forma que o trabalhador empregue todo o seu potencial relacional, o usuário reage com maior implicação aos atos assistenciais, se motivando para atuar com maior ou menor protagonismo, mas de qualquer modo sendo sujeito no seu processo de cuidado à saúde. O indivíduo não é, portanto, um ser passivo diante de tudo o que ocorre nos serviços da rede assistencial, principalmente quando se atua não apenas no problema concreto, mas também na esfera da sua subjetividade, de forma que faça uma aposta na vida e busque produzir o autocuidado.

Processos como o de educação à saúde, ações programáticas, por exemplo, só serão eficazes se conseguirem atuar no âmbito da angústia e da baixa auto-estima das pessoas que buscam os serviços de saúde e, para isto, é necessário acolher, demonstrar solidariedade, operar tecnologicamente as relações para produzir no usuário a idéia de sujeito cidadão, autônomo e protagônico. (CAMARGO JUNIOR, 2006, p. 229).

Silva Junior, Merhy e Carvalho (2005) refletem sobre alguns ruídos existentes no ato de cuidar em saúde, nas relações durante o atendimento aos usuários no SUS. O primeiro deles seria a dificuldade de dar escuta ao usuário e acolher as suas demandas, e esse não reconhecimento do outro vem causando incontáveis fracassos na relação entre trabalhadores e usuários. O segundo ruído vem a ser a incapacidade de articular conhecimentos gerais e especializados na investigação dos problemas trazidos pelos usuários, gerando a visão

fragmentada do paciente e desfocada da integralidade na atenção à sua saúde. E finalmente, o terceiro ruído seria a utilização de projetos terapêuticos individualizados e os tipos de tecnologias em saúde tradicionalmente adotadas, tais como a ênfase em exames, prescrição de medicamentos e a realização de procedimentos, ao invés de processos educativos, a comunicação entre diferentes profissionais e a criação de espaços terapêuticos nas equipes de saúde.

As equipes de saúde exploram pouco os espaços relacionais com os usuários como espaço terapêutico e pouco conhecem sobre outras tecnologias que ofereçam apoio psicológico, vivências alternativas e ações que desloquem o eixo terapêutico da correção de “disfuncionalidades” biomecânicas para o fortalecimento da auto-estima, dos espaços afetivos, da autonomia e da vida saudável. (SILVA JUNIOR, MERHY e CARVALHO, 2005, p. 124).

Cecílio (2006) elaborou uma taxonomia com 04 conjuntos de necessidades de saúde que exprimem aspectos tanto individuais quanto sociais dos usuários do SUS, vistos a seguir.

1) Ter boas condições de vida (tanto em relação ao binômio saúde-doença quanto em relação à moradia, trabalho, condições de vida, etc.). Essa necessidade pode aparecer devido a más condições de vida, como desemprego, violência no lar, doença, entre outras. 2) Ter acesso e poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a própria vida. 3) Haver possibilidade de criação de vínculos (afetivos) entre cada usuário e as equipes e profissionais de saúde, criando uma referência entre pessoas, uma relação de confiança, calorosa, pessoal, particular, intransferível, um encontro de subjetividades. 4) O usuário passar a ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar vida.

Par o autor, as necessidades de saúde dos usuários são trazidas aos serviços em forma de demandas diversas por tipos de atendimento, de acordo com a oferta identificada na rede de assistência. Essas necessidades precisam de alguma forma ser escutadas e traduzidas pelas equipes de saúde nas relações afetivas e no encontro com o usuário, devendo prevalecer, sempre, o compromisso e a preocupação de se buscar ofertar o atendimento integral a essas necessidades travestidas em alguma demanda específica.

A demanda é o pedido explícito, a “tradução” de necessidades mais complexas do usuário. Na verdade, demanda, em boa medida, são as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem. A demanda pode ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames (as ofertas mais tradicionalmente percebidas pelos usuários...); as necessidades podem ser bem outras. [...] Assim, a integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço de cada equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual. (CECÍLIO, 2006, p. 116).

Quando os usuários não costumam ver as suas demandas e necessidades atendidas formalmente nas relações travadas nos serviços de saúde, podem aparecer as chamadas redes sociais informais ou redes de apoio social, nas quais as pessoas buscam novas maneiras de ter melhores condições de vida, sendo uma das grandes demandas da população a questão dos problemas coletivos de saúde-doença, e a busca pela garantia do acesso aos serviços públicos e demais serviços de saúde, acesso às equipes e aos profissionais, e acesso à tecnologia disponível numa determinada rede de saúde, dentro de um contexto social específico.

Lacerda et al (2006) conceituam *rede social* como um simples agrupamento de pessoas, uma teia de relações na qual os sujeitos estão conectados por laços ou vínculos sociais. Para esses autores, a noção de rede social tem sido usada para caracterizar diferentes situações e contextos, a saber. 1) Descrição e análise de processos políticos. 2) Instrumento metodológico para estudos e pesquisas. 3) Ferramenta clínica a ser utilizada nas práticas de saúde, através do modelo de rede social. 4) Estratégia de ação coletiva e mobilização da sociedade civil para melhoria das condições de vida das classes populares.

A abordagem da rede social como uma ação coletiva é desenvolvida pelos autores a partir do pressuposto de que a sociedade civil se organiza em redes não-institucionalizadas como uma estratégia de enfrentamento às condições de precariedade do cotidiano e dos impasses no atendimento adequado por parte do Estado e dos governos, na oferta adequada aos problemas em geral enfrentados pela população, e em particular no que diz respeito a oferecer e executar serviços básicos de saúde.

Assim, as questões de saúde-doença, por um lado, e os limites de acesso e resolutividade dos serviços públicos e privados de saúde, vão permitir a formação de redes de apoio social, constituídas por usuários dos serviços de saúde que possuem *interesses em comum*, mais do que interesses comuns, ajudando-se mutuamente no enfrentamento de situações estressantes, na solução conjunta às adversidades do dia-a-dia, e na resolução de problemas ao adoecimento e à busca por serviços de saúde, sejam públicos, privados, não-governamentais, beneficentes, filantrópicos, de práticas alternativas, religiosos, entre outros.

As redes muitas vezes se configuram de tal modo que os vínculos que unem os membros da rede fornecem apoio social, constituindo, assim, as redes de apoio social ou apoio mútuo. Apoio social é entendido aqui como um conjunto de recursos emocionais e tangíveis que os sujeitos recebem por meio de relações sociais sistemáticas, e que gera efeitos positivos tanto para quem recebe como para quem oferece o apoio, com consequentes benefícios à saúde física e mental. (LACERDA et al, 2006, p. 446).

Essas redes participativas de apoio social ocorrem principalmente por iniciativa de moradores de comunidades, complexos de favelas, subúrbios e bairros populares, em que frequentemente a fala dos atores sociais apontam para uma relação direta entre a pobreza e o adoecimento das classes populares, agravada pela fome e desigualdade social, condições de higiene, falta de acesso a água e esgoto, violência, desemprego, falta de remédios e condições de vida digna, completada ainda pela crise na área da saúde, advinda da conjuntura atual de políticas neoliberais no Brasil, em conjunto à boa parcela de ineficácia das ações governamentais em solucionar problemas e melhorar a oferta de serviços básicos. (Ibid.).

Os autores pontuam que as redes de apoio social, quando alcançam o status de redes participativas, ampliam a capacidade de articulação da sociedade civil e a circulação dos recursos disponíveis, favorecendo a tomada de decisões e o empoderamento individual e coletivo dos sujeitos participantes, ainda que não seja um processo fácil de constituir no tecido social, seja pela descrença nos resultados possíveis ou descrédito quanto aos fóruns participativos hoje existentes (conselhos de saúde, conselhos de gestores, conferências, fóruns de discussão, etc.), de forma que as redes sociais aparecem quando os usuários se reúnem em torno de uma utopia que os incentiva a lutar por seus anseios e sonhos (Ibid.).

Por fim, as redes sociais podem, em função do seu poder de articulação, contribuir para novas práticas que atendam às demandas dos indivíduos, e fornecer subsídios para se repensar a gestão dos serviços, fomentando o exercício da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.

Diante das condições de vida e precariedade de grande parte da população, os problemas de saúde-doença ultrapassam os limites da medicina e apontam a importância da integralidade na atenção e no cuidado no âmbito dos serviços de saúde e de um trabalho interdisciplinar e intersetorial. Algumas estratégias de trabalho em rede foram sugeridas pelos diferentes atores sociais, cuja proposta consiste em desenvolver ações articuladas e integradas entre os postos de saúde, PSF, igrejas, ONG, associações de moradores, empresas públicas e privadas, com o objetivo de ampliar a dimensão do cuidado oferecido às classes populares e tornar as ações mais resolutivas. (LACERDA et al, 2006, p. 451-452).

Se as redes de saúde são constituídas nas relações entre pessoas, como vimos, sejam usuários, profissionais, gestores, entre outros, existem algumas estratégias possíveis hoje na saúde para que as pessoas se relacionem e possam pensar ou se articular em rede, trabalhando juntas para fazer um trabalho de encaminhamentos mútuos. Isso pode contribuir para que as redes de saúde de fato se materializem sem sobrecarregar os profissionais e sem deixar de atender às demandas dos usuários, já que a rede não existe de fato, ela tem que ser construída e fluida, com a participação ativa de todos os atores envolvidos.

Na citação anterior, a estratégia de rede proposta para melhor atender os usuários é a articulação integrada das ações entre a rede pública de saúde, as entidades religiosas, ONG's, centros comunitários e a iniciativa pública e privada, com ampla divulgação para o conhecimento de todos, acerca dos serviços ofertados em todas essas instituições.

Mendonça (2006) propõe o avanço na qualificação de gestores e trabalhadores do sistema público de saúde, através da *educação permanente em saúde* através de oficinas, trabalhos de campo de pesquisadores / professores junto aos órgãos de saúde (principalmente das esferas municipais e estaduais), e a realização de cursos de qualificação e de especialização (presenciais e à distância) aos profissionais de saúde nos diversos níveis (projetos e programas da gestão e da assistência em saúde).

Tais ferramentas de educação permanente seriam potencialmente geradoras de aperfeiçoamento em informação, avaliação e uso de tecnologias diversas, métodos de investigação em saúde, e construção de indicadores a serem transformados em conhecimentos úteis para embasar processos de decisão, tanto na *gestão* quanto no *gerenciamento* de sistemas, redes e unidades, chegando finalmente nas *práticas em saúde*, considerando o fazer cotidiano dentro de um serviço de saúde, e estendendo-se ao *controle social pelos usuários* e população em geral, pela inclusão destes em cursos e atividades educativas. (Ibid.).

Ceccim e Ferla (2006) afirmam que a construção da integralidade, quando se trata de um sistema de saúde, inclui ao mesmo tempo a rede de serviços integrada, as práticas cuidadoras estruturadas a partir dos anseios / necessidades dos usuários, a participação e controle social, e ainda a educação permanente em saúde. A estratégia de atenção à saúde pressupõe inovações nas formas de atenção, com gestão participativa da política de saúde que inclua usuários, trabalhadores, gestores, formadores, estudantes de saúde, entre outros.

Os autores propõem então a adoção de *linhas de cuidado*, criadas dentro de uma rede contínua, articulada e organizada segundo o interesse particular dos usuários, com acolhimento e intervenções na rede de produção de saúde baseada em projetos terapêuticos individuais requeridos em cada caso, com continuidade horizontal numa cadeia de cuidados progressivos, com prolongamento de ações intersetoriais, pautadas na autodeterminação do usuário e não na dependência aos serviços, equipes e profissionais de saúde. Essas linhas de cuidado devem ser viabilizadas, pactuadas e financiadas pelos gestores, mas executadas por todos os demais, pois

deve-se estabelecer um processo de trabalho orientado pela discussão e pactuação no interior das equipes, entre as equipes e os gestores, entre as equipes e os usuários, entre os gestores e os usuários; deve haver a garantia de dignidade no trabalho para profissionais e usuários e alta qualidade nos serviços prestados. É fundamental que a

linha de cuidado seja amplamente conhecida e apropriada (com implicação) por todos os trabalhadores e todos os gestores de todos os serviços que integram a rede assistencial, assim como o Conselho Municipal de Saúde. (CECCIM e FERLA, 2006, p. 176).

As linhas de cuidado, segundo esses autores, se dão concretamente através da organização e regulação da atenção cuidadora, podendo ser ordenadas por *ciclo vital* (crianças, adolescentes, adultos, idosos), por *grupo de impacto em agravos* à saúde pública (hipertensão, diabetes, tuberculose, asma, DST/AIDS, saúde bucal, saúde mental, cardiopatias, asma), e ainda por grupo social de *vulnerabilidade específica* (materno-infantil, portadores de necessidades especiais, doenças ocupacionais, mulheres), entre outras. (Ibid.).

Em todos os casos, deve haver um acordo pactuado e uma gestão colegiada, para que os fluxos assistências sejam viabilizados e a mobilidade dos usuários ocorra de maneira facilitada, com livre trânsito na rede ou malha de cuidados. As equipes dos serviços de saúde são responsáveis pela gestão dos projetos terapêuticos e pela inserção em recursos mapeados, próprios da coletividade afetiva dos usuários (família, bairro, trabalho, escola, entidades, ONG's, igrejas, serviços privados, demais serviços da rede pública). (Ibid.).

Visando a superação dos modelos tradicionais na saúde, baseados no fluxo piramidal e nível de cuidado crescente (unidade de saúde, ambulatório de especialidades, internação em hospital, agendamento de retornos) a composição de linhas de cuidado tem ofertado, para os autores, numerosas alternativas de *serviços substitutivos* que buscam concretizar a integralidade das ações e serviços terapêuticos, com práticas cuidadoras ordenadas em linhas horizontais e ininterruptas que podem ser acessadas por todos a qualquer momento, e devem ser amplamente divulgados a todos e entre todos. (Ibid.).

Alguns exemplos desses serviços substitutivos são: programas de acompanhantes terapêuticos, programas de redutores de danos, projetos cuidadores de idosos, programas de acompanhamento domiciliar, casas de parto ou centros de parto normal, casa da gestante, academia da cidade, centro de especialidades odontológicas, moradias terapêuticas, centros de atenção integral à saúde, clínicas de radio e quimioterapia, atividades de educação popular em saúde, oficinas de arte-terapia, entre outros. (Ibid.).

A noção de linhas de cuidado se prende à noção de organização da atenção à saúde que toma como referência o conceito de práticas cuidadoras. Assume, na ordem da gestão dos sistemas de saúde, que os serviços se mostrem encadeando uma rede de serviços cuidadores, uma trama de linhas singulares entrelaçadas para a construção da resolutividade assistencial e do acolhimento de pessoas em rede. A produção de linhas de cuidado traz consigo um processo de desenvolvimento de ações e de serviços de saúde implicados com a construção – com integralidade – das respostas possíveis às vivências individuais do processo saúde-doença. (CECCIM e FERLA, 2006, p. 180).

Conforme vimos anteriormente, experiências do coletivo de usuários / cidadãos como as redes sociais de apoio, e iniciativas de gestores apropriadas por trabalhadores e usuários, como a educação permanente em saúde e adoção de linhas de cuidado, são estratégias atualmente empregadas para viabilizar o trabalho em rede, para potencializar as relações cotidianas, e facilitar, tanto entre os cidadãos (para acessar a rede), quanto entre os profissionais (para melhor ofertar os serviços), os encaminhamentos, o conhecimento da rede, e a sua finalidade maior: o funcionamento a partir da lógica do usuário. Outra estratégia utilizada para reunir profissionais e refletir sobre as práticas de saúde em rede, como parte das atividades de educação permanente em saúde, é a *supervisão ou apoio institucional*.

Gelman et al. (2009) apresentam relato e discussão de experiência em educação permanente ocorrida na escola estadual de saúde pública da Bahia, com apoio institucional a profissionais do serviço de psicologia do hospital geral do estado, além de outros profissionais inseridos na rede da secretaria estadual de saúde, como parte das ações estratégicas previstas na legislação e nas ações de políticas públicas, buscando um novo modelo na gestão do trabalho e da educação na saúde, dando ênfase às práticas educativas enquanto um componente estratégico de gestão do SUS, exigindo dos gestores e trabalhadores exercícios dialógicos nos mais diversos contextos de trabalho na rede assistencial.

O processo de educação permanente foi realizado pelos profissionais ao longo de um ano, através de um encontro mensal, conduzindo a supervisão no sentido de desenvolver ações reflexivas e reorientadoras do trabalho em equipes multiprofissionais, visando articular a interface produzida entre as necessidades dos usuários e as respostas cotidianas dadas pelos trabalhadores nos serviços de saúde, gerando nesses profissionais muitas interrogações quanto a sua real contribuição na atenção e cuidado em saúde, por exemplo, quanto a promover os eixos da universalidade, equidade e integralidade no SUS, inventando ou não modos de fazer acontecer a construção de redes, as grupalidades e dispositivos de co-gestão dos usuários e trabalhadores, o aumento do grau de autonomia, democracia e participação institucional nos serviços, entre outros. (Ibid.).

A experiência relatada busca discutir as incertezas da prática e a busca dos coletivos multiprofissionais pelo diálogo com o social, para oportunizar a criação de novos modos de fazer dentro do trabalho na saúde, adequando a escuta e o acolhimento como ferramentas eficientes a uma atitude ética, voltada às subjetividades e aos problemas dos usuários que escapam à dimensão dos protocolos hospitalares, adotando também uma posição política e uma dimensão transformadora nos dispositivos de atenção à saúde, redimensionando assim a prática, a construção de redes e as inovações do cuidado entre os profissionais. (Ibid.).

Assim, pode-se dizer que essas equipes de saúde vivenciaram uma ampliação na prática do cuidado, exposta à experimentação da integralidade no cotidiano do trabalho em saúde dentro do hospital, em uma necessária inclusão do trabalhador como dispositivo para valorizar e afirmar a existência humana, numa espécie de reinvenção de si e do outro (o usuário), exigida pela atenção à saúde voltada ao cuidado acolhedor e verdadeiro, mesmo diante da dor, da violência, da perda, da doença.

À medida que os encontros avançavam, o grupo podia repensar o irrepresentável, o não padronizável, a não linearidade de tantas das situações que circulam no contexto hospitalar sitiado pela violência urbana [...]. O apoio institucional afirmou a experimentação do grupo para a conformação de práticas e inventividades que renovam o processo de trabalho e a experiência de ser trabalhador na saúde. [...]. Repensar o cotidiano de trabalho, assumir a necessidade da criatividade, a importância do posicionamento político, da circulação dos diversos discursos entre os diferentes atores sociais que convivem na realidade hospitalar foram conduzindo o grupo a uma conformação própria, singular e capaz de ultrapassar os protocolos e prescrições do discurso biomédico sem precisar ir de encontro a ele, mas dialogando com ele, problematizando-o no cotidiano do trabalho das equipes. (GELMAN et al, 2009, p. 83-84).

Merhy (2006) afirma a questão da integralidade tendo a ver com o entendimento do agir diário do trabalhador na defesa radical da vida, individual e coletiva, vinculado de maneira profunda a um modo ético-político de se posicionar no mundo das práticas de saúde produtoras ou *des-produtoras* de vidas. A principal forma de interrogar possíveis sentidos para a política, a organização ou a produção do cuidado, é tomando como referencial o modo complexo de expressão do mundo das necessidades dos usuários. O autor faz então uma afirmação e uma pergunta desafiadora aos trabalhadores de saúde. Todo profissional de saúde um dia certamente poder vir a mudar de lugar e passar a ser um usuário. Nesse contexto, cabe o questionamento: você seria usuário do seu próprio trabalho cotidiano, como profissional de saúde? A resposta negativa seria certamente muito constrangedora pra qualquer profissional, transformando então as suas práticas em saúde, dando-lhes um novo sentido. (Ibid.).

O campo das ações de saúde vem a ser, antes de tudo, um encontro de multiplicidades, no qual deveria ser possível apostar que sujeitos assujeitados conseguirão emergir como sujeitos autônomos, vindo a produzir novos sentidos para o viver e tendo compromissos mais efetivos com a integralidade da vida, em todas as suas formas de expressão. (Ibid.).

Aposta-se, aqui, que coletivos e indivíduos em tensões criativas, em torno de seus fazeres, tornam-se mais sujeitos de seus destinos, mais comprometidos com a produção da sua liberdade como liberdade no outro, mais iguais, vendo-se na igualdade do outro. E, enfim, que tudo isso tem a ver com a integralidade em saúde. (MERHY, 2006, p. 109).

CAPÍTULO 3. O discurso do usuário da rede de saúde a partir de um hospital público: contextualizando a pesquisa

Segundo Gergen (2009) o ponto central da investigação construcionista é a compreensão de como as pessoas comuns conseguem descrever e explicar o mundo em que vivem. Para adotar esse ponto de vista, a psicologia social deveria abdicar da visão representacionista do conhecimento, deixando de conceber a mente como espelho do mundo. A nova postura a ser adotada é a de que o conhecimento é algo que as pessoas criam juntas, gerando a socialização do que produz a ciência, através de algo construído em conjunto dentro das práticas sociais, e não a partir de algo apreendido do mundo. Os argumentos utilizados por este autor para sustentar a visão construcionista são:

1) Aquilo que consideramos o conhecimento do mundo não é produto de uma teoria universal ou de hipóteses gerais, como pensava a ciência tradicional positivista. A experiência e a linguagem não podem determinar por si só a compreensão do mundo, mas apenas as características de alguns de seus contextos, os quais irão nos dizer de uma relação necessária entre as pessoas e as suas conjunturas históricas, culturais e sociais.

2) Uma teoria social do conhecimento deve levar em consideração não as forças da natureza ou as tendências universais, mas a relação entre as pessoas, pela investigação das variações históricas e culturais, na compreensão das diversas formas de construção do mundo.

3) Nessa perspectiva, até mesmo o conceito empírico de verdade pode vir a ser questionado, pois o grau de sustentação das formas de entendimento socialmente válidas através do tempo se baseia nas necessidades e processos sociais, e não na regularidade empírica das perspectivas teóricas adotadas. As descrições e pontos de vista das pessoas variam com a cultura e o tempo, parecem estar em evolução contínua e são por definição ambíguas, em acordo às predileções e interesses de quem as utiliza. Logo, as interpretações humanas podem ser afirmadas, confirmadas ou modificadas de acordo com o desdobramento das relações sociais no tempo.

4) As formas de compreensão do mundo são negociadas na realidade social, sendo extremamente importantes por estarem conectadas a diversas outras atividades realizadas pelas pessoas, sendo então as explicações e descrições sobre o mundo, formas de ação social, sustentando certos modelos e excluindo outros. Alterar a forma de descrever e explicar a realidade pode ser uma maneira de questionar certas ações e tentar propor outras diferentes. É por esse caminho que a pesquisa construcionista acaba por se ocupar das ações humanas no campo da pesquisa em psicologia social (Ibid.).

Portanto, a psicologia social construcionista adota as práticas sociais produzidas no cotidiano pelas pessoas comuns, adotando a linguagem como prática social e ação discursiva, e analisando assim as *práticas discursivas* e a *produção de sentidos* cotidianos através dos *posicionamentos* dos participantes nas pesquisas em seu cotidiano e pela linguagem em ação. (SPINK, 2010, grifos nossos).

As práticas discursivas constituem um dos focos de análise da psicologia social construcionista, implicando linguagens e contextos, que são expressões de uma variedade de produções sociais, e por isso constituem um caminho privilegiado para compreender a produção de sentidos no cotidiano da vida em sociedade. Logo, as práticas discursivas atravessam o cotidiano, tais como as narrativas, argumentações e conversas, por exemplo, bem como os repertórios linguísticos utilizados nessas produções discursivas, sendo que o uso da linguagem é o que sustenta as práticas discursivas geradoras desses sentidos sociais cotidianos (SPINK, 2004).

Portanto, o sentido é produzido pela linguagem em uso, enquanto uma construção social e ao mesmo tempo como um empreendimento interativo e discursivo, por meio do qual as pessoas constroem os termos que as permitem nomear, entender e lidar com fenômenos e situações à sua volta, dentro da dinâmica de relações consideradas historicamente e demarcadas culturalmente. Nessa perspectiva teórica, para produzir pesquisa com base na produção discursiva dos sentidos se faz necessário salientar a compreensão de alguns termos conceituais basilares para a psicologia social na pesquisa construcionista (Ibid.):

- A linguagem em uso, ou seja, a linguagem concebida como prática social que se constitui no plano social e interativo das produções e condições sócio-históricas.
- O sentido é apreendido como construção social que se alicerça no contexto dinâmico e interacional das relações sociais instituídas em termos históricos e culturais, isto é, à medida que os sujeitos se inter cruzam no mundo, também modificam suas ideias, acepções, ações e posicionamentos sobre o seu entorno.
- O conceito de discurso é direcionado para uma re-produção social na qual são consideradas as regularidades linguísticas e seu uso institucionalizado, não descartando a interlocução com a diversidade e a não-regularidade presentificadas no cotidiano dos atores sociais. O discurso passa a ser associado à configuração de regularidades linguísticas que podem ser estruturadas em contextos e temporalidades distintas. Sua institucionalização admite relações diversas de produção de sentidos, e sustenta tanto aspectos macros quanto singulares, tendências e permanências de uma dada sociedade que ora se entrelaçam, ora se incompatibilizam na concepção dos fenômenos cotidianos pelos grupos sociais.

- As práticas discursivas, são compreendidas aqui como linguagem em ação, referindo-se à constituição de momentos de ressignificações, rupturas e produção de sentidos consonantes ao uso ativo da linguagem pautados tanto pela ordem como pela diversidade. A linguagem em ação prima pelas formas como os atores sociais assumem posições e dão sentido a suas experiências e vivências cotidianas (SPINK, 2004).

- O posicionamento é entendido como as maneiras diferentes de se apresentar e se colocar nas também diferentes situações vivenciadas. Os posicionamentos assumidos durante uma interação navegam por múltiplas narrativas e se articulam em práticas discursivas, pois a linguagem é ação e produz consequências no próprio exercício retórico, num jogo de posicionamentos com nossos interlocutores, produzidas em conjunto e continuamente. (SPINK e MEDRADO, 2004).

Para Araújo (2004) historicamente a noção de *discurso* e *práticas discursivas* aparecem antes de tudo nos escritos de Michel Foucault, e a noção de discurso aparece em sua obra especialmente nos livros “As Palavras e as Coisas” (1966), “Arqueologia do Saber” (1969), “A Ordem do Discurso” (1970) e “Vontade de Saber – História da Sexualidade, Vol. I” (1976). Os conceitos básicos de alguns desses livros são discurso, enunciado, formação discursiva, práticas discursivas, saber e poder, entre outros.

Encontramos em “A Ordem do Discurso” uma interessante definição de Foucault ao conceito de discurso, atribuída pelo mesmo à filosofia ocidental:

[...] o pensamento ocidental tomou cuidado para que o discurso ocupasse o menor lugar possível entre o pensamento e a palavra; parece que tomou cuidado para que o discurso aparecesse apenas como um certo aporte entre pensar e falar; seria um pensamento revestido de seus signos e tornado visível pelas palavras, ou, inversamente, seriam as estruturas mesmas da língua postas em jogo e produzindo um efeito de sentido. (FOUCAULT, 1999, p. 46).

No livro “Arqueologia do Saber”, Foucault relaciona a função enunciativa do discurso ao exercício das práticas discursivas nos contextos histórico-sociais, sendo que prática discursiva:

[...] é um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa. (FOUCAULT, 2008, p. 133).

Em seus cursos no Collège de France, as práticas discursivas são para Foucault elementos singulares que permitem analisar os sistemas de pensamento humano e as suas

relações institucionais, mais uma vez relacionando o discurso ao tempo histórico e às instituições sociais. Pois,

As práticas discursivas [...] são modos de fabricação de discursos. Ganham corpo em conjuntos técnicos, em instituições, em esquemas de comportamento, em tipos de transmissão e difusão, em formas pedagógicas, que, ao mesmo tempo, as impõem e as mantêm. (FOUCAULT, 1997, p. 12).

Segundo Araújo (2004) Foucault contribui de forma ampla para as ciências humanas com uma teoria do discurso que originalmente não é linguística, nem sócio-psicológica, e nem pretende fundar uma nova disciplina científica, enriquecendo a dimensão da análise do discurso ao mostrar que o discurso é uma prática em meio a outras práticas diversas, sendo a função discursiva o terreno em que os atos de fala tomam efeito. Ele (Foucault) analisa, então, uma espécie de *lugar epistêmico* no qual as relações sociais atuam e se distribuem, e na verdade este lugar do discurso e das práticas discursivas é um lugar muito mais da história das lutas e embates humanos do que das regras e estruturas da linguagem.

Por sua vez, Spink (2010) também utiliza como elementos constitutivos do discurso e das práticas discursivas em psicologia social, vários conceitos do teórico russo Mikhail Bakhtin, fazendo referência a obras como “*Os gêneros do Discurso*” (1952-1953), e “*Marxismo e Filosofia da Linguagem*” (1929). Nessas definições, a linguagem é uma prática social, e a *dinâmica* das práticas discursivas é composta pelos enunciados orientados por vozes. Por sua vez, as *formas* dessas práticas são compostas pelos gêneros de fala. E os seus *conteúdos* são chamados de repertórios interpretativos.

Para que a conversação ou interanimação dialógica ocorra, os enunciados (palavras e sentenças) e as vozes (interlocutores) se processam mutuamente na relação entre falantes e ouvintes. Os gêneros de fala focalizam os modos estáveis da fala, os quais se estruturam formando um substrato, facilitando a comunicação e a expressividade dos estilos individuais. Os repertórios interpretativos são classificados como unidades de construção das práticas discursivas que englobam termos, estilos gramaticais peculiares, figuras de linguagem e lugares-comuns, e dependem do contexto em que são produzidos. Todos esses elementos irão compor a construção de sentidos a serem interpretados nas pesquisas. (Ibid.).

O uso do termo práticas discursivas na investigação em psicologia social no Brasil, em acordo aos pressupostos construcionistas, tem conhecido mudanças e evoluções, tanto em relação à diversificação dos grupos de pesquisa hoje existentes e ativos, quanto no que diz respeito aos temas pesquisados, às concepções metodológicas consideradas e nos princípios epistemológicos adotados nas pesquisas voltadas à produção dialógica de sentidos.

Para Spink e Lima (2004) os estudos de psicologia social, por exemplo, relacionados ao campo da saúde, vêm se diversificando, abordando temas múltiplos que vão da implementação das políticas públicas e das práticas em saúde na atenção básica, saúde mental, saúde da família, etc., passando por questões relacionadas a segmentos específicos da população (pessoas em sofrimento, mulheres, idosos, usuários de substâncias, soropositivos, entre outros), sempre em uma perspectiva discursiva e crítica. As autoras citam exemplo de pesquisa realizada com mulheres diagnosticadas com câncer para conhecer o sentido dado por estas à própria doença, com o objetivo de desenvolver técnicas de pesquisa qualitativa que pudessem converter-se em ferramentas de análise aos profissionais de saúde.

Baseados então nas linhas teóricas da pesquisa construcionista, se quis propor neste estudo uma abordagem investigativa em psicologia social a partir de um hospital público vinculado ao SUS, incluindo os aspectos discursivos adotados pelos participantes, o sentido atribuído pelos usuários às práticas de cuidado integral na rede de saúde, ou seja, focalizando a atenção hospitalar / especializada, assim como a atenção primária, os postos de saúde, a saúde mental, entre outros, senão diretamente dentro de todos esses serviços, mas situando-os no discurso dos usuários que por eles tenham passado, antes e depois de terem acessado o atendimento hospitalar.

O hospital é uma instituição produzida em determinado período da história (meados do século XVIII) como *locus* próprio da assistência médica, e de formação e transmissão do saber da clínica (FOUCAULT, 1985) estabelecendo tanto matrizes e tradições assistenciais até certo momento atribuídas à medicina e à saúde, quanto rupturas e continuidades históricas até nossos dias. Nesta pesquisa, o hospital é entendido como um lugar da rede de saúde que possibilita, com maior ou menor facilidade para o usuário, a continuidade do seu percurso na rede de saúde. Outro aspecto a destacar é o lugar central dessa instituição na rede oficial do sistema de saúde, frequentemente apresentando regras e protocolos enquanto dispositivos bem definidos e pouco acessíveis às mudanças advindas das posições dos usuários.

Para Cecílio e Merhy (2005) é grande a importância do hospital na rede de saúde, tanto pela natureza necessariamente multidisciplinar do cuidado nessas instituições, quanto pelos mecanismos de dominação e de relações assimétricas de poder comumente estabelecidos entre as várias profissões nesse ambiente, muitas vezes ocultando a imprescindível colaboração entre os vários trabalhadores, como operadores das tecnologias de saúde, para fazer ocorrer o cuidado verdadeiro, voltado às necessidades dos usuários da rede.

Para esses autores, a discussão da integralidade do cuidado no hospital passa pela relação ampliada com os processos de gestão do cotidiano dessas instituições, e pelo trabalho

dentro das equipes de saúde hospitalares, para uma atuação mais solidária e transversal dentro de uma intrincada rede de cuidados. A transversalidade do atendimento no sistema de saúde deve ser então uma real possibilidade a cada pessoa, de acordo com aquilo que necessita, e o hospital pode ser pensado como uma estação articuladora no circuito percorrido por cada usuário para obter o cuidado integral em rede, sendo essa uma de suas tarefas de gestão.

Se pensamos o hospital como uma estação pela qual circulam os mais variados tipos de pessoas, portadoras das mais diferentes necessidades, em diferentes momentos de suas vidas singulares, podemos imaginar ainda outras formas de trabalhar a integralidade. Por exemplo, o momento de alta de cada paciente deve ser pensado como um momento privilegiado para se produzir a continuidade do tratamento em outros serviços, não apenas de forma burocrática, cumprindo um papel de contra-referência, mas pela construção ativa da linha de cuidado necessária àquele paciente específico. O período da internação pode, inclusive, ser aproveitado para apoiar o paciente na direção de conquistar uma maior autonomia e na reconstrução de seu modo de andar a vida. (CECÍLIO e MERHY, 2005, p. 201).

Assim, optou-se por realizar aqui uma pesquisa em psicologia social com usuários que passaram por um hospital público, em uma perspectiva discursiva / crítica, tomando o hospital como local de referência para a captação dos participantes, para focalizar na perspectiva dos discursos e sentidos dados pelos sujeitos às suas experiências no atendimento hospitalar, num primeiro momento, estendendo-se também à análise das práticas discursivas e dos sentidos dados pelos participantes ao atendimento nos demais serviços da rede de saúde.

O hospital é o nosso local de referência nesta pesquisa, mas o enfoque são os discursos dos usuários acerca de suas experiências e trajetórias dentro da rede de saúde, para saber como se dá na prática esse percurso, considerando que acessaram vários locais ou serviços de saúde além do hospital, antes e após a sua passagem pela unidade hospitalar.

Além disso, levando em conta a interface entre psicologia e saúde coletiva adotada na concepção do tema de estudo, os sentidos dos discursos dos sujeitos foram considerados na perspectiva da integralidade do cuidado em rede, para verificar o atendimento ao usuário e as práticas de saúde em geral hoje adotadas no Sistema Único de Saúde brasileiro.

O projeto de pesquisa foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa do Hospital escolhido para o estudo (Protocolo de Pesquisa nº 020/2012. Parecer de Aprovação nº 89.081, de 03/09/2012). Na realização das entrevistas, apresentou-se a cada participante o protocolo de aprovação pelo referido Comitê de Ética, assim como as informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Todos os cinco (05) usuários que participaram da pesquisa formalizaram sua aceitação como participantes assinando o referido termo. Optou-se por utilizar em relação a eles a denominação: usuária 01, usuário 02, usuário 03, usuária 04 e usuário 05, ao longo de todo o trabalho.

CAPÍTULO 4. Resultados e Discussão

De acordo com a escolha metodológica e o referencial teórico expostos na introdução e nos capítulos anteriores, será apresentada nesta seção a análise das entrevistas com os participantes da pesquisa, os resultados qualitativos obtidos a partir dos discursos dos entrevistados e a discussão teórica pertinente à rede de saúde e à integralidade do cuidado, a partir da perspectiva dos usuários do hospital público, mas buscando a inter-relação com outros serviços de saúde pelos quais passaram, e o sentido discursivo dado por esses sujeitos à sua trajetória assistencial dentro do sistema de saúde.

Quadro 05 – Usuários participantes da pesquisa

Nome	Demanda do Usuário	Idade	Ocupação	Escolaridade	Indicação	Local da entrevista
Usuária 01	Emergência hospitalar	33 anos	Técnica em contabilidade	Ensino superior incompleto	Serviço de psicologia ambulatorio	Residência do usuário
Usuário 02	Internação em cardiologia	58 anos	Músico	Ensino médio completo	Residência multiprofissional	Residência do usuário
Usuário 03	Internação em cirurgia geral	47 anos	Vigilante	Ensino médio incompleto	Equipe clínica médica	Dependências do Hospital
Usuária 04	Tratamento em hemodiálise	39 anos	Governanta	Ensino fundamental completo	Serviço de psicologia hemodiálise	Dependências do Hospital
Usuário 05	Internação psiquiátrica	23 anos	Servidor público	Ensino médio completo	Serviço de psicologia internação psiquiátrica	Dependências do Hospital

Com base em Spink e Lima (2004), sucintamente serão descritos abaixo os passos seguidos para a interpretação dos resultados deste estudo. O principal recurso empregado para obter as informações dos participantes foi a entrevista. Após a realização das entrevistas com os usuários, iniciou-se de imediato a análise e interpretação do material, considerado como uma co-construção dialógica do empreendimento científico entre pesquisador e sujeitos pesquisados. A interpretação foi feita ao longo de toda a realização da pesquisa, sendo uma *atividade-meio* que possui caráter não linear e inacabado, multiplicando-se em formas e conteúdo diversos.

Para a análise das entrevistas como práticas discursivas, fez-se a imersão no material logo após a sua obtenção, observando a emergência do conteúdo das entrevistas, seu uso pelos participantes, e a escuta dos sentidos dados por eles, antes das classificações ou categorizações. Após, foi feita transcrição sequencial, onde se iniciou a identificação das temáticas vigentes em cada entrevista.

Por fim, foi feita a construção dos mapas dialógicos (ou mapas de associação de idéias) e a definição de categorias gerais a partir das falas selecionadas e de seus temas, associando os diálogos às categorias analíticas, preservando a sequência das falas e permitindo a visualização da entrevista como um todo. Esses mapas permitem a visualização da dinâmica interacional e do contexto dos posicionamentos e conteúdos envolvidos.

Cada diálogo foi mantido intacto e deslocado sequencialmente para as colunas ou categorias já definidas (Mapa 01). Os mapas dialógicos têm o objetivo de “sistematizar o processo de análise das práticas discursivas em busca dos aspectos formais da construção sociolinguística, dos repertórios utilizados nesta construção e da dialogia implícita na produção de sentidos” (SPINK e LIMA, 2004, p. 107).

Para tecer essa cadeia de cuidado e conhecer como se deu a passagem dos sujeitos entrevistados pelas unidades do SUS, foram aqui selecionados três categorias ou eixos temáticos baseados nos sentidos trazidos pelos usuários, a saber: 1) sofrimento e crise do usuário; 2) acesso e trajetória assistencial na rede de saúde; 3) posicionamentos sobre as práticas de cuidado integral.

Foram transcritas as entrevistas dos cinco usuários entrevistados, sempre na íntegra, das quais aparecem em nossa análise vários trechos dos discursos dos participantes. Além disso, a análise foi complementada com a construção dos mapas de associação de idéias a partir do repertório linguístico dos sujeitos, dos quais aparecem 10 mapas aqui transcritos. Aparecerão também alguns gráficos contendo trechos dos repertórios linguísticos utilizados pelos usuários e ainda fluxogramas mostrando a trajetória assistencial na rede de saúde de cada participante. A trajetória assistencial particular de cada um será também descrita em forma narrativa, de modo a aprofundar as suas nuances em uma análise crítica.

Os mapas de repertórios linguísticos dos usuários foram utilizados de maneira a dispor os conteúdos das entrevistas dentro das colunas temáticas, sempre preservando a sequência das falas e a dialogia, ou seja, o discurso do usuário aparece na sua forma literal, como no exemplo a seguir.

Mapa 01: Categorias de análise escolhidas a partir do discurso de usuário do SUS (Usuário 03).

Pergunta 07	Sufrimento e crise do usuário	Acesso e trajetória assistencial na rede de saúde	Posicionamento sobre as práticas de cuidado e atenção integral
O atendimento que você recebeu na rede de saúde, antes de ser internado, aí em seguida no Hospital durante a internação, e depois que você saiu, no Ambulatório do Hospital, na Unidade de Referência, está ou não dentro daquilo que você sentia que era o ideal, e pensava que ia ser assim, e queria que fosse? Tem algum exemplo sobre isso?	Olha, quando a gente vai numa consulta, marcar um exame, eu pelo menos, eu vou com muita dor, todo inchado, eu vou me arrastando.		

		Aí a gente tem dificuldade, acha ruim, porque é muita gente, você fica na fila, você espera, infelizmente pra mim já virou uma coisa normal.	
			Aí eu faço um exame, eu consigo, eu batalho, as coisas até saem, só que eu não tenho melhora. Então, se chegarem comigo assim, vambora te operar, vambora tirar a tua próstata, tirar a parte do teu intestino que tá estragada... Só que não tem nem o diagnóstico...
		Eu me sinto doente, faço exame, não dá ferida, já dá o intestino inchado. Aí o outro já dá próstata inchada, o outro já dá uma coisa no rim... Aí eu fico numa situação difícil.	
			Às vezes eles nem sabem mais o que fazer por mim...
	Por exemplo, eu tava com muita diarreia, tava botando sangue coagulado demais, como se tivesse uma ferida dentro de mim, no reto, no intestino, sei lá, não sei se tem alguma coisa com a próstata, com a bexiga...		
			Aí essa médica que me internou, a Dra. X3, eu vim com ela, falei o que eu tinha, ela mandou me internar, não resolveu meu problema, mas me ajudou, né. Eu não sei agora o que ela vai fazer por mim, que tipo de exame ela vai passar...
	O meu caso, pelo que eu sinto só uma operação, porque remédio não dá mais jeito, não.		

Espera-se aqui poder demonstrar a dialogicidade com a qual são manejados na linguagem, por cada um dos cinco usuários entrevistados, os sentidos do que está sendo dito, em acordo à linha metodológica, teórica e conceitual adotada.

Na categoria sofrimento e crise do usuário, aparecem os discursos dos momentos em que o sujeito buscou os serviços de saúde, concomitante ao surgimento do sofrimento físico ou instalação de crise da doença, acompanhados de sofrimento emocional-psicológico, com sentidos diversos atribuídos por cada um dos indivíduos.

Na categoria acesso e trajetória na rede de saúde, os entrevistados se referem ao modo como se sentiram recebidos nos serviços e as observações suscitadas neles mesmos quanto ao fluxo dos atendimentos e quanto ao caminho percorrido.

Já na categoria posicionamento sobre as práticas de cuidado e atenção integral, os usuários refletem sobre as formas de atendimento encontradas na rede, a (in) satisfação experimentada no contato com os profissionais, e as suas reações diante desses contextos. Ou seja, focalizam-se os posicionamentos assumidos e algumas possibilidades de expressão na relação com as práticas de saúde atuais, com a estrutura dos serviços, com as políticas públicas, com o exercício da cidadania e com a conquista efetiva de direitos.

4.1. Sofrimento e crise do usuário

A pesquisa com usuários mostrou, principalmente, histórias de sofrimento. Por tal razão esta categoria foi denominada *sofrimento e crise do usuário*, como um dos eixos de análise das falas e experiências de pessoas atendidas no SUS, focalizando o momento em que a doença se manifestou, as dificuldades ou a crise que causou às vidas dos participantes nessa ocasião, e o sentido dado pelo usuário àquilo que vivenciou.

Permanece na pesquisa, sempre, a produção do sentido dado por cada usuário entrevistado, dentro do contexto no qual cada um se expressou, e a partir da pergunta que lhe foi feita, a qual por sua vez, foi elaborada em acordo à perspectiva metodológica utilizada.

Desse quadro cheio de nuances é que afinal foi interpretado o discurso do usuário acerca das redes de saúde e do cuidado integral (ou não) recebido. Sendo que o usuário foi encontrado e entrevistado no momento em que se encontrava situado ou referenciado dentro da rede hospitalar de saúde, com passagens anteriores ou futuras pelos demais serviços.

Ao longo da análise desta categoria, sempre buscando uma perspectiva ao mesmo tempo dialógica e crítica, serão por vezes mostrados os mapas de associação de idéias dos usuários, a partir dos repertórios linguísticos associados às perguntas que os desencadearam, contendo os discursos em seus testemunhos, depoimentos, protestos e sentidos acerca de dores, sofrimentos, sintomas, crises, incertezas, vicissitudes.

Mas, antes mesmo de analisar as falas dos usuários do SUS, poder-se ia perguntar, será que é possível diminuir, eliminar, resolver ou evitar o sofrimento dos usuários, e a crise comumente deflagrada por esse sofrimento, advindos em conjunto à doença que o acomete?

Para Pinheiro (2004) as histórias de sofrimento e crise refletem múltiplos sentidos e posicionamentos das pessoas que chegam aos serviços de saúde. Portanto, através de seus discursos, os usuários tentam dar coerência às suas experiências de vida, e as palavras que vão utilizar são as que circulam na sociedade e são por eles apropriadas.

Logo, a palavra crise, por exemplo, pode ser empregada num sentido próximo ao de qualquer dicionário, como uma alteração causada por uma doença. Ou ainda, para nomear um sentido discursivo de algo que pode estar sendo percebido como *sem sentido*, o que o sujeito não tem controle, um ataque epilético, o choro compulsivo, a persistência de pensamentos negativos, nos quais novamente a palavra será usada, mesmo que de forma confusa ou pouco clara, para compartilhar o sentido, o contexto do sofrimento e o pedido de ajuda (Ibid.).

No entanto, se a crise vivida e sofrida pelo sujeito não se resolve, o profissional que o atende (seja ele qual for) passa a ser mais um entre tantos, e o usuário pode não sentir que

aquele atendimento vai lhe abrir as portas daquele serviço, ou seja, julgar que não receberá ajuda, que não será compreendido naquilo que procura traduzir ao profissional através do seu discurso, o sentido de sintomas para os quais devem existir explicações médicas, psicológicas e / ou outras, as quais possam lhe trazer soluções terapêuticas eficientes (Ibid.).

Para a autora, cabe ao profissional acolher o discurso trazido pelo usuário, auxiliando este a dar um sentido ou ser reconhecido naquilo que para ele faz sentido, mas não está sendo compreendido pelos demais, sejam profissionais, familiares, outros usuários, etc., sendo a tarefa última do profissional de saúde contribuir na busca do sentido do sofrimento, na compreensão do processo de crise, pelo qual as pessoas possam vir a *ressignificar* a crise sofrida, mais do que eliminar, resolver ou evitar as doenças, as crises e as vicissitudes.

Ao nos aproximarmos da versão do usuário que procura um serviço de Saúde Mental, podemos concluir que o importante, além de ouvir, compreender ou acolher as queixas é, antes de mais nada, ressignificá-las. A ressignificação não ocorre apenas em processos psicoterapêuticos mas em todas as interações com usuários e com os outros profissionais que trabalham na instituição (PINHEIRO, 2004, p. 213).

Com um ponto de vista senão semelhante, mas complementar quanto ao acolhimento do usuário, Bernardes e Ribeiro (2013) asseguram que o rompimento com a automatização dos procedimentos e condutas muitas vezes ainda vistas no campo da saúde e do cuidado, passa por uma modificação na operação das “tecnologias de relações” entre profissionais e usuários, pois o cuidar em saúde necessariamente produz processos de subjetivação no ato em si, no momento do atendimento, e daí vem a importância de problematizar os modos de cuidado atual e produzir novas tecnologias relacionais na assistência ao usuário, para fugir da lógica do tratamento, da rotina, do protocolo, do procedimento acima de tudo.

Os autores afirmam que a integralidade do cuidado na atenção à saúde só pode ser alcançada, então, se o desenvolvimento das pessoas passar a ser tomado como central, e considerado pelos profissionais de saúde na reflexão, em conjunto com o usuário, da ação no cotidiano, na busca de autonomia. Esse propósito de estreitamento da relação profissional-usuário acaba trazendo outras implicações, tais como a possibilidade da construção de espaços para trocas dialógicas entre os dois lados, as quais poderiam enriquecer o trabalho em saúde e contribuir com os usuários em sua maior integração à cidadania.

O caminho das tecnologias do cuidado pode nos ajudar a redesenhar esta trajetória, dependendo das demandas e dos contextos locais, das histórias, culturas, desejos e singularidades. O objetivo é produzir uma clínica baseada nas demandas do usuário e não nas necessidades do profissional. Uma clínica em que o outro não se reduza a um mero objeto a ser controlado pelos mandatários do Estado. Uma clínica que não linearize o tempo e a história das pessoas, que lide com a complexidade que é a vida. (BERNARDES e RIBEIRO, 2013, p. 55).

Portanto, a ressignificação do sofrimento e da crise pelo usuário, e o atendimento do profissional tendo como foco as relações e as demandas da população, são questões básicas para uma clínica nos serviços de saúde voltada para a integralidade do cuidado. Não obstante, no relato das experiências de sofrimento e crise dos participantes da pesquisa na rede de saúde aqui realizada, ainda apareceram no discurso dos usuários do hospital público que serviu de base para este estudo, referências a episódios nos serviços de atendimento em que a necessidade do usuário foi considerada como secundária, e prevaleceu aquilo que foi dito pelo profissional-especialista, no contexto do atendimento sem resolutividade ao usuário.

Esse discurso aparece evidenciado no repertório linguístico da usuária 01, paciente feminina, 33 anos, a qual buscou os serviços de saúde em função do seu adoecimento, referindo sofrimento físico causado por dores no corpo, fraqueza e insônia, e apresentando até mesmo uma hipótese diagnóstica de síndrome do pânico, formulada por ela própria e não confirmada nos atendimentos médicos, tendo sido orientada ao passar pela emergência hospitalar a procurar acompanhamento psicológico e psiquiátrico, porém sem receber encaminhamento referenciado aos serviços da rede, como se pode ver no mapa a seguir.

Mapa 02: Discurso de sofrimento e crise de usuário dos serviços do SUS (Usuária 01).

Pergunta 03	Sofrimento e crise do usuário	Acesso e trajetória assistencial na rede de saúde	Posicionamento sobre práticas de cuidado integral
Por qual motivos você recebeu atendimento psiquiátrico e acompanhamento psicológico no Ambulatório do Hospital e nos outros serviços?			Minha família e eu começamos a desconfiar que eu tinha, ou tenho, síndrome do pânico, porque nenhum médico diz o que eu tenho; na verdade só disseram que eu não tenho nada.
	E como eu tenho alguns sintomas de insônia, dores no peito, uma sensação ruim por dentro, eu não tenho força nos meus braços, olha, é uma fraqueza, um mal estar, eu tô assim estourada, então eu acho que é...		
		Eu não procurei o psicólogo e nem o psiquiatra no hospital e nem me encaminharam também, os médicos da emergência que disseram pra eu ir. Foi aí que a minha mãe conseguiu com a amiga dela uma consulta com o psiquiatra e com a psicóloga do Ambulatório do Hospital. Aí eu fiz só uma avaliação com ele (psiquiatra), e fui liberada, ele só me mandou de volta pro cardiologista. E eu fiz 02 atendimentos com ela (psicóloga - grifos nossos) lá e depois eu fui pro Posto de Saúde 01, porque ela também é psicóloga de lá, é com quem eu tenho ido.	

Essa usuária corrobora em seu discurso ter procurado pela rede pública de saúde em vários pontos (emergência hospitalar, ambulatório hospitalar, unidade básica de saúde e depois ainda uma unidade de referência), mas em alguns deles só conseguiu atendimento através da ajuda de parentes (mãe) e amigos, sendo avaliada em todos esses locais por

diversos profissionais (psicólogo, psiquiatra, cardiologista, etc.), porém mesmo assim seguiu apresentando sofrimento físico e psicológico.

No próximo mapa de associação de idéias a usuária descreve os seus sintomas de uma maneira bastante detalhada, relatando o sentido dado por ela às crises súbitas e insidiosas com presença de desmaios, dores no peito e no corpo, e sensação de infarto, as quais já vinham ocorrendo há algum tempo, como se não tivesse recebido o cuidado adequado e a atenção à saúde de forma integral, persistido na busca por uma explicação quanto aos motivos do seu sofrimento, mas sem encontrar resolutividade para o seu problema, como se vê abaixo.

Mapa 03: Discurso de sofrimento e crise de usuário dos serviços do SUS (Usuária 01).

Pergunta 01	Sofrimento e crise do usuário	Acesso e trajetória assistencial na rede de saúde	Práticas de cuidado e atenção integral
Como você pode descrever a sua experiência de atendimento no SUS, desde o início na Rede de Saúde, depois passando pelo Hospital, até o acompanhamento após a alta?	É... Eu iniciei o tratamento já tem 01 ano e 02 meses, mas faz 01 ano e 06 meses que eu ando tendo crises que ainda não estavam sendo definidas, né? Porque até então era uma coisa muito nova, de ter crises como se eu estivesse infartando, então por não saber do que se tratava, eu tive um desmaio, dores no peito, dores no braço esquerdo, apagou tudo, eu desmaiei.		
			Meu marido... Como nós já pagamos 03 planos de saúde, e fica realmente pesado, né? Pagar mais, e pra minha idade, 33 anos eu acho que já seria, eu acredito, uns 300 reais mais ou menos que entraria a mais no orçamento, eu não tenho plano de saúde e procurei a rede pública. Meu marido me colocou no carro, me levou desesperado...
	Até porque eu tenho bloqueio do ramo direito, eu tenho um eletro que tem esse laudo.		
		Mas chegando lá na porta do Hospital, simplesmente nós não conseguimos entrar!	
	Eu com a respiração muito baixa, batimento cardíaco lá embaixo, gelada, sem cor...		
		Nós não conseguimos entrar na emergência, o porteiro disse que era ordem médica que eu não podia ser atendida mais, era mais ou menos umas 07 horas da noite num domingo... Com isso entrou uma ambulância, meu marido pegou e entrou com o carro a força pra que eu fosse atendida.	
			Nisso a minha mãe tá vindo e não queriam me atender porque eu tava brincando, foi isso que nós ouvimos, mas com muita insistência eu fui atendida por dois médicos que falaram que eu não tinha nada, e com isso afirmaram que eu fui desrespeitosa com a equipe médica, de ter tirado o direito de atendimento de quem realmente precisa, que meus exames não deram nada, e mandaram eu procurar um psiquiatra ou um psicólogo, e a partir disso nós saímos de lá sem ter sido feito uma consulta adequada.
		Então eu posso dizer que na emergência foi uma experiência ruim, porque naquele momento eu não tive o atendimento, porque e se eu tivesse infartando? Eu morreria na frente do	

		hospital. Como as dores no peito permaneciam, eu comecei a tentar o atendimento em várias unidades, e aí como eu não tive muito sucesso, foi que eu procurei o posto de saúde por conta própria, fui atendida por outro cardiologista, pode dizer o nome? O Dr. X. Isso por conta da minha mãe que é técnica de enfermagem que trabalha no posto, ela que me ajudou.	
	Porque as crises continuaram, e como são crises que te deixam muito debilitada fisicamente, eu tinha que continuar procurando solução.		
		Então eu procurei o Posto de Saúde 01 e lá eu fui atendida pelo Dr. X, que me pediu alguns exames.	
			Como a rede pública oferecia exames pra 02 meses, 03 meses, eu fiz todos particulares, ecocardiograma, exames de sangue pela rede particular, tudo pela rede particular, eu fiz todos os exames e retornei.

Note-se que a usuária em questão acionou a rede de saúde inicialmente através da emergência hospitalar, e mesmo apresentando uma crise física e psicológica com expressão manifesta de múltiplos sintomas, os quais indicavam sofrimento no corpo e poderiam ser também interpretados como possível dor emocional, o cuidado ofertado limitou-se à tentativa ou verificação de um diagnóstico médico, através das evidências clínicas, realização de exames e prescrição de medicamentos, sendo ignorada uma possível origem de outra ordem.

Segundo o relato da usuária, como não houve naquele momento o diagnóstico de nenhuma doença orgânica, foi providenciada em seguida a sua liberação pela equipe de atendimento sem maiores explicações, e sem receber encaminhamentos para outros serviços, descaracterizando neste caso, a possibilidade da continuidade no cuidado à sua saúde, pois não lhe foi ofertado o encaminhamento para o acolhimento do sofrimento / crise em outra unidade, por outra equipe de profissionais, no que também deixou de ser concretizada a prática da atenção em rede pelos profissionais que a atenderam.

Não obstante, permanece como inconcluso no caso da usuária 01 pelo menos um aspecto relacionado ao seu sofrimento e agravado quando da sua procura pelo atendimento na emergência hospitalar, o qual não resultou em êxito para a usuária. Ela expõe em seu discurso um sentido de crise corroborado por sintomas físicos e até mesmo por resultados de exames feitos anteriormente e relatados pela mesma como bloqueio do ramo cardiológico direito, o qual teria aparecido em um laudo de eletrocardiograma.

Essas crises continuaram a ocorrer mesmo após iniciado tratamento nas unidades do SUS, sendo traduzidas pela usuária como grande sofrimento físico, que a deixavam debilitada e com a sensação de infarto, respiração baixa, batimento cardíaco lento, palidez, insônia,

dores no braço e peito. E mesmo com a possibilidade de todo esse quadro clínico vir a ser causado por uma doença mais grave, a qual no mínimo deveria ser melhor investigada, a usuária só conseguiu adentrar na emergência hospitalar com muita dificuldade e até com o uso da força por seus familiares (marido). Fato similar se deu quando de sua busca pelo atendimento no posto de saúde, em que contou novamente com o auxílio da família e de terceiros no agendamento de consultas e exames, estes custeados pessoalmente.

Poder-se-á verificar com mais detalhes na análise das categorias subsequentes (acesso e trajetória assistencial na rede de saúde; e posicionamentos sobre práticas de cuidado integral), os demais temas que a usuária 01 comentou no trecho acima, acerca dos facilitadores e dificultadores do atendimento recebido, a dificuldade na forma como obteve o acesso ao posto de saúde, a avaliação do cuidado recebido pelos diversos profissionais de saúde, e as práticas identificadas por ela durante o seu atendimento na rede, tais como a demora na realização de exames e marcação de consultas, entre outros, por isso voltaremos de novo a essas falas mais adiante.

Para exemplificar como as trajetórias individuais podem ser marcadas por um sentido dado pelo usuário de um componente de luta pela vida, aparecendo lado a lado à crise e ao sofrimento do sujeito, com a visualização, por exemplo, de uma responsabilidade pessoal no processo de adoecimento, pelo descuido do tratamento, ou pela ausência de prevenção, é bastante ilustrativo o caso do usuário 02, paciente masculino, 58 anos, cardiopata, o qual passou por cirurgia cardíaca pós-infarto no Hospital público onde ocorreu a pesquisa.

Mesmo sendo um dos participantes que mais enalteceu o atendimento recebido pelos profissionais, (como também veremos na análise das próximas categorias, em que voltaremos ao discurso desse paciente), seu repertório verbal denota com bastante nitidez a condição de sofrimento e temor diante da doença e da crise cardíaca geradora de solidão, medo, tédio, fragilidade e constatação da necessidade em continuar o tratamento após a cirurgia hospitalar, nos demais serviços da rede de saúde. No mapa 04 abaixo, se pode verificar essas e outras afirmações feitas pelo usuário.

Mapa 04: Discurso de sofrimento e crise de usuário dos serviços do SUS (Usuário 02).

Pergunta 05	Sofrimento e crise do usuário	Acesso e trajetória assistencial na rede de saúde	Posicionamento sobre práticas de cuidado integral
Você viu assim algum benefício pra sua saúde em função do cuidado de todos os profissionais que você recebeu? Você se sentiu sendo cuidado?	Com certeza. Como eu lhe falei, eu fiquei muitas vezes entediado, dois meses ali dentro, eu me sentia sozinho, eu fiquei bem fragilizado. E mais ainda quando foi chegando a hora de fazer a cirurgia, né. Eu ali tava lutando pela minha vida. Hoje eu tô lhe contando tudo aqui, me sinto bem, mas quando eu tava internado era diferente, eu não sabia o que ia acontecer comigo, se eu ia		

	voltar ou não, a cirurgia era de alto risco, às vezes eu sentia medo, e coisa e tal.		
			Então esse serviço ele é de vital importância pro paciente. Eles cuidaram de mim, sim, muito. Durante o tempo que eu fiquei lá, toda semana, duas três vezes por semana eu tava conversando com o psicólogo, eles traziam livros, a gente conversava mesmo, eu ia até a biblioteca, entendeu. Muito bom. E a minha cirurgia foi um sucesso, né, graças a Deus. O médico que me operou, os enfermeiros que cuidaram de mim, todos me ajudaram muito. Eu fiz até amizade com os médicos, com a equipe toda... Com outros pacientes, eu fiz muitos amigos lá, sabe. Eu tenho facilidade pra fazer amizade também, rrsrrrs. Então eu só tenho a agradecer...
		Agora já depois eu que saí do hospital, me deu um problema de circulação, eu fui no Posto de Saúde 02, aqui do (Bairro B), eu não tinha nenhum encaminhamento, mas já tinha cadastro lá. Uma assistente social me atendeu muito bem, e aí ela já me mandou pro médico, foi um atendimento agradável, eu gostei dele. Eu passei com a nutricionista também, muito simpática ela, que eu já conhecia.	
	E olha que eu tô te falando isso depois de ficar no calor lá e esperar 04 horas em pé, viu, rrsr. Eu precisava ir no angiologista, mas antes eu tive que passar no clínico, então teve uma hora que eu já tava quase passando mal. Eu precisei ir porque eu tava sentindo as pernas pesadas, aí começou a demorar muito, eu pensei que eu ia sair de lá pior até, mas aí chegou a minha vez... Eu vi que eu vou ter que continuar me cuidando agora, depois da minha cirurgia, né.		
		Aí do posto me encaminharam pro angiologista lá no (Hospital Privado 01). E eu também fui encaminhado e sou atendido no Ambulatório (do Hospital Público Pesquisado) por um cardiologista que também já é muito meu amigo, rrsrrs.	
			Então, os profissionais que cuidaram de mim até hoje, eles foram maravilhosos, e como eu lhe falei, eu só fiz amizades, eu tenho muitas coisas boas pra falar... Agora já depois que eu saí do hospital, e também do tempo que eu fiquei internado, eu tenho várias histórias pra contar que até me emocionam, porque todos eles foram muito bons comigo.

O usuário 02 refletiu de maneira serena sobre a situação enfrentada, manifestando ser conhecedor do risco de vida envolvido na cirurgia a que foi submetido, concomitante ao sofrimento causado pela doença. Revela também uma preocupação com o seu estado de saúde após o tratamento hospitalar pelo qual passou, deixando perceber a continuidade de sua necessidade em percorrer os serviços da rede de saúde, em busca do prosseguimento em ser

cuidado (no posto de saúde do bairro, no hospital privado onde iria consultar com angiologista, e no ambulatório do Hospital público da pesquisa, onde foi com o cardiologista).

Na rede de saúde, novamente experimentando sofrimento físico e dificuldades devido à estrutura ofertada, teve que esperar 04 horas para ser atendido no posto de saúde por um clínico, mas mesmo assim classificou o atendimento médico e de outros profissionais como bom, agradável, simpático. O sentimento dado por ele quanto à internação é quase o mesmo, pois a cirurgia de alto risco foi feita com sucesso, e o medo de não retornar com vida foi logo tornado secundário, frente às amizades com os outros pacientes e com os profissionais das equipes, de quem possuía boas e emocionantes histórias pra contar, dos momentos ao mesmo tempo tensos, de luta pela vida, e maravilhosos, no contato próximo e nas relações afetivas com as pessoas.

Em outro momento, ao ser perguntado sobre como havia sido a sua passagem pela rede de saúde (pergunta I - Como é que você pode descrever a sua experiência de atendimento no SUS, desde o início quando você precisou ser atendido, e depois quando entrou já no Hospital, até a sua saída, e também depois da alta, como é que foi o seu atendimento dentro da rede de saúde?), o usuário 02 novamente elogiou o cuidado recebido dentro do hospital, ressaltando que já recebia acompanhamento do cardiologista e do clínico, na rede básica e especializada, antes do episódio de infarto, o qual resultou em cirurgia, mas que tudo poderia ter sido evitado caso ele próprio tivesse seguido o tratamento prescrito.

Na primeira vez que eu fui internado, com relação ao meu atendimento no hospital, quando eu cheguei lá, os exames, depois o diagnóstico de infarto, a cirurgia, essa coisa toda, eu não tenho uma queixa, eu fui muito bem atendido, a minha cirurgia foi um sucesso. Eu tava com 04 artérias entupidas, eu sou diabético, e eu já tinha sentido umas dores no peito, aí eu fazia um tratamento e tomava uns remédios, mas só que eu abandonei, não liguei muito, aí quando veio mesmo foi de uma vez, né. Na época eu fui aqui no Posto de Saúde 02, procurei o clínico, ele me indicou um cardiologista, eu fui no (Hospital Universitário), fiz uma consulta no cardiologista, depois na nutricionista. Só que eu parei o tratamento. Eu não tomei mais os remédios e complicou pra mim, foi por isso que eu infartei. Aí também tem a minha parcela de responsabilidade, eu não fiz a minha prevenção, né. E por causa disso eu tive que passar por toda essa situação, entendeste. Eu sofri demais pra sair dessa, e eu tive que lutar muito pra ficar vivo e lhe contar essa história aqui como eu tô contando. (Usuário 02).

O discurso deste usuário permite assinalar que o mesmo pareceu ter feito toda uma reflexão sobre a sua condição atual, e durante esse período pós-cirúrgico percebeu tanto a necessidade de seguir com o seu tratamento na rede de saúde, quanto a nova chance em poder se responsabilizar pelo autocuidado e prevenção, já que antes havia parado a medicação, e por ser diabético e apresentar sintomas que resultaram na crise de infarto, sentia-se em parte responsável pelo adoecimento e sofrimento enfrentado, quando então teve que lutar pela sua

vida em uma condição de fragilidade, geradora de medo e incerteza, felizmente superadas com o sucesso da cirurgia e do tratamento descritos pelo usuário.

Quando se faz uma análise mais particularizada do sentido presente no relato do usuário 02, é visto neste caso de maneira inequívoca o continuum do cuidado na rede de saúde, passando pela co-responsabilidade entre a rede básica e a rede hospitalar, e o imperativo de que tais serviços estejam organizados em um fluxo capaz de satisfazer as demandas humanas por uma atenção integral à saúde no atendimento prestado. Mais especificamente, se nota também a deficiência na rede de serviços de saúde, quando tais demandas são atendidas apenas parcialmente, com espera, sofrimento, expectativa e risco.

No exemplo deste usuário, o mesmo refere ter passado por cirurgia de grande porte, e logo após, ao procurar o posto de saúde próximo à sua residência para uma consulta médica devido a um problema circulatório associado à sua condição pós-cirúrgica, teve que esperar em pé por pelo menos quatro horas seguidas, além de ter buscado o serviço por conta própria, pois já possuía cadastro naquela unidade, e não havia sido encaminhado do hospital onde ficou internado, para a rede de atenção básica.

O usuário havia sido referenciado apenas para consultas especializadas com o cardiologista, no ambulatório do mesmo hospital público em que foi operado por infarto, após ter interrompido o tratamento do diabetes e síndrome coronariana, esta diagnosticada por outro cardiologista na rede especializada (hospital universitário), mas aquele iniciado no mesmo posto de saúde da rede básica para o qual o paciente retornou depois da cirurgia, com problemas circulatórios decorrentes.

Vê-se aqui, portanto, uma relação evidente de continuidade e complementariedade entre os vários serviços e unidades da rede de saúde, porém com problemas visíveis na qualidade do cuidado recebido pelo paciente, a qual variou bastante, de acordo com o serviço pelo qual era atendido, pois apesar do êxito do procedimento hospitalar, não recebeu encaminhamentos para a rede básica e seguia sendo atendido, mas com espera, dificuldade, sofrimento e agravamento de certos aspectos de seu quadro clínico pós-cirúrgico.

Passemos então à análise da entrevista do usuário 03, paciente masculino, 47 anos, entrevistado no próprio Hospital público escolhido para a pesquisa, onde havia passado por internação com alta três meses antes da entrevista, continuando em atendimento no ambulatório da instituição e em outra unidade de referência do SUS. Este usuário veio adequar-se enormemente em uma tendência ativa nos serviços de saúde, a de colaborar com o indivíduo a carregar um estigma em função do seu sofrimento, como se estivesse

incomodando os profissionais da rede com a sua doença, em função da complexidade de suas demandas, relacionadas também a fatores familiares e sócio-econômico-culturais.

Segundo seu relato, sofria de fortes dores na região retal-intestinal, e apesar da hospitalização e dos vários exames e consultas realizados, permanecia sem diagnóstico médico após 02 anos e 05 meses de peregrinação por diversos serviços da rede, sem obter resolutividade para o seu problema de saúde.

A seguir pode ser visualizada a resposta do usuário 03 (pergunta X - Dentro de tudo o que você falou, gostaria de falar mais alguma coisa, um comentário ou opinião sobre tudo o que nós conversamos, ou dizer mais alguma coisa que eu não lhe perguntei, mas quer deixar registrado sobre suas experiências dentro dos serviços do SUS onde foi atendido?), com o discurso do mesmo acerca do sofrimento experimentado, em função da problemática advinda da doença e das questões sociais associadas a esta, assim como o sentido dado pelo participante à influência do atendimento na rede de saúde em seu caso.

Eu quero é que me ajudem a vencer essa doença, me operar se for o caso, fazer um exame, uma consulta. Eu não tô aguentando. Eu quero resolver o meu problema, ninguém nasce com dor, ninguém fica doente tanto tempo, eu tô há dois anos e cinco meses doente, a minha vida é limitada, sempre ando com dor, chego em casa tenho que me deitar pra poder aguentar, que eu moro sozinho, é triste. Eu quero um diagnóstico e quero me operar se tiver que ir, isso que eu tenho não é normal. (Usuário 03).

Com base no discurso do usuário registrado através dos diálogos ocorridos durante a entrevista, buscou-se aqui uma interpretação o mais fidedigna possível quanto ao sentido dado por este participante ao sofrimento pelo qual passava e à crise de saúde em que se encontrava.

Durante o andamento da entrevista, o usuário 03 declarou estar sentindo dor naquele exato momento, e verbalizou: “Eu não tô aguentando”. Apareceram em seu discurso afirmações acerca da dificuldade para conviver com o sofrimento, devido ao longo tempo de adoecimento, assim como referências a limitações em sua vida pela dor, além do fato de morar sozinho, visto pelo sujeito com tristeza, indicando que parecia não possuir recursos pessoais para resolver o seu problema, possivelmente por uma rede social enfraquecida e poucos recursos econômicos.

Pode-se observar no discurso do usuário 03 uma forte indicação de sofrimento, tanto físico quanto emocional e social. O sentido dado por este participante ao seu estado atual pode ser interpretado como um pedido de socorro, concomitante à necessidade de conhecer a causa de seu problema (diagnóstico), aliada à intenção de obter um procedimento como possível solução de sua doença e de seu sintoma principal, a dor, que o perseguia há mais de 02 anos.

Em alguns outros momentos, este participante também deu indicações do quanto é sofrido para o usuário a busca pela assistência na rede de saúde, o que acaba gerando ainda mais problemas ao cidadão comum, em função da instabilidade encontrada no atendimento em cada serviço, do foco na realização de exames e procedimentos, das questões logísticas envolvidas na busca pelo alívio dos sintomas, nas consequências sociais relacionadas à doença / crise (deixou o emprego e passou a receber auxílio-doença), e no sofrimento causado por todo esse contexto, já que o usuário fez tudo o que podia fazer por si, mas mesmo assim continuava com dor e sem ter resolvida a sua demanda.

Quando perguntado se tinha exemplos a comentar sobre o atendimento na rede de saúde (pergunta IX- Você tem algum relato de dificuldade que encontrou nesse atendimento, tratamento ou cuidado recebido no SUS? Citaria um ou mais fatos que você acha que dificultaram a sua passagem pela rede de saúde?), o usuário 03 fez a verbalização a seguir, que demonstram o seu sofrimento:

Tem, eu tive dificuldade porque eu tô com colonoscopia, com ressonância, com tomografia, e até hoje eu não consigo um diagnóstico e nem uma cirurgia, e eu só tô piorando. Eu passo o dia inteiro com dor, isso é permanente, desde quando eu me acordo até eu me deitar, durmo mal porque me incomoda, sentindo dor e como se eu tivesse inchado por dentro, e as minhas fezes sanguinolentas. É isso... É o lado negativo que eu vejo, que eu não tô vencendo isso... Eu não desejo pra ninguém o que eu tô sentindo aqui, eu dou graças a Deus que eu ainda consigo andar e dormir, mesmo com dificuldade. Se eu não conseguir mais nem dormir nem andar aí eu me acabo de vez, porque eu não vou poder resolver mais nada sozinho como eu ainda faço hoje, eu não tenho ninguém pra resolver nada por mim... E eu sinto que isso tudo tá só aumentando, aí é triste... (Usuário 03)

Mesmo com vários exames realizados e tendo passado já por vários médicos no hospital e nos demais serviços da rede de saúde, este usuário afirmou não possuir um diagnóstico para sua doença, apesar de possuir uma bateria de exames realizados, tais como colonoscopia, ressonância e tomografia. Os relatos de sofrimento novamente foram acompanhados pela descrição detalhada dos sintomas, e o entrevistado apresentava como demanda a intenção de submeter-se a uma cirurgia, ou dito de outro modo, ser diagnosticado naquilo que imaginava ser o seu problema, a partir do conhecimento do próprio corpo.

Apesar de referir sofrimento intenso em função de fortes dores físicas, o usuário ainda realizava as suas tarefas, mesmo morando sozinho e sem ter ajuda de outrem, fato que o fazia ver com tristeza a própria situação, pois dormia mal, andava com grande dificuldade, e sentia que o seu problema de saúde estava se agravando.

Esse quadro todo persistia, apesar do usuário 03 ter referido que ficou internado durante quase um mês no Hospital onde ocorreu a pesquisa, e ainda estar em

acompanhamento tanto no ambulatório hospitalar quanto em outra unidade da rede (Unidade de Referência 01), nos quais tinha atendimento agendado com três médicos especialistas diferentes (procto, gastro e urologista).

Não obstante, passando ao relato de outro usuário desta pesquisa, às vezes se pode verificar, por outro lado, que o tratamento dos sujeitos nas redes de atenção à saúde, mesmo quando não é experimentado por eles mesmos de forma tão negativa quanto nos exemplos anteriormente descritos (usuária 01 e usuário 03), do mesmo modo pode vir a provocar impactos e mudanças significativas na história de vida, quando não a sensação de impossibilidade em lidar com a doença e o procedimento a ela associado, causando assim uma não aceitação da condição atual e da terapêutica proposta, ainda que esse quadro inicial da doença possa vir a ser modificado depois, porém não sem crises, sofrimentos e percalços, todos consequentes ao enfrentamento dessas situações.

Tal é a impressão passada no discurso da usuária 04, paciente feminina, 39 anos, renal crônica em tratamento de hemodiálise há 09 anos, após ter ingerido medicamento sem receita médica, segundo a própria paciente, o qual teria lhe causado nefrite renal, comprometendo o funcionamento dos seus rins.

Em sua entrevista a participante demonstrou, nos sentidos dados por ela aos fatos ocorridos em sua vida, a sua enorme gratidão à equipe de saúde pelo cuidado recebido, e expôs as suas dificuldades em aceitar a condição de doente crônica, a perplexidade com a mudança física causada pela crise renal, as adaptações pelas quais passou, a importância da rede de atendimento em sua vida, e a atenção facilitadora dos profissionais percebida por ela em relação às suas demandas.

No mapa 05 a seguir, ficam explícitos os sentimentos e sofrimentos experimentados pela usuária nas idas e vindas do serviço de saúde onde permaneceu em seu longo tratamento.

Mapa 05: Discurso de sofrimento e crise de usuário dos serviços do SUS (Usuária 04).

Pergunta 10	Sufrimento e crise do usuário	Acesso e trajetória assistencial na rede de saúde	Posicionamento sobre práticas de cuidado integral
Você gostaria de acrescentar mais algum comentário, alguma opinião sobre o que a gente conversou, ou dizer alguma coisa que eu não lhe perguntei, mas você quer deixar registrado, sobre a sua passagem pela rede de saúde, pelo Hospital, na forma como você foi atendida?			Ah, a minha experiência é assim, que quando acontece alguma coisa com a pessoa assim, né, a pessoa não tem que ficar desesperada, não tem que ficar com medo, porque em todo lugar eu acho que existem pessoas boas, né, que podem talvez cuidar de você, que podem, sei lá, de repente te dar força...
	No meu caso, por exemplo, quando eu comecei a ficar inchada, que eu não sabia o que eu tinha, eu não aceitava isso, entendeu. Quando o meu rim parou, mudou tudo na minha vida, no meu corpo, tudo ficou diferente, era um pesadelo quando me falavam em transplante, que eu só quis fazer bem depois. No início eu fazia a hemodiálise todo		

	dia, aí depois ficou só 03 dias por semana, né. Passou muito tempo até eu aprender a aceitar...		
			E aqui eu encontrei assim uma segunda família, porque eu passo 04 horas aqui 03 vezes por semana na hemodiálise, então às vezes eu fico mais aqui do que na minha casa, que na minha casa só é praticamente no final de semana que eu fico, então eu acho que se não fosse isso, as pessoas me tratarem tão bem aqui, sei lá... Eu já teria desistido.
	E eu acho importante, assim, também às vezes a pessoa tem um problema, né, às vezes a pessoa fica mal humorada, e desconta nos outros, né.		
			E eles seguram mesmo ali, sabe, “Não, não é assim, calma”. No meu caso, por exemplo, eu nunca consegui me acostumar 100% com o meu problema, mas hoje eu aceito melhor do que antes, por que eu senti ajuda aqui, eles cuidam da gente aqui, entendeu.

Em vários trechos de seu discurso, a usuária 04 afirmou o quanto era grata aos cuidados da equipe como um todo, e como isso foi essencial para a sua adesão ao tratamento, crescimento na sua vida pessoal e financeira até, passando da rejeição inicial do diagnóstico, das dificuldades para realizar o tratamento dialítico, até chegar na “quase” aceitação da condição de doente crônica, e maior tolerância aos procedimentos realizados, culminando na concordância para a realização do transplante renal.

O sentido dado pela paciente é o de que as coisas são bem difíceis para o renal crônico, mas ao mesmo tempo não deve haver desespero e medo, apesar do longo aprendizado até a aceitação da doença, e do risco de desistência do tratamento em função do afastamento do lar, do tempo diário demorado de 04 horas na máquina de diálise, das mudanças de humor e da necessidade constante de cuidado para a superação dos obstáculos.

No entanto, as demandas dos usuários da rede de serviços podem também ser bastante ignoradas ou dificultadas pela lógica automatizada do cuidado, quando o procedimento e o cumprimento das rotinas estabelecidas passam a ser tomados como mais importantes que a dialogicidade. Podemos ver uma demonstração desse tipo de funcionamento no exemplo do usuário 05, paciente masculino, 23 anos, entrevistado dois dias após receber alta hospitalar, no regresso ao ambulatório do Hospital onde se deu a pesquisa, a fim de agendar acompanhamento com psiquiatra e psicólogo, para os quais foi encaminhado ao sair da internação. Ele relata episódio de crise psiquiátrica, com sofrimento físico e emocional. No mapa de associação de idéias visualizado a seguir, se pode acompanhar o relato chocante feito pelo entrevistado quanto ao sentido traumático dado por ele à internação hospitalar.

Mapa 06: Discurso de sofrimento e crise de usuário dos serviços do SUS (Usuário 05).

Pergunta 01	Sofrimento e crise do usuário	Acesso e trajetória assistencial na rede de saúde	Posicionamento sobre práticas de cuidado e atenção integral
<p>Como você pode descrever a sua experiência de atendimento dentro do SUS, desde o início quando você precisou procurar ajuda, tratamento, passando pelo Hospital, e depois que você saiu de alta, como você descreve essa experiência dentro da rede de saúde, como foi isso pra você?</p>		<p>Quando eu comecei o tratamento com o psiquiatra, não foi pelo SUS, mas quando eu fui morar no (Bairro E), que eu tive o meu contato com o SUS, foi um bom atendimento, a médica era atenciosa, não tinha muita gente, no CAPS lá foi muito bom... Depois eu troquei, porque eu já tava me apaixonando pela médica. De lá eu fui pra outro lugar, uma outra (Clínica Privada 01) com um médico, eu fiquei lá um tempo, só que aí eu parei de tomar o remédio, né, aí eu voltei a ter surto, né, foi aí que eu vim pra cá pro (Hospital Público Pesquisado).</p>	
	<p>A primeira vez internado foi terrível, eu tava sozinho, foi um choque pra mim entrar aqui porque a agente se vê sozinho, sem nada pra fazer, e passa milhares de coisas pela cabeça da gente. Não tinha ninguém comigo porque na primeira vez eu não tentei suicídio, né, eu só agredi o meu irmão, e eu fiquei sozinho, não tinha com quem conversar, a minha família sabia, eles vinham me visitar, mas não podiam ficar comigo. Foi terrível, eu passei amarrado aqui... Teve dia de eu passar três dias amarrado, com fezes, urina, fome, sede, entendeu...</p>		
			<p>Porque aqui é o seguinte, com a mente vazia que a gente fica, aí às vezes você não quer ficar lá desenhando, e também tem aquela sensação... Às vezes a gente se sente mal naquele lugar, na terapia ocupacional, porque são vários tipos de pessoas, cada um com o seu problema, né, aí enfim, fica muito espaço pra reflexão, muito tempo livre.</p>
	<p>Aí vem na cabeça... Olha o que veio na minha cabeça, se eu agredisse o rapaz que me recusou uma caneta, lá no refeitório, eu ia sair do Hospital, me passou essa ideia na cabeça, entendeu... Aí o que foi que aconteceu, eu agredi o rapaz, não era um funcionário, era um outro paciente, até maior que eu, pois é. Aí eu fui marrado porque eu comecei a briga, né, e eu ainda apanhei dele, digamos assim. Aí foi que eu fiquei amarrado muito tempo...</p>		
			<p>Aí toda vez que eu tomava uma medicação, não sei o que era que acontecia, eu ficava agressivo, dava uma vontade de bater, era como se o meu psicológico tivesse contra o efeito da medicação, aí foi uma experiência muito traumática, a primeira internação.</p>
	<p>Tão traumática que eu cheguei a tentar o suicídio aqui dentro do Hospital. Eu peguei a contenção com a qual eu tava amarrado, me desamarrei, amarrei em cima do refeitório, e coloquei como se fosse uma corda, enrolei assim, virei, subi na cadeira e cheguei a deitar a cadeira, aí eu vi a morte chegando, né. Só que teve um paciente, um menino de 17, 18 anos, que me salvou na hora do negócio... Ele viu, e tinha mais pacientes olhando, só que os pacientes ficaram parados olhando, só ele que foi. Aí ele salvou a minha vida esse rapaz, e a gente tem que ser grato, né, eu</p>		

	<p>agradei muito pra ele depois... Aí foi um desespero total no Hospital, todo mundo veio, e como foi uma tentativa de suicídio, eles disseram que precisava de um parente pra vir pra cá, aí eu melhorei, veio a minha mãe e eu melhorei...</p>		
--	--	--	--

O usuário 05 revelou, assim, uma experiência de solidão muito angustiante para si durante a internação, pois não teve inicialmente direito a acompanhante, e se sentiu assustado com o isolamento, a falta de atividade dentro do hospital e o longo período de ócio, em que tinha tempo pra pensar em tudo, e todo tipo de idéia passava por sua cabeça, com predominância de impulsos violentos, numa espécie de luta psicológica contra o efeito medicalizante dos psicotrópicos que tinham por função atenuar as crises delirantes.

O paciente recebia visitas da família, mas não podia ter o acompanhante fixo, não se sentindo totalmente amparado em sua solidão, e em função do surto delirante, relatado pelo próprio, partiu inicialmente para uma agressão a outro paciente internado, e em consequência ficou cerca de três dias contido (amarrado) em um cômodo do hospital onde segundo o usuário havia acúmulo de fezes e urina, além de ter sentido bastante fome e sede.

Em seguida, de forma ainda mais chocante, o usuário relatou uma tentativa de suicídio enquanto estava internado, quando tentou o enforcamento, sendo impedido por outro paciente. A partir desse fato, passou a ser indispensável a presença de um familiar (mãe), como acompanhante em tempo integral do usuário, e o mesmo finalizou o relato afirmando que esse fato foi preponderante na sua evolução para saída da crise psiquiátrica e alta subsequente.

É relevante observar que no caso específico desse indivíduo, sua narrativa indicou ter havido depois outras internações e outras tentativas de suicídio fora do ambiente hospitalar, e o paciente continuou buscando a rede de atendimento para receber a assistência e cuidados necessários ao seu caso, o qual segundo o próprio, foi diagnosticado como esquizofrenia, e mesmo com o uso frequente de medicação voltou a passar por novos episódios de crise e sofrimento psíquico intenso.

Na resposta à pergunta abaixo pelo usuário 05 (pergunta 03 - Qual você acha que foi o motivo pelo qual você recebeu atendimento psiquiátrico nesses locais todos por onde você passou? E qual você acha que foi a causa que levou você a ser acompanhado pela psicologia?) se vê o discurso sobre motivo pelo qual ele pensava ter sido atendido nos serviços do SUS, quando responde demonstrando evidente noção do seu problema e do que aconteceu consigo mesmo.

Pra mim seria o conflito né, a agressividade, o suicídio, eu acredito que seja essa a minha questão. Eu sinto um sofrimento terrível. (Usuário 05).

Os conflitos existentes na subjetividade do usuário causavam sintomas como a agressividade contra outros e contra si mesmo, a qual aparecia associada aos delírios, quando ocorriam principalmente as tentativas de suicídio. Note-se que há uma referência central ao sentido do sofrimento, e este aparece como a questão principal advinda da doença e da crise.

Por outro lado, quando foi perguntado ao usuário se teria algum exemplo a falar sobre o atendimento recebido pelos profissionais da rede de saúde (pergunta IX - Você tem um ou mais exemplos de algum aspecto dificultador do seu atendimento, tratamento, cuidado, dentro do SUS? Alguma coisa ligada a uma dificuldade com o atendimento desses profissionais todos com quem você passou?), a resposta indicou que o entrevistado avaliava as suas internações de forma crítica e coerente.

Lá no CAPS não. Mas aqui no Hospital, sinceramente, representa a desvalorização do doente mental... Estrutura física, banheiros imundos, vasos entupidos, os banheiros decentes são só pros funcionários... Atendimentos dos técnicos de enfermagem muito ruim... Então, a gente não pode dizer que tem alguma coisa de positivo. A única facilidade que tem aqui são algumas pessoas que ainda tentam fazer uma coisa boa, digamos assim, cinco por cento de todo mundo... E ainda é muito... (Usuário 05).

No discurso do usuário 05 aparecem vários sentidos dados ao seu sofrimento, como repressão, angústia, tédio, solidão, violência e potencialização suicida quando da sua internação psiquiátrica, culminando num desfecho em que a percepção do usuário de um cuidado automatizado (ou não-cuidado), também influenciou na agressão contra si mesmo, na tentativa de suicídio como uma espécie de protesto extremo contra as relações estabelecidas pelas rotinas e procedimentos (medicalização, contenção, etc.) insuportáveis à subjetividade.

Assim, nas diversas situações de sofrimento e crise explicitadas nos discursos dos 05 sujeitos nesta categoria, há uma relação evidente de continuidade e complementariedade entre os vários serviços e unidades da rede de saúde. Porém, podemos avançar ainda mais na análise da resolutividade frente às demandas apresentadas pelos usuários do Sistema Único de Saúde, para talvez avaliar melhor se essas situações foram ou não atendidas satisfatoriamente.

Aparece um aspecto talvez mais comum nos serviços de saúde, na relação com os usuários, do que seria desejável. Como esperado, o atendimento é realizado, o procedimento é executado, o usuário recebe os cuidados devidos. Existe resolutividade no SUS, em muitos casos. O sistema funciona, salva vidas, tem eficiência, o usuário por vezes se sente contemplado. As equipes recebem elogios, os profissionais afirmam a sua competência, são reconhecidos em suas especialidades, fazem bem o seu trabalho.

Mas ao mesmo tempo, aparecem as reclamações, as indefinições sobre o estado de saúde, o medo e o sofrimento do paciente à espera do procedimento, o não atendimento e o não-procedimento, em outros casos. Ou ainda, o atendimento forçado e à contragosto recebido na emergência hospitalar (usuária 01), ou uma tendência a se ver como o possível causador de sua própria internação e doença, por exemplo, na observação carregada de culpa pelo abandono ou não adesão ao tratamento (usuário 02), a ausência de diagnóstico mesmo após um longo percurso na rede de saúde (usuário 03), o consumo de medicamento sem receita médica gerando a condição de cronicidade (usuária 04), a tentativa de suicídio dentro do serviço de saúde (usuário 05), e certa naturalização na espera pelo atendimento, na aceitação da demora em receber o que é seu de direito, o reconhecimento, mesmo implícito, do mau funcionamento da rede, misturado aos elogios e histórias felizes.

Mesmo com todo o potencial de universalidade do SUS, o usuário passa por situações de precariedade, incerteza, dúvidas, sofrimento, incompletude, descaso. Falta alguma coisa ao cuidado ofertado nos serviços de saúde, certas demandas do indivíduo teimam em não ser contempladas, não se consegue concluir facilmente pela existência da integralidade do cuidado na atenção básica e hospitalar, não se chega prontamente a uma confirmação do funcionamento adequado da rede, mesmo o cidadão teoricamente podendo acessá-la em diversos pontos, e mesmo com o atendimento multidisciplinar existente e qualidades identificadas em várias ocasiões, com relatos de procedimentos bem sucedidos concomitantes às queixas de descaso.

Nos discursos dos usuários analisados nesta categoria, viu-se a expressão do sofrimento físico e da doença, comumente em conjunto à crise que produziu a necessidade do atendimento, ou seja, sofrimento e crise sobrepostos no adoecimento, na maior parte dos entrevistados. E mesmo parecendo haver relação direta entre a doença / crise e o sofrimento físico, em conjunto às reações emocionais de sofrimento, também vistas, fica-se com a impressão, mesmo vaga e até mesmo longínqua, de que a (des)organização dos serviços de saúde contribui para este quadro de sofrimento.

A potencialização do sentido de aflição inscrito nas falas dos usuários acaba por traduzir certa indiferença nos serviços de saúde com as histórias trazidas pelos sujeitos, como que demonstrando uma ausência de foco na subjetividade do usuário, um viés predominante no qual a competência dos serviços e dos profissionais é medida mais na realização do trabalho técnico, e menos no sujeito que o obteve. Como se no final das contas, as práticas de saúde por vezes acabassem também produzindo sofrimento e crise nos usuários, ao invés de ofertar um cuidado integral.

Em relação à usuária 01, por exemplo, não houve um atendimento dos profissionais no serviço de emergência hospitalar por ela procurado, voltado para a ressignificação do sofrimento e da crise, nem tendo como foco as necessidades e as demandas dessa usuária, como era de se esperar em uma clínica nos serviços de saúde voltada para a integralidade do cuidado em rede. Apareceu no discurso da participante o sentido de ter a sua demanda considerada como secundária, ao adentrar o hospital com a sensação de crise cardíaca ou de transtorno do pânico, sem sentir-se acolhida naquele momento, chegando mesmo a forçar a sua entrada no hospital, mas prevalecendo no final o que foi dito pelo profissional dentro desse contexto, de não haver nenhum sintoma orgânico ou evidência clínica de doença, num sentimento de ser atendida afinal, mas sem uma escuta e / ou resolutividade satisfatória.

Espinha e Amatuzzi (2008), ao realizarem pesquisa com usuários internados em hospital, observaram a individualidade dos pacientes funcionando como um ruído no processo de comunicação entre eles os profissionais de saúde. Em suas ações de cuidado, é como se as equipes quisessem silenciar o usuário, e a linguagem utilizada passou a ser a dos comandos verbais, realizados em direção única, ou seja, o profissional fala e determina, o paciente ouve e cumpre, sem haver nesse cenário, espaço para o diálogo, para a participação do sujeito em tratamento, para saber o que esse usuário está realmente sentindo, percebendo ou pensando sobre a sua condição de doença, de sofrimento, de crise. E mais ainda, na atualidade o profissional da saúde é treinado para lidar com fatos concretos, e não com a subjetividade daqueles com quem lida.

Essas autoras enfatizam a importância da competência técnica de médicos, enfermeiros e demais profissionais que trabalham nos hospitais e unidades, sem os quais não poderia haver a assistência, mas há componentes nas pesquisas com os usuários chamando a atenção de todos, como se fosse uma necessidade de discussão de outra vertente do cuidado, para além da questão técnica. Trata-se da afirmação corrente dos pacientes, por exemplo, apontando na mesma pessoa a competência técnica na sua profissão e ao mesmo tempo restrições feitas ao relacionamento desse profissional com os pacientes, ou com a (falta de) atenção e cuidado dispensada a eles quando da assistência à doença, às vezes sem que o próprio profissional perceba ou admita que esteja agindo assim (Ibid.).

Seria preciso, então, aliar nos profissionais a capacidade técnica ao relacionamento humano, pois apenas dessa maneira ocorre a possibilidade de mudança no ato de cuidar. Esse cuidado, simples e afetuoso, pode romper com uma perspectiva unilateral comumente adotada pelas equipes de saúde, ao focalizar somente a doença e a eliminação de sintomas, descartando, por assim dizer, o relacionamento com o outro em sua totalidade, complexidade,

subjetividade. “Como pôde ser visto nos participantes de nossa pesquisa, a questão da doença não se esgotava em si mesma, mas extravasava para uma condição de sofrimento existencial. Eles desejavam um tipo de cuidado que levasse em consideração suas particularidades e necessidades pessoais”. (ESPINHA e AMATUZZI, 2008, p. 482).

Já quanto ao usuário 02, pôde-se verificar na sua trajetória um sentido individual marcado pelo componente maior de luta pela vida, ao lado do sofrimento e da crise cardíaca geradora de medo e outros sentimentos, por entender que havia uma sua responsabilidade no processo de adoecimento, em função de não ter seguido anteriormente o tratamento conforme as prescrições dos profissionais de saúde, ou pela ausência de prevenção da cardiopatia, a qual terminou gerando a realização de uma cirurgia no paciente após sofrer um infarto.

Silva (2005) observa o deslocamento do lugar de sujeito na clínica contemporânea, na qual o especialista deixa de ser o único a apontar a doença e o sofrimento do indivíduo, este último passando a conhecer as enfermidades também pelas tecnologias e meios de informação disponíveis, mesmo antes de a doença, o sofrimento e a crise terem vindo a se instalar no seu corpo. Contraditoriamente, a transição para uma sociedade baseada na sensação de um controle cada vez maior do indivíduo por ele mesmo, parece ter aumentado a sua responsabilidade tanto na prevenção das doenças quanto pela ocorrência destas, como se o próprio sujeito fosse o culpado por ter falhado em evitar o adoecimento.

A questão do sofrimento humano na rede de saúde em função da doença e a indiferença para com as questões que estão perpassando a subjetividade do sujeito adoecido, em sua relação com os modos de organização do trabalho em saúde na atualidade são tratadas de forma crítica por Matta (2013) ao afirmar que tal ocorre também em função dos eventos relacionados à saúde das populações, postos em evidência na atualidade pelos dispositivos de governo, os quais visam o controle dos corpos (biopolítica), e focalizam como mais importantes os procedimentos, metas e indicadores de saúde-doença, por outro lado desconsiderando propriamente os sujeitos, em suas trajetórias, desejos pessoais, e toda a rede de relações sociais produzindo e reproduzindo, em grande escala, situações de abandono, pobreza material, dependência química, violência e outros fatos cotidianamente vistos.

Esse contexto social maior acaba por ser ignorado dentro e fora das práticas de saúde, pois para incluir a perspectiva da desigualdade nas redes de atenção e cuidado, seria necessário modificar toda uma tendência cultural em não considerar relevante a influência das políticas públicas e sociais na produção da pobreza e inúmeras formas de exclusão social, e somente assim abrir o caminho para a construção de uma nova rede de valores e sentidos, ao defender a vida e a saúde. A reflexão crítica sobre o paradigma atual da saúde, em seus

aspectos tecnicistas, cientificistas ou medicalizantes, frequentemente atribuídos às práticas biomédicas, passaria então por voltar o olhar ao nosso cotidiano, nas escolhas éticas e morais com as quais foram traçadas as práticas de cuidado e os processos sociais adotados, passando a buscar alternativas menos totalitárias do que aquelas historicamente praticadas (Ibid.).

Assim, ao se pensar que a doença e o sofrimento / crise tem relação com diversas situações de vida do sujeito, sendo multideterminadas tanto por fatores individuais-familiares-biológicos, quanto por questões de determinação social da doença, em função de descontroles e influências epidemiológicas ocorridas em consequência da exclusão social, assim como de fatores políticos, históricos, sociais, econômicos e culturais, sem dúvida chegar-se-á na afirmação de que a responsabilidade do sujeito por seu adoecimento pode ser às vezes bem relativa, quando derivada de fatores complexos, conforme vimos acima. Do mesmo modo, se pode pensar também que em muitos casos o próprio ser humano vem a contribuir, em maior ou menor grau, para o conjunto dos elementos geradores da doença ou crise que o acomete. Portanto, ambas as concepções (determinação social ou individual da doença) não podem ser tomadas como verdades a priori, mas sempre analisada em seu contexto.

Continuando a análise dos participantes, no caso do usuário 03, se viu como sofrimento e crise, de outro modo, podem se adequar a uma tendência em estigmatizar um indivíduo em função da sua doença, em vista da complexidade de sintomas e demandas a ela associados. É como se um problema de saúde passasse a ser insolúvel aos profissionais da rede de serviços, já que este usuário dizia sofrer de fortes dores na região retal-intestinal, e mesmo após internação e realização de vários exames e consultas especializadas, e depois de 02 anos e 05 meses perambulando por diversas unidades da rede de saúde, permanecia sem diagnóstico médico e reclamava não haver obtido resolutividade em sua demanda ao cuidado, apresentando ainda outros problemas familiares, sociais e culturais associados à doença.

De acordo com Merhy e Franco (2005), a demanda dos usuários se constrói, entre outros processos, a partir de três aspectos importantes relacionados à busca de um serviço de saúde. Em primeiro lugar, o usuário procura no serviço de saúde aquilo que sabe que pode obter ali, ou seja, na busca daquilo que lhe é ou pode ser ofertado nesse serviço, segundo a sua percepção sobre a própria demanda (as suas necessidades) e o sentido visto pelo indivíduo nas práticas assistenciais. Um segundo aspecto seria a produção da saúde na rede de serviços, a qual termina por não realizar certas necessidades dos usuários, causando a busca por outros serviços que possam atender às suas demandas. Há, portanto, um déficit no cuidado prestado ao sujeito, causado pela maneira de se trabalhar com a saúde e pela comumente não interação do serviço com o usuário.

Por fim, os pacientes associam a solução para seus problemas de saúde com frequência à realização de certos procedimentos, ao produto ofertado, e não ao cuidado em si, como se um exame, cirurgia ou consulta pudesse imaginariamente satisfazer a sua necessidade, o que acaba em boa parte não ocorrendo, em função da limitação desses recursos técnicos, os quais devem ser complementados também por tecnologias mais relacionais na assistência aos usuários, provocando assim mudanças no agir cotidiano, com práticas mais acolhedoras e que abram espaços de escuta e fala no atendimento, possibilitando o vínculo dos usuários com as equipes, e a responsabilização destas para com os indivíduos ao buscarem os serviços, de modo a ofertar um cuidado integral à saúde (Ibid.).

Para Guanaes-Lorenzi (2013), no atendimento às demandas dos usuários nos serviços de saúde, não se pode negar a importância das boas práticas biomédicas e do conhecimento técnico-científico ou especializado, mas é fundamental não considerar e não destacar este recurso como o único ou principal à construção do cuidado, pois quando tal ocorre, se pode assistir a ênfase no discurso técnico e nas *tecnologias duras* (procedimentos, equipamentos), instaurando tensões nos diálogos entre usuário e equipe de saúde. Para essa autora, o cuidado se produz de maneira verdadeiramente relacional e dialógica na realidade dos serviços, quando os profissionais de saúde passam a utilizar as *tecnologias leves*⁶, como a reflexão e a interação, passando a ser estes os recursos mais relevantes nas suas práticas, permitindo-lhes assumir uma postura mais crítica sobre os recursos que o uso de suas teorias e técnicas possibilitam ou impedem.

Nesses cenários, mais admirável do que uma postura neutra e impessoal, baseada na utilização das tecnologias duras, pode ser especialmente potente o uso das tecnologias leves, a postura viva, envolvida e atenta de um profissional reflexivo, capaz de reconhecer suas próprias experiências e rever dúvidas e incertezas presentes em sua própria história, e a partir disso, conseguir ampliar o contexto de seu campo de conhecimento / especialidade. Essa postura se dá nas interações humanas, através de uma postura dialógica e reflexiva, com aceitação e acolhimento da diferença, reconhecendo as necessidades dos usuários. (Ibid.).

Segundo Pontes et al (2009), em pesquisas com usuários do SUS, as entrevistas mostram a dificuldade para obter o atendimento de saúde como uma imagem destacada na percepção do senso comum, e dentro do sistema público de saúde aparecem geralmente

⁶ Para Merhy e Franco (2003) as tecnologias leves refletem o caráter relacional de cada profissional na produção do cuidado com o usuário. As tecnologias duras seriam os procedimentos, instrumentos e técnicas em saúde. Merhy (1997) ressalta que os processos de trabalho na saúde tradicionalmente estão focados nas tecnologias duras (máquinas e instrumentos) e uma mudança eficiente supõe potencializar a utilização das tecnologias leves (relações) e leve-duras (conhecimento técnico), para assim inverter a lógica atual na produção do cuidado.

misturadas para os usuários as relações entre a concretização do atendimento, o sofrimento, a demanda a ser resolvida, e a solução ou não do problema, com resultados nem sempre garantidos. Os sujeitos basicamente costumam explicar o atendimento a partir da percepção da sua própria demanda, verbalizando sobre as deficiências apresentadas pelos serviços de saúde, tais como má qualidade dos serviços e falta de resolutividade das ações, ou a (in) satisfação com o atendimento recebido, mesmo quando existe uma atitude positiva diante do SUS, resultante da efetivação da assistência e da concretização do acesso.

O fato é que o usuário 03 se queixava que o seu problema não havia sido resolvido por nenhum dos muitos profissionais que o atenderam, e continuava com a sua demanda por uma cirurgia, por um diagnóstico, por resolver a sua dor o seu sofrimento, a sua crise. Neste caso específico, a clínica praticada nos serviços não havia conseguido fazê-lo ressignificar o seu sofrimento e a sua doença, nem focar na resolução dos seus problemas e no atendimento de sua demanda principal, que era a supressão da dor, do sintoma físico, da crise permanente.

Porém, em relação à usuária 04, diferentemente se pôde verificar que o discurso do sujeito sobre o tratamento na rede de saúde, mesmo quando não é desprovido de sofrimento, ainda assim pode ser experienciado de forma menos negativa daquela vista em alguns outros pacientes, podendo até mesmo vir a causar impactos positivos e mudanças significativas no contexto de vida, de modo a superar uma sensação inicial de impossibilidade em lidar com a doença renal e os procedimentos a ela associado (hemodiálise, transplante), e conseguindo mesmo fazer o usuário aceitar minimamente a condição atual e as terapêuticas propostas, ainda que ocorram mesmo assim as crises, os sofrimentos, as incertezas e percalços em consequência da enfermidade.

Segundo Pereira, Santos e Rossi (2012), no momento em que o ser humano passa a ter problemas em seu funcionamento renal, e a partir do diagnóstico estabelecido, com redução ou mesmo supressão da atividade de filtração das impurezas do organismo, esse quadro passa a ser denominado doença renal crônica, e traz consigo um conjunto de sinais, sintomas e acontecimentos marcantes para vida do sujeito, sendo frequentes a ocorrência de manifestações psicológicas associadas, alterações na sociabilidade, impactos físicos e emocionais no paciente, incluindo repercussões nas suas relações familiares e sociais. O diagnóstico correto, o tratamento adequado e, principalmente, a satisfação do cliente, são fatores fundamentais para proporcionar qualidade de vida ao usuário.

Mas para esses autores, a qualidade de vida ao renal crônico seria uma definição bastante ampla, admitindo muitas interpretações, tais como a necessidade de proporcionar bem-estar e inserção social, saúde física e psicológica, convivência familiar, entre outros.

“Concorda-se que qualidade de vida não é só a melhora clínica, mas, também, proporcionar ao paciente um estado de saúde físico, mental, funcional, bem estar geral e interação social preservados”. (PEREIRA, SANTOS e ROSSI, 2012, p. 55).

Não obstante, nos estudos que tratam da sua qualidade de vida, os usuários renais costumam apresentar dificuldade na adaptação ao tratamento, e mudanças de vida decorrentes da hemodiálise, como alterações na alimentação e na ingestão hídrica, limitação nas atividades diárias e no rendimento físico, restrições nas atividades relacionadas ao trabalho, e repercussões nas relações familiares e sociais. Cada indivíduo vivencia este processo à sua maneira, uns diferentes dos outros, e com sentimentos de satisfação, sofrimento e / ou resignação de acordo à suas características pessoais, subjetivas, familiares, sócio-culturais e outras, quase nunca prescindindo de dificuldades e adversidades das mais variadas, mesmo nos casos em que a assistência à saúde é recebida e significada como cuidado (Ibid.).

Matta (2000) de forma extremamente crítica afirma que há um grande impacto sobre os indivíduos renais crônicos tanto em função da doença quanto da instituição médica, de forma que os sujeitos, mesmo nos episódios de adesão positiva ao tratamento, parecem como que reduzidos à sua doença, ao seu rim, à máquina de hemodiálise, ao transplante, ao procedimento. Nessas situações, os pacientes renais costumam apresentar sentimentos de perplexidade, impotência e dependência da equipe e / ou instituição como um todo. Pode-se pensar, inicialmente, que essas reações sejam psicológicas, conseqüentes à circunstância que aproxima frente a frente o ser humano das situações de angústia vital, como morte, dor e sofrimento. E a literatura sobre o tema costuma apontar tais sintomas como dificuldades de adaptação ao tratamento dialítico e às limitações impostas pela doença renal.

Porém, segundo o autor, um olhar mais atento pode também identificar nesses sujeitos uma complexa rede de crenças e valores que terminam por desenvolver práticas, discursos, hábitos, rotinas e linguagem típicos dos pacientes que sofrem de insuficiência renal crônica. Ao se mapear o percurso desses usuários, suas consultas, tratamento, descrições sobre a doença, sobre si mesmos e seu corpo, seu histórico de internações, exames, cirurgias, e a relação que todo este aparato teria com as intervenções das equipes de saúde e com todo um paradigma de vida e existência, se pode descobrir ao final, que este indivíduo frequentemente passou da condição de alguém que era portador de uma doença renal, e adquiriu simbolicamente uma nova identidade social, a de renal crônico. (Ibid.).

Nessa perspectiva crítica, Matta (2013) aponta práticas em saúde atualmente vigentes nas quais são tomadas como positivas a afirmação da vida acima de tudo, e a aceitação incondicional de uma condição de doença e de tratamento pelos indivíduos. Para esse autor,

tais práticas funcionariam como uma reificação, uma ação naturalizante da doença nos indivíduos e na população, impedindo a reflexão crítica e comprometendo a possibilidade de descrição e discussão aprofundada desses fenômenos em seus significados culturais, inserindo-os de forma automatizada nos espaços de invenção das linguagens sociais e formas de vida, trabalhadas então como práticas de produção dos discursos, dos sujeitos, das relações e dos ideais. Assim, continuaria ocorrendo na atualidade o avanço uma concepção de saúde baseada no discurso médico, com grande adesão nas mais variadas esferas da sociedade, ajudando a desenvolver, ainda mais, éticas biologicistas e medicalizantes, e métodos tecnicistas.

Por essa lógica, a ocorrência de um fenômeno, se este for tomado como uma doença, torna-se justificativa legitimada para a intervenção, controle e classificação sobre as pessoas e os grupos sociais mais diversos. O debate dos sentidos de normal e patológico sai então do terreno das ciências da saúde, e é apropriado também pelas políticas de governo e por uma tutela da sociabilidade dos indivíduos, alcançando as políticas de Estado, nas elaborações de diretrizes para manutenção, controle e normalização da vida social. E mesmo com toda a crítica por vezes feita às formas de tratamento adotadas nas instituições de saúde, pouco avanço se viu na produção de alternativas ao modelo biomédico. “O direito à vida no sentido de sua descrição médica é algo que tem se tornado uma ética da vida ou uma biopolítica, como diria Foucault”. (MATTA, 2013, p. 41-42).

No caso da usuária 04 aqui tratado, quando concedeu a entrevista para esta pesquisa, a mesma já estava em tratamento havia 09 anos, e no seu discurso pode ser notado claramente um componente ao mesmo tempo de resignação e gratidão, como se a sua vida afinal estivesse sendo preservada, mesmo com toda a resistência mostrada por ela durante os primeiros anos do tratamento. O cuidado e as orientações da equipe a fizeram enfim refletir sobre o valor de sua saúde, e sobre a necessidade de realizar o transplante de rins para passar a viver melhor do que no presente, quando ainda havia limitações e sofrimento.

O anseio do ser humano afinal parece ser a cura completa ou algo muito próximo disto. E o que os autores citados propõem é a reflexão crítica acerca de como a medicina, os governos, a ciência e a tecnologia apontam para a direção de que tudo parece ser possível, gerando uma produção dos discursos sobre a vida atual e a saúde humana em que as soluções podem ser facilmente descobertas, acessadas, usufruídas, comercializadas, desenvolvidas.

Mas, no final, se chega à conclusão de que há limites para a vida, e que ainda existem marcadores éticos, sociais, morais e simbólicos mostrando até que ponto podemos ir. A ciência, o Estado, a técnica e a medicina não dispõem de tudo. E nós todos, seres humanos,

para nosso próprio benefício e sanidade, devemos estar cientes de quais são as fronteiras entre a vida e a morte.

E finalmente, no caso do usuário 05, se viu nesta pesquisa como a demanda do usuário da rede de saúde pode ser ignorada ou dificultada pela lógica do cuidado automatizado, quando o procedimento e o cumprimento da rotina estabelecida no serviço passam a ser vistos como mais importantes que a dialogicidade entre os seres humanos, pois na crise psiquiátrica relatada por este usuário, o sofrimento físico e emocional chegou a um limite insuportável à sua subjetividade, culminando no sentido traumático atribuído à internação hospitalar e à tentativa de suicídio dentro do hospital.

Conforme Willrich et al (2011) a crise psiquiátrica do usuário é considerada atualmente a expressão da doença psíquica, e refere-se a situações conflitivas no curso do desenvolvimento e da vida, nas quais o sofrimento é tão intenso que pode gerar rupturas com a realidade socialmente aceita e com os laços afetivos, familiares e sociais que sustentam o sujeito. Porém, mesmo com esse entendimento, permanece nos serviços de saúde do SUS, ainda hoje, o sentido de medo e perigo que tradicionalmente acompanhou a loucura desde seus primórdios, e a crise tem a propriedade de ser o momento em que a sociedade reconhece e identifica o louco, e não o seu sofrimento.

A autora diz ser ainda comum encontrarmos tanto nos serviços substitutivos em saúde mental, quanto nos hospitais gerais de acolhimento e internação psiquiátrica, sentidos de medo dos cuidadores em relação à crise, e a internação pode ser socialmente um lugar reconhecido como capaz de estabelecer uma relação de poder e força quanto a esse usuário. Portanto, a construção de novas formas de cuidado com atenção integral ao usuário, pressupõe adotar práticas para uma clínica desarmada, sem negar os riscos da situação de crise, mas sobrepor a isso um comprometimento em estabelecer um respeito à diferença, trocando o isolamento e a exclusão por espaços de vida e sociabilidade (Ibid.).

Para isso, é necessária a comunicação e a empatia entre profissional e usuário, e algumas modificações podem ser feitas no ambiente, para torná-lo seguro, calmo e sem estímulos intensos. A postura tranquila e com tom de voz baixo durante os atendimentos, retirando do local objetos potencialmente perigosos, pode evitar agressões e possíveis tentativas de suicídio, por exemplo. Com esses entendimentos, os profissionais poderão construir novas formas de abordagem do usuário em crise, minimizando os riscos de ocorrências danosas com os pacientes, bem como atitudes de violência, repressão e indiferença por parte dos cuidadores, pois muitas vezes o medo impede a aproximação, o vínculo e o sentido de responsabilização do profissional pelo cuidado na crise. (Ibid.)

A atenção à crise é um compromisso que torna a desinstitucionalização "mais real"; é uma luta cotidiana pela garantia do direito à singularidade, à subjetividade e à diferença; é a negação dos sentidos de periculosidade que coloca o louco como uma ameaça à sociedade; é a construção de práticas discursivas, posicionamentos e práticas de cuidado capazes de produzir novos sentidos, nos quais as pessoas em sofrimento psíquico sejam reconhecidas como sujeitos de direito. (WILLRICH et al, 2011, p. 61).

Para Bernardes e Ribeiro (2013), somente a partir de uma clínica que possa lidar com a complexidade da vida é que se pode escapar à lógica atual da assistência, a qual em muitos momentos desconsidera as necessidades do outro, com indiferença, frieza, automação, esquecendo o diálogo, o encontro, a escuta, a consideração da alteridade, e praticando uma clínica que desconsidera certos repertórios cotidianos como se tivessem desaparecido: tristeza, solidão, melancolia e desistência da vida, substituindo-os por outros termos, possuidores de sentidos diversos, como depressão, “síndrome consuptiva” (não querer viver), e tantos outros vistos no dia-a-dia. Na nova lógica proposta, as metas maiores das tecnologias do cuidado passariam então a ser: 1) recuperar a saúde como um direito e não como um dever; 2) recuperar a condição da clínica e sua capacidade de acolhimento e de cuidado.

Guanaes-Lorenzi (2013) aponta a continuidade da hegemonia do modelo biomédico nos serviços públicos de saúde (sendo este modelo geralmente descrito como médico-centrado, hospitalocêntrico e curativista), porque a ação das equipes profissionais parece ainda estar investida de maneira prioritária no entendimento do cuidado unicamente como o tratamento de uma condição debilitante. Nessa dimensão, cuidar do usuário é prestar o tratamento médico, ambulatorial ou hospitalar, utilizando todos os recursos clínicos e tecnológicos hoje disponíveis para essa ação. Por essa lógica cultural dominante em toda a rede de saúde, o cuidado integral aparece como uma construção direcionada para a necessidade da recuperação ou preservação da vida, e a identidade do profissional de saúde é a daquele que ocupa a função do especialista, o qual pode e deve dizer o que o corpo do usuário / paciente precisa para melhorar.

Nessa linguagem predominante da saúde como um bem essencial à vida, o cuidado passa a ser uma imposição, e o sujeito do cuidado não pode mais achar brechas para investir em uma compreensão diferente, no entendimento do cuidado como opção individual, em um possível direito à liberdade de escolha, não podendo assim optar pela recusa, pela desistência, ausência, pela prorrogação do seu estado físico, pelo controle do seu corpo e, sendo assim, da morte como uma escolha possível, por exemplo. (Ibid.).

A partir dessa oposição entre a função do profissional de saúde versus a demanda do ser humano-usuário, é possível que este último venha a não legitimar o tratamento que recebe

como cuidado, quando não é atendido em suas expectativas apresentadas naquele contexto e interação. No entanto, para o campo discursivo hegemônico em que se construiu o ato do cuidado em saúde, a livre oposição do usuário não pode encontrar legitimidade, sendo esta a lógica que segue prevalecendo nas relações dentro da rede de saúde, a despeito de todo o debate já há décadas travado no Brasil. (Ibid.).

No caso do usuário 05 entrevistado nesta pesquisa, se visualizou como o seu sofrimento advindo da crise psiquiátrica e da doença, o levaram a simplesmente abdicar do cuidado a si oferecido, já que em seu referencial, o da subjetividade, este cuidado era voltado unicamente ao procedimento, à rotina hospitalar, ao protocolo do hospital onde estava internado, e não contemplava as suas necessidades, trazendo angústia, trauma, sofrimento.

Assim, acabou então optando pela saída mais violenta possível, aquela do auto-aniquilamento (na tentativa de suicídio), para tentar fazer cessar o sofrimento e a crise, é certo, mas que precisa também poder ser contextualizada como um possível direito de escolha, quando o sujeito decide até mesmo optar pela finitude, como uma das vias de alternativa ao sofrimento, uma entre outras possibilidades existentes.

Mas nesses casos, como pode ou deve ser a postura dos profissionais? Quando um usuário recusa um procedimento, ameaça abandonar o serviço ou o tratamento (ou realmente o faz), verbaliza o desejo de fazer cessar a própria vida, não segue as prescrições das equipes de saúde, etc., o que deve ser feito? Como deve agir o profissional para preservar um cuidado baseado na subjetividade do sujeito e no seu direito de escolha, e não no procedimento e no atendimento iminentemente assistencial no serviço de saúde? Esta é uma questão sobretudo ética, e por demais difícil de responder. Como lidar com o sofrimento sem querer fazê-lo cessar, como lidar com a crise sem desejá-la resolvida, evitá-la ou diminuí-la.

Segundo Pinheiro (2004) cabe ao profissional antes de tudo acolher o sentido dado pelo usuário, ajudando a este em poder vir a dar um sentido ou ser reconhecido pelos outros naquilo que subjetivamente para si faz sentido, e que não esteja sendo compreendido por familiares, demais usuários, profissionais, etc. A tarefa maior do profissional de saúde é, portanto, contribuir de forma ética na busca e na tradução do sentido do sofrimento do usuário principalmente para ele mesmo, na percepção diferenciada do próprio processo de crise, no qual o sujeito consiga *ressignificar* a crise sofrida, mais do que eliminar, resolver ou evitar as doenças, as crises e os sofrimentos.

Bernardes e Ribeiro (2013) por sua vez, afirmam que a integralidade do cuidado na atenção à saúde só pode ser alcançada, então, se a singularidade das pessoas passar a ser tomada como central, e considerada pelos profissionais de saúde na reflexão crítica em

conjunto ao usuário, nas ações do cotidiano buscando a autonomia, cujo objetivo máximo é produzir uma clínica focada nas demandas do usuário e não nos imperativos do profissional.

Portanto, a ressignificação do sofrimento e da crise pelo usuário, e o atendimento do profissional tendo como foco as necessidades e as demandas do sujeito, são questões fundamentais para uma clínica nos serviços de saúde voltada para a integralidade do cuidado.

Esta clínica do cuidado integral não se fundamenta no direito de escolha do usuário sendo julgado absurdo por parte do profissional, por exemplo, nos casos em que venha a ocorrer a recusa do cuidado. Tampouco deve se basear na lógica do procedimento, no atendimento prestado a qualquer custo, seja qual for a razão, como se fosse mesmo uma imposição da clínica ao indivíduo, para preservar a sua vida e saúde. O cuidado deve ser antes de tudo, ético. Voltado ao usuário e à sua subjetividade, e não apenas aos procedimentos. Deve estar focado no sofrimento e na crise desencadeados pela doença, mais do que nos protocolos vigentes e nos modelos assistenciais adotados. Somente assim é que se pode pensar a saúde não como um fim em si mesmo, passando a respeitar as possibilidades subjetivas do sujeito, suas opções, sua liberdade de escolha.

De acordo a Lamas, Calvo e Freitas (2012) ainda predomina, no atendimento em saúde, um modelo sobre o qual o compromisso maior da assistência é com a produção de procedimentos. Uma possível ruptura com esse padrão no SUS não existe hoje, e só poderia ocorrer uma maior autonomia do usuário partindo da reorganização dos processos de trabalho na saúde, sendo realizada em conjunto aos profissionais, nos micro-espacos dos serviços, pela formação de uma nova subjetividade entre trabalhadores e usuários, essa sendo a condição prévia para se estabelecer mudanças efetivas nas práticas em saúde.

O avanço concreto do sistema de saúde como um todo passa também por oportunizar, de fato, a interferência real no processo de formação e atuação no SUS, convocando todos os atores, sejam governamentais, profissionais e usuários-cidadãos, para agir de forma direta na reformulação do ensino, das políticas de saúde, das práticas e das relações nos serviços, assim contribuindo, quem sabe, para a minimização da insatisfação dos trabalhadores, diminuição do sofrimento dos usuários, e da falta de credibilidade dos gestores. (Ibid.).

O processo de trabalho é a concretização do Sistema Único de Saúde (SUS) percebida por seus usuários. Nesta interface entre arcabouço legal, processos de gestão e provimento de serviços, seus trabalhadores vivenciam os avanços e as eventuais contradições de uma rede de atenção em construção. A capacidade de mobilizar saberes, de compreender a inserção e as atribuições destes trabalhadores na produção do cuidado são condições para que o sistema efetive seus objetivos e seja socialmente legitimado. (LAMAS, CALVO e FREITAS, 2012, p. 83).

4.2. Acesso e trajetória assistencial na rede de saúde

A partir dos discursos dos usuários e dos sentidos dados por eles às experiências vividas nos serviços de saúde, identificou-se como categorias nesta pesquisa o *acesso* aos serviços, e a *trajetória assistencial* dentro da rede de saúde, cujas referências surgiram nas entrevistas como temas importantes nos discursos dos participantes. Ou seja, apareceram nas falas dos entrevistados sentidos dados ao modo de acesso aos serviços da rede, assim como ao caminho percorrido no sistema de saúde.

Durante a análise dos dados das entrevistas, foram identificadas práticas discursivas acerca das facilidades e dificuldades do usuário no atendimento desde a sua entrada nas unidades, uso dos serviços e resolutividade obtida ou não ao receber o cuidado (acesso), até o seu movimento na rede (trajetória assistencial), passando inicialmente pelo atendimento no hospital público onde foi realizada a pesquisa, até o contato com as demais unidades nas quais foram atendidos antes e / ou depois, seja por encaminhamento ou demanda espontânea.

Portanto, nesta categoria emergiram dois temas para serem analisados a partir das entrevistas dos usuários. 1) Acesso - facilitadores e dificultadores. 2) Trajetória assistencial na rede de saúde. Analisou-se, portanto, a efetividade do acesso e uso das unidades do SUS pelos usuários quando necessitam de cuidados à saúde, e em seguida as características do funcionamento da rede de assistência durante a trajetória do usuário.

Partindo do princípio da universalidade, a rede de serviços deveria poder ser acessada em qualquer ponto, a partir de qualquer porta de entrada, em qualquer unidade do SUS. De acordo com o princípio da equidade, todos os usuários, mesmo quando considerada a sua condição desigual, quanto aos aspectos sociais, culturais, econômicos, etc., teriam que ser tratados com igualdade dentro da estrutura disponível de assistência à saúde. E considerando o princípio da integralidade, qualquer demanda do usuário teria que ser atendida nos serviços de saúde, mesmo aquelas não inicialmente previstas e consideradas como demanda espontânea, e ainda se verificada a ausência de doenças, mesmo nesses casos, o atendimento deveria e poderia ser realizado, e outros serviços da rede acessados, quando necessário⁷.

Nas entrevistas com os 05 usuários do SUS aqui analisadas, se buscou as referências pessoais de cada um deles, os sentidos dados em suas alusões ao modo como se viram recebidos nos serviços, as observações suscitadas neles próprios quanto ao fluxo do acolhimento, a maneira como se deu a sua entrada na rede de assistência do SUS, o caminho

⁷ Deve estar claro que essas são condições desejadas em um SUS ideal, considerado teoricamente. A partir dos depoimentos dos participantes desta pesquisa, veremos o que está ou não sendo possível de ocorrer na prática.

percorrido pelas unidades, os acontecimentos e as impressões subjetivas deixadas em si, as suas opiniões sobre como lhes pareceu o atendimento, o que viram do funcionamento desses locais em que passaram, quais as facilidades e dificuldades encontradas acerca do cuidado recebido nesses serviços, e quais as práticas de saúde em geral vistas por esses usuários.

São esses os assuntos sobre os quais se quer aqui discorrer na análise dos resultados e discussão desta categoria, sempre considerando a escolha teórica adotada, da integralidade do cuidado nas práticas de saúde em rede no SUS, em uma perspectiva crítica e construcionista.

Para a visualização das temáticas trazidas pelos participantes, serão utilizados mapas de associação de idéias, gráficos e fluxogramas com os repertórios linguísticos dos usuários, contendo os sentidos atribuídos pelos mesmos no contexto da interação dialógica, durante a entrevista. Iniciaremos pelo tema acesso, focalizando os facilitadores e dificultadores obtidos nos discursos dos usuários quanto aos serviços da rede por eles acessados.

4.2.1. Acesso aos serviços - facilitadores e dificultadores

Os sentidos produzidos pelos entrevistados na sua busca pelos serviços da rede de saúde foram de dois tipos: *facilitadores do acesso* e *dificultadores do acesso*. Aparecem nas respostas dos indivíduos as suas impressões ao acessarem as chamadas “portas de entrada” nos serviços do SUS, quando o usuário necessita de assistência à saúde e procura o atendimento nas unidades.

A Constituição Federal de 1988 garante o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, como um dos direitos fundamentais a todo cidadão brasileiro. Além disso, a Lei 8.080 de 1990, Lei Orgânica da Saúde - LOS considera a saúde como resultado de múltiplos determinantes, incluindo o acesso.

Sanchez e Ciconelli (2012) definem acesso como o grau de interação entre os clientes e o sistema de saúde, e apontam que o acesso aos serviços pode ser avaliado por indicadores de resultados tais como a satisfação do usuário na passagem pelo sistema de saúde.

Para Giovanella e Fleury (1996) o acesso aos serviços de saúde pressupõe a sua disponibilidade à população em determinado local e tempo, e as características facilitadoras ou dificultadoras da sua utilização pelos usuários. Então, a acessibilidade seria o grau de ajuste entre os recursos disponíveis de atenção à saúde, e a busca e obtenção da assistência pelo usuário. Dito de outra forma, o acesso à saúde vai ser regulado pela oferta e capacidade

de procura e pelo alcance efetivo do atendimento nas unidades do sistema de saúde. Para que ocorra o acesso, seria preciso então avaliar: a disponibilidade dos recursos; a capacidade em produzir os serviços; as resistências e obstáculos do serviço à busca e obtenção do atendimento (disponibilidade efetiva); e ainda as características da população de usuários em suas possibilidades de buscar e obter o cuidado (poder de utilização).

Essas autoras caracterizam o acesso como uma das categorias centrais de análise das políticas de atenção à saúde, corroborado pelos marcos legais do processo de democratização da saúde no Brasil (Constituição de 1988 e Lei Orgânica da Saúde), e simbolizado pela própria universalização do acesso, quando toda a população passou a ter o direito de assistência à saúde, até então restrita aos cidadãos contribuintes da previdência social, e cujo ponto culminante foi a implementação e consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS.

É na unidade de relação do usuário com os serviços que devem ser centradas as análises que busquem conhecer como o direito à saúde se expressa concretamente no cotidiano das pessoas. A categoria central para análise dessas inter-relações é o acesso. (GIOVANELLA E FLEURY, 1996, p. 189).

Travassos e Martins(2004) realizaram uma interessante revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde, concluindo que há uma concordância na literatura quanto ao uso dos conceitos de *acesso* e *acessibilidade* serem bastante próximos, podendo ser considerados diferentes da noção de *utilização*, já que esta também aparece bem desenvolvida pelos autores, com especificação diversa em seus elementos. A *acessibilidade*, para a maioria dos autores, seria a característica da oferta de serviços de saúde, ou do ajuste entre a oferta e a população, seja num plano mais geral ou em uma circunscrição geográfica. Já o termo *acesso* é empregado de duas formas: 1) centrado na entrada inicial dos serviços de saúde; 2) como uma dimensão do desempenho dos serviços e sistemas de saúde associados à oferta. Neste estudo, as noções de acesso e acessibilidade serão tomadas como tendo o mesmo significado.

Para as autoras citadas, o termo *utilização* costuma ser classificado tanto a partir de decisões baseadas no comportamento individual, quanto pela interface / interação entre os indivíduos e o contexto no qual estão inseridos. Esta noção vem bastante vinculada na literatura ao *uso efetivo* dos serviços pelo usuário a partir da oferta e demanda (Ibid.).

O processo de uso efetivo dos serviços de saúde, por sua vez, é composto por diferentes fatores que interagem entre si e estão diretamente vinculados, tais como: (a) as características individuais de cada sujeito, necessidades e demandas pessoais em saúde. (b) o sistema de saúde no qual está inserido o indivíduo, a oferta existente nos serviços, os problemas que impedem o uso efetivo, e os aspectos positivos encontrados. (c) a qualidade

dos profissionais na prestação do cuidado, aliado às condições de trabalho vistas nas unidades. (d) O contexto social em suas interações com as pessoas e com a rede de serviços. (e) O histórico de cada usuário na utilização das unidades ao longo da vida (Ibid.).

As autoras sustentam a importância de serem mantidas as distinções entre acesso e uso efetivo de serviços de saúde; entre acesso e continuidade do cuidado; e entre acesso e resultados dos cuidados prestados / obtidos nos serviços, pois cada um desses processos precisa ter um modelo explicativo, já que se trata de momentos diferentes do atendimento em saúde. Essa observação torna-se fundamental porque na literatura sobre o tema existe uma tendência dos teóricos em querer ampliar a abrangência do acesso, deslocando o seu eixo da entrada e uso dos serviços e estendendo-o também para a continuidade e os resultados dos cuidados recebidos, e tais etapas não coincidem entre si, devendo ser analisadas separadamente, e também em seu conjunto, considerando as influências recíprocas. (Ibid.).

O uso de serviços pode ser uma medida de acesso, mas não se explica apenas por ele. Apesar de o acesso ser um importante determinante do uso, o uso efetivo dos serviços de saúde resulta de uma multiplicidade de fatores. Fatores individuais predisponentes, fatores contextuais e relativos à qualidade do cuidado influenciam o uso e a efetividade do cuidado. A continuidade também depende de situações distintas daquelas que definem a entrada no sistema, o que indica a importância de que seja analisada em suas particularidades. A atual tendência de se deslocar o conceito de acesso para os resultados dos cuidados de saúde também apresenta limitações para sua avaliação, uma vez que requer medidas multidimensionais de difícil compreensão, operacionalização e, muitas vezes, de baixa validade. TRAVASSOS e MARTINS, 2004, p. 197).

Com base no que diz a literatura sobre o tema, optou-se por considerar nesta categoria o acesso como a entrada e o uso efetivo dos serviços, separando o acesso das noções de continuidade e resultado, mas mantendo o uso efetivo do serviço como fator comum entre todas, em função da sua multiplicidade de derivações para o atendimento dos usuários. Portanto, o uso efetivo da rede é uma noção que aparece no conjunto de análise das categorias desta pesquisa, pois para haver integralidade do cuidado o usuário deve antes de tudo ter acessado e utilizado a assistência nos serviços da rede de saúde, cujo atendimento na sequência também deve ter continuidade e apresentar resultados.

Assim, será avaliado nesta categoria primeiramente o *acesso* obtido na assistência à saúde em rede pelos usuários e como este aparece em seus discursos, em relação tanto à acessibilidade quanto ao uso efetivo nos serviços do SUS.

Em seguida, será analisada a *trajetória assistencial* dos usuários, a fim de considerar a passagem pela rede de serviços a partir de seus próprios relatos, dando idéia do caminho percorrido, e se houve ou não a continuidade do cuidado durante a sequência do atendimento

dentro da rede. A análise será feita através de descrições detalhadas da trajetória assistencial percorrida por cada usuário.

E por fim, na próxima categoria *posicionamento sobre práticas de cuidado integral*, se irá verificar tanto o uso efetivo como os resultados dos cuidados obtidos pelo usuário, e se este recebeu (ou não) em sua opinião, a integralidade do cuidado na rede de serviços do SUS.

Silva Jr. e Alves (2005) citam a acessibilidade como uma das implicações para o funcionamento de uma rede de cuidados ininterruptos, respondendo à diretriz da integralidade em saúde, ordenada de forma circular e, portanto, contando com múltiplas entradas, tendo os seus fluxos distribuídos segundo as necessidades dos usuários. Essa rede se caracteriza como uma malha sem início ou fim, e no meio estariam seu nós, ligações e conexões. A acessibilidade dos usuários se daria pela necessária conexão de cada nó da rede de serviços com os outros nós existentes, implicando no acesso irrestrito da população ao atendimento digno, de acordo ao seu desejo, vontade e necessidade, seja qual for a porta de entrada ou o serviço escolhido para acessar essa rede.

Para Ceccim et al (2005) a rede de saúde é pensada como uma malha em que se possa obter o conjunto de serviços e ações necessárias, de forma a alcançar a integralidade da atenção e do cuidado, como se fossem nós e fluxos de nós interconectados, como uma trama ramificada, rompendo assim com a tradicional rede em forma de pirâmide, antes pensada em níveis crescentes de complexidade. A organização dos serviços de saúde do SUS em forma de malha de cuidados tem, então, entre outras implicações, o acesso irrestrito, já que a rede deve e pode ser acessada em qualquer local.

Outra implicação da organização dos serviços em malha é na regionalização, tornando os serviços mais próximos, e na hierarquização, rompendo com a estrutura piramidal dos serviços, pois cada nó da rede produz linhas e fluxos, devendo estar acessível ao usuário por proximidade geográfica e facilidade no ingresso, ao necessitar receber a assistência à sua saúde, e assim demarcando a rede única e a complementaridade horizontal entre todas as unidades, podendo qualquer uma delas ser a porta de entrada para o usuário (Ibid.).

Franco et al (2007) apontam o *acolhimento* como estratégia relevante para modificar a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, tendo como princípios: 1) garantir a acessibilidade e o atendimento a todos; 2) reordenar os processos de trabalho visando a responsabilidade na escuta do usuário e na resolução de seus problemas de saúde; e 3) qualificar a relação trabalhador-usuário por parâmetros de vínculo, solidariedade e cidadania. Portanto, reordenar os serviços pressupõe chegar à integralidade na produção do cuidado, do acesso, dos processos e das relações, pois o acolhimento...

É uma forma de reorganização do processo de trabalho, que aposta nas relações entre trabalhadores e usuários com base na escuta qualificada, responsabilização, compromisso com a resolutividade e trabalho multiprofissional. Tal entendimento requer perceber o usuário que adentra a unidade de saúde a partir das suas necessidades, condições de vida, do vínculo com os trabalhadores, da autonomia no seu modo de viver e na compreensão da sua queixa. Tudo isto faz do usuário um ser singular, isto é, único e, nesse sentido, deve ter também um cuidado que expressa essa singularidade. (FRANCO et al, 2007, p. 4).

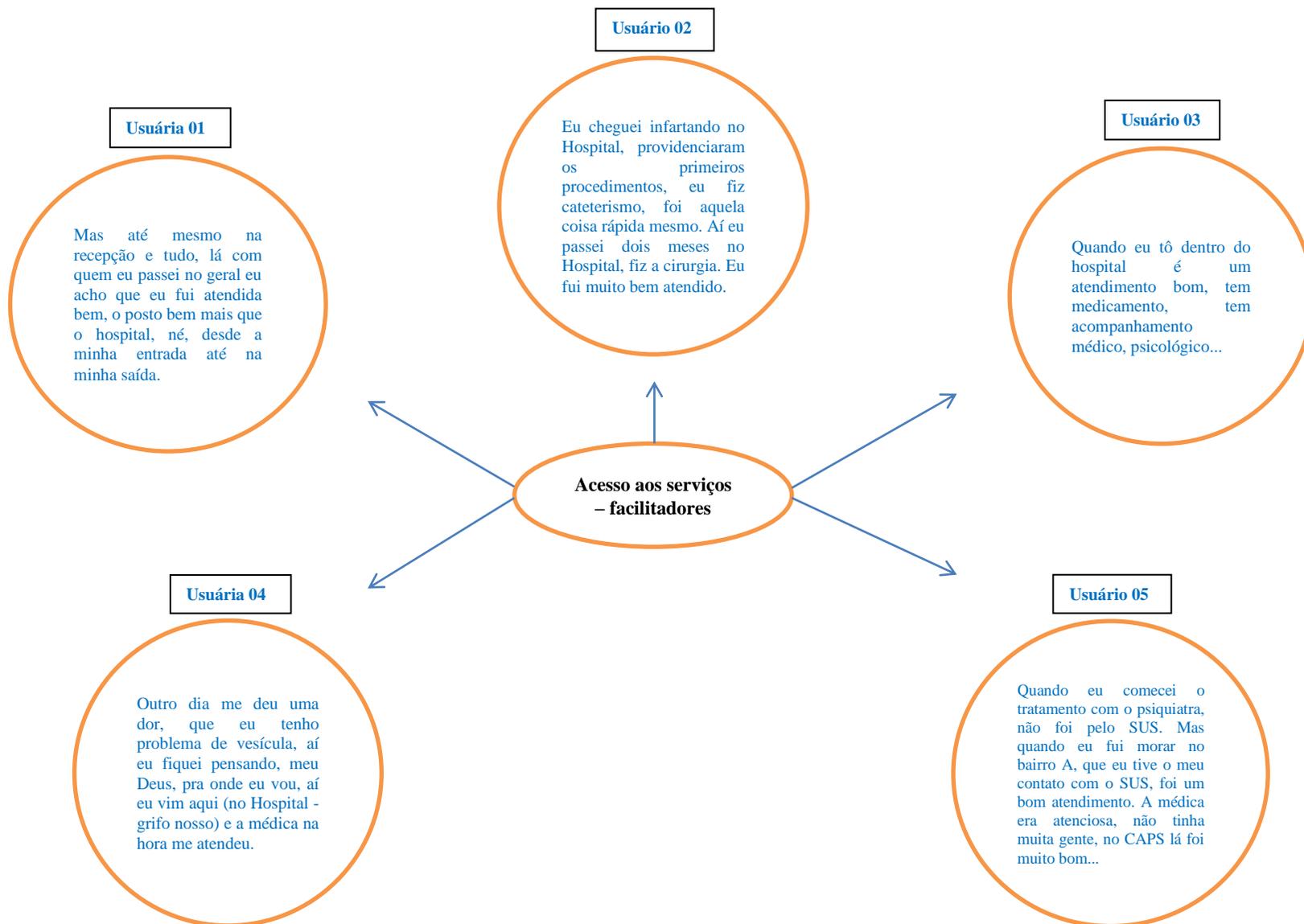
Por conseguinte, vê-se que há uma relação entre a noção de acesso e alguns conceitos próximos que podem ser utilizados na análise das práticas discursivas de usuários da rede de serviços de saúde, como acessibilidade, acolhimento, entrada, uso, entre outros. Levar-se-á em conta aqui os aspectos do acesso e uso dos serviços nos discursos dos usuários, conforme já dito, separando-os das categorias de trajetória assistencial, e práticas de cuidado, ao mesmo tempo buscando a reflexão crítica através de todas essas noções, quando for possível e necessário. Pois que o acesso e o uso dos serviços diz respeito, afinal, ao conjunto dos fatores relacionados às práticas de saúde na rede de serviços.

Passemos então ao discurso dos usuários entrevistados, para analisar os sentidos atribuídos por estes quanto ao acesso obtido nos serviços da rede, em seus facilitadores e dificultadores. No gráfico 01 adiante (p. 114), vê-se o discurso de cada usuário entrevistado com exemplos quanto a situações no acesso aos serviços utilizados, quando se notam afirmações de entrada satisfatória nas unidades acessadas (facilitadores do acesso). No gráfico 02 (p. 130), contrariamente, têm-se o discurso do acesso às unidades pelos usuários, quando demonstraram sentidos de insatisfação com seu ingresso nas portas de entrada da rede (dificultadores do acesso).

Analisaremos, pois, inicialmente, os discursos relacionados aos aspectos *facilitadores do acesso* aos usuários das unidades do SUS. Em seguida, focalizaremos os sentidos relativos aos aspectos *dificultadores do acesso* aos serviços, explicitados pelos sujeitos. Após analisar os discursos, debater sobre os resultados e discutir acerca dos sentidos expressados pelos usuários entrevistados, dialogaremos ao final também com a literatura relacionada, para aprofundamento sobre o tema acesso.

Lembrando que nesta pesquisa, antes de tudo, se partiu do discurso dos usuários atendidos originalmente em um hospital público, e seus relatos de acesso a outras unidades da rede de saúde foram influenciados reciprocamente pela experiência de internação em enfermaria, ou passagem por ambulatório hospitalar, setor de hemodiálise do hospital e emergência hospitalar, sendo que no momento da entrevista todos tinham algum tipo de vínculo com o Hospital público que serviu de base para o estudo aqui relatado, ainda que a maioria também mantivesse contato com os outros serviços da rede do SUS.

Gráfico I – Facilitadores do acesso aos serviços pelos usuários do SUS



Em seu discurso sobre a rede de saúde, a usuária 01 referiu-se em apenas um momento ao que considerou aspectos *facilitadores do acesso* aos serviços (vide gráfico I), por ela identificado ao referir-se ao posto de saúde. Em outras oportunidades relatadas, predominou no discurso a crítica desta usuária quanto aos aspectos *dificultadores do acesso*, bem como de outras características do atendimento na rede. Visualizando as falas da usuária 01, em resposta a uma pergunta do roteiro de entrevista da pesquisa (pergunta VIII - Você tem alguma facilidade a destacar sobre o atendimento, tratamento ou cuidado que você recebeu no SUS por todos esses profissionais de saúde por quem foi atendida? Citaria um ou mais facilitadores do atendimento?) discutiremos a seguir alguns pontos importantes por ela expostos.

Tenho, o profissional da cardiologia, o Dr. X2, como eu já falei antes, ele tem sido o profissional que tá me dando mais retorno, mais respostas. Eu já fiz vários atendimentos com ele e não mudou esse padrão, as outras profissionais do posto tipo as enfermeiras, a farmacêutica, em nível menor eu também fui bem atendida, porque eu digo assim que não foi igual como é com ele, eu acho melhor a consulta dele. Mas até mesmo na recepção e tudo, lá com quem eu passei no geral eu acho que eu fui atendida bem, o posto bem mais que o hospital, né, desde a minha entrada até na minha saída. Lá no hospital já não foi legal, eu só entrei depois, através da minha mãe que falou com a amiga dela, e de novo a minha mãe que conseguiu pra mim lá no posto e depois no (Centro de Referência) com a Dr^a. X. (Usuária 01).

Na categoria anterior, sofrimento e crise do usuário, já havíamos analisado o repertório linguístico da usuária 01, contendo sentidos dificultadores, acerca do fato de não ter sido atendida satisfatoriamente na emergência hospitalar, e não ter recebido encaminhamentos para outras unidades da rede, nem para outros profissionais, já que a própria usuária achava que era portadora de síndrome do pânico, conforme a mesma nomeava a possível doença da qual dizia sofrer, mesmo não havendo recebido um diagnóstico a ela satisfatório até então.

A usuária 01 avaliou ter obtido no posto de saúde um atendimento com aspectos mais facilitadores do que na emergência hospitalar, pois nesta última, segundo o discurso da entrevistada, não houve um acesso satisfatório, nem a referência / encaminhamento a outro serviço. Porém, após o atendimento insuficiente no hospital, por fim sentiu-se bem atendida no posto de saúde 01, desde a sua entrada (acesso), até sua saída, e teve que buscar esta outra unidade da rede por conta própria, contando com a ajuda de parentes diretos (mãe), conforme se pode verificar no enunciado a seguir, já apresentado antes no Mapa 03 (p. 84).

Como as dores no peito permaneciam, eu comecei a tentar o atendimento em várias unidades, e aí como eu não tive muito sucesso, foi que eu procurei o posto de saúde por conta própria, fui atendida por outro cardiologista, pode dizer o nome? O Dr. X. Isso por conta da minha mãe que é técnica de enfermagem que trabalha no posto, ela que me ajudou. (Usuária 01).

Mesmo a usuária elogiando a recepção do posto de saúde 01 e os profissionais que a atenderam, como se viu no seu discurso, há aqui um elemento importante a ser considerado na sua acessibilidade a esse serviço de saúde. A usuária não recebeu nenhum encaminhamento após ser atendida na emergência hospitalar. E passou na sequência por várias unidades sem obter o atendimento desejado. O acesso ao posto de saúde se deu somente em função da ajuda de um familiar (mãe), a qual na condição de funcionária daquela unidade de atendimento, só assim pôde garantir o acesso da filha (usuária 01) à rede de atenção à saúde.

Por conseguinte, a rede de cuidados funcionando como uma malha, ofertando qualquer serviço como porta de entrada, conforme refere a literatura consultada como o ideal de SUS, não pareceu ocorrer na ocasião em que esta usuária acessou a sua rede disponível, assim como o princípio da universalidade do acesso não pôde ser identificado na situação descrita, pois não houve primeiramente um atendimento satisfatório na emergência hospitalar, conforme verbalizou em sua entrevista a participante da pesquisa, e depois de buscar por vários serviços da rede de atenção sem conseguir o atendimento, só obteve o acesso à rede através de sua mãe, funcionária da unidade em que foi finalmente atendida.

Assim, o acesso da usuária 01 ao posto de saúde foi avaliado na entrevista como possuindo facilitadores, mas algumas observações importantes podem ser destacadas em uma interpretação do sentido dado a sua busca, acesso e uso efetivo dos serviços na rede de saúde.

1) O acesso inicial não ocorreu ao usuário de forma satisfatória em serviço de emergência hospitalar, considerado o ponto de entrada “ideal” na rede de saúde, já que neste caso o sujeito apresentava crise neurovegetativa e sintomas físicos típicos de entrada em pronto-atendimento, não se efetivando o uso na sua forma adequada ao ser acessado o serviço.

2) A procura do usuário por continuidade do acesso na rede de saúde se deu por conta própria, mesmo já tendo inicialmente recebido atendimento em outra unidade do SUS (emergência hospitalar), o qual considerou inadequado para suas demandas e necessidades.

3) O usuário acessou várias unidades da rede antes de conseguir a acessibilidade efetiva, e estes serviços não funcionaram como pontos de acesso ou “portas de entrada” da rede de saúde, pois o usuário declarou não ter sido atendido nesses locais.

4) O usuário afinal obteve acesso e atendimento em unidade não-hospitalar da rede (posto de saúde), mas não recebeu nenhum encaminhamento / referenciamento de nenhum outro serviço de saúde do SUS, mesmo apresentando quadro de crise com sofrimento físico e emocional adjacente.

5) O acesso e o atendimento satisfatório foram identificados pelo usuário quando do atendimento no posto de saúde, mas sua entrada neste serviço se deu apenas em função da

ajuda de parente direto (mãe), o qual era funcionário da unidade da rede de serviços onde o paciente enfim alcançou o acesso e obteve o uso efetivo da assistência à saúde.

Segundo o que se pode interpretar a partir do discurso da entrevistada, mesmo com o facilitador do acesso verbalizado quando do uso efetivo do posto de saúde (atendimento satisfatório e boa assistência dos profissionais), há neste caso falhas identificáveis na conexão esperada entre os serviços da rede, pois inicialmente não houve no próprio hospital (setor de emergência) atendimento adequado ao sentido de sofrimento verbalizado pela usuária 01 (percepção subjetiva de síndrome do pânico, acompanhada de sintomas neurovegetativos como desmaio, dores no braço, dores no peito, sensação de infarto, etc.).

Em seguida, não ocorreu também nenhum tipo de encaminhamento / referenciamento da paciente de uma unidade à outra (da emergência hospitalar para o posto de saúde e / ou demais serviços), já que os profissionais chegaram a verbalizar que a usuária teria que procurar assistência psiquiátrica e psicológica em outro local da rede, logo puderam chegar a um consenso de que o cuidado precisaria ter continuidade, porém não demonstraram uma postura de acolhimento / efetividade na atenção às demandas da usuária.

Portanto, mesmo nos casos em que o usuário avalia de forma facilitadora a sua acessibilidade, por ter conseguido efetivar a sua entrada nos serviços, tal fato comumente não se realiza sem que possam ser detectados e contextualizados problemas, lacunas, inadequações e incompletudes diversas no sistema de saúde, antes de ser concretizado o acesso.

Com base nos itens acima, pode-se afirmar que a peregrinação do usuário pelas unidades da rede de saúde demonstra dificultadores no acesso aos serviços do SUS ocorrendo de forma simultânea aos facilitadores do acesso, e evidencia brechas no funcionamento da rede de cuidados, assim como no cumprimento de princípios como a universalidade e a integralidade da atenção à saúde, no sentido do atendimento às demandas em geral do usuário a partir da perspectiva dele mesmo.

Prosseguindo com a análise das entrevistas, nas falas do usuário 02 foram encontradas alusões a aspectos facilitadores do acesso à rede de serviços, talvez com maior frequência do que na maioria dos outros usuários entrevistados. Este usuário relatou ter se sentido muito bem atendido nos serviços de saúde pelos quais passou, particularmente no Hospital público em que foi feita a pesquisa, onde considerou seu acesso satisfatório, assim como o tratamento e cuidados em geral recebidos, tecendo elogios ao trabalho das equipes de saúde.

Em resposta à pergunta I (Como é que você pode descrever o seu percurso durante o seu atendimento no SUS, desde o início quando você precisou ser atendido, e depois quando

entrou já no Hospital, até a sua saída, e também depois da alta, como é que foi o seu atendimento dentro da rede de saúde?), vemos a resposta do usuário 02, conforme pode ser visualizado no enunciado abaixo, e também no Gráfico I (p. 114).

Olha, o que eu posso te dizer... Eu fui muito bem atendido a primeira vez. Eu cheguei infartando no Hospital, providenciaram os primeiros procedimentos, eu fiz cateterismo, foi aquela coisa rápida mesmo. Aí eu passei dois meses no Hospital, fiz a cirurgia. Eu fui muito bem atendido. Eu não tenho nenhuma queixa do Hospital. Durante a minha internação foi tudo muito bom. (Usuário 02).

O discurso do usuário 02 sobre o acesso ao hospital referiu aspectos facilitadores quanto à sua entrada e recuperação posterior, pois o mesmo ao chegar infartando, teve rapidamente providenciado o seu atendimento, realizou procedimentos imediatos tais como cateterismo cardíaco, não apresentou queixas quanto ao uso efetivo e tratamento recebido, sentiu-se muito bem atendido pelas equipes de saúde, ficou internado no hospital por dois meses, realizou cirurgia e recebeu alta em seguida.

No repertório linguístico exposto a seguir, em resposta à pergunta V do roteiro de entrevista (Você viu assim algum benefício pra sua saúde em função do cuidado de todos os profissionais que você recebeu? Você se sentiu sendo cuidado?), novamente se nota sentidos facilitadores atribuídos pelo usuário 02 à sua entrada, uso efetivo e continuidade do atendimento na unidade hospitalar e alguns outros serviços da rede, como se vê nos enunciados do seu discurso abaixo, já transcritos antes no Mapa 04 (p. 86).

Agora já depois eu que saí do hospital, me deu um problema de circulação, eu fui no Posto de Saúde 02, aqui do (Bairro B), eu não tinha nenhum encaminhamento, mas já tinha cadastro lá. Uma assistente social me atendeu muito bem, e aí ela já me mandou pro médico, foi um atendimento agradável, eu gostei dele. Eu passei com a nutricionista também, muito simpática ela, que eu já conhecia. E olha que eu tô te falando isso depois de ficar no calor lá e esperar 04 horas em pé, viu, rsrs. Eu precisava ir no angiologista, mas antes eu tive que passar no clínico, então teve uma hora que eu já tava quase passando mal. Eu precisei ir porque eu tava sentindo as pernas pesadas, aí começou a demorar muito, eu pensei que eu ia sair de lá pior até, mas aí cheguei a minha vez... Eu vi que eu vou ter que continuar me cuidando agora, depois da minha cirurgia, né. Aí do posto me encaminharam pro angiologista lá no (Hospital Privado 01). E eu também fui encaminhado e sou atendido no Ambulatório (do Hospital Público Pesquisado) por um cardiologista que também já é muito meu amigo, rsrsrs. Então, os profissionais que cuidaram de mim até hoje, eles foram maravilhosos, e como eu lhe falei, eu só fiz amizades, eu tenho muitas coisas boas pra falar... Agora já depois que eu saí do Hospital, e também do tempo que eu fiquei internado, eu tenho várias histórias pra contar que até me emocionam, porque todos eles foram muito bons comigo. (Usuário 02).

O sujeito deu um sentido facilitador ao seu ingresso nas unidades, ou seja, para ele houve o acesso aos serviços disponíveis. Agradeceu muito o trabalho das equipes e o atendimento recebido, e fez alusão à continuidade da busca por cuidados após a alta, como

uma das necessidades identificadas por ele próprio, novamente referindo acesso obtido, uso efetivo e encaminhamento recebido dos profissionais para outros serviços da rede assistencial (posto de saúde, hospital privado conveniado ao SUS, ambulatório hospitalar).

Porém, segundo se pode interpretar a partir do discurso do participante da pesquisa, ao sair do hospital onde ficou internado, inicialmente recebeu encaminhamento apenas para o cardiologista do ambulatório do Hospital, onde estava sendo atendido, e não para outras unidades da rede de serviços. Ou seja, novamente se notam problemas quanto ao referenciamento dos usuários para atendimento em outros serviços na atenção básica e especializada, conforme já verificamos antes ter ocorrido com a usuária 01.

No caso da usuária 01 o serviço de emergência hospitalar não havia encaminhado a paciente à rede de saúde para a continuidade do atendimento, e a mesma procurou o ambulatório hospitalar e o posto de saúde por conta própria, e contando com a ajuda de amigos e familiares. Na situação do usuário 02, este verbalizou em seu discurso que foi encaminhado e recebeu atendimento do cardiologista no ambulatório, mas o mesmo não ocorreu em relação ao posto de saúde e demais consultas especializadas (angiologista).

O usuário 02 procurou também por conta própria o posto de saúde, neste caso valendo-se do fato de que já tinha cadastro naquela unidade, pois vinha sendo atendido na rede de saúde antes mesmo de sua crise e internação para cirurgia, possuindo histórico de referenciamento entre os serviços (voltaremos a esse assunto específico do percurso dos usuários entre as unidades na próxima categoria, trajetória assistencial na rede de saúde).

Ou seja, permanece o sentido dado também por este usuário (conforme já identificado na usuária 01) de que mesmo quando existem aspectos facilitadores do acesso e uso dos serviços, estes aparecem indissociavelmente atrelados às questões dificultadoras, e logo surgem observações no discurso dos participantes, dando conta sobre os problemas na rede, mesmo em conjunto aos acontecimentos favoráveis.

Essa forma dúbia de dar sentido a sua prática discursiva pode ser notada noutra pergunta feita ao usuário 02 (pergunta X - Você quer acrescentar mais alguma coisa, um comentário, uma opinião, sobre tudo o que nós conversamos, ou mais alguma coisa que eu não lhe perguntei, mas você quer falar, deixar registrado, sobre o seu percurso dentro dos serviços de saúde onde você foi atendido? Qualquer coisa que você queira, pode falar...), quando aparecem misturadas no repertório linguístico do sujeito referências afirmativas sobre a assistência recebida e o acesso às unidades do SUS, e ao mesmo tempo receios e reservas quanto a certas características da rede pública de saúde.

Eu nunca me imaginei chegando num hospital assim do SUS. Eu pensei, eu vou sofrer, rsrsrsrsrs. Mas graças a Deus, não. Eu acho que é só uma questão de olhar melhor, investir mais... Eu não sei se eu dei sorte, porque eu já levei amigos meus no Pronto Socorro Municipal, e quando eu vi aquilo, parece que eu tava vendo um filme de guerra, e os soldados chegando feridos... Era assim que via o Pronto Socorro da Prefeitura, aquela coisa triste mesmo, as pessoas gritando, era um negócio horrível, horrível. Aí era isso que eu tinha medo, sabe, eu vou ser internado, será que eu vou ficar assim, nessa situação? Graças a Deus não. Eu dei sorte... (Usuário 02).

O usuário não deixou de fazer mais uma vez os elogios às equipes e ao hospital onde foi internado. Mas algumas observações importantes surgiram em suas falas, as quais merecem análise pormenorizada. Trata-se da sua referência feita, primeiramente, ao fato de associar a entrada em um hospital do SUS à sensação de que provavelmente iria sofrer lá dentro, logo acompanhada de outra afirmação, relacionada às suas impressões pessoais adquiridas ao visitar outras unidades da rede, quando teve então uma sensação de que as pessoas estavam ali como em um filme de guerra, num cenário de luta pela sobrevivência.

Em seguida, outras particularidades foram expressadas em seu discurso, como o questionamento sobre se ele estaria ou não dando sorte ao ser muito bem tratado na rede de saúde, e finalmente, a alusão de agradecimento a Deus por ter sido bem atendido, diferentemente de outros indivíduos que necessitam da rede pública de saúde.

Esses são sentidos presentes de forma significativa no discurso do usuário 02, os quais puderam ser analisados a partir do contexto dialógico em que foram enunciados, da seguinte forma, enumerada abaixo.

1) Os serviços hospitalares do SUS são vistos como potenciais vetores de sofrimento à população que deles necessita para realizar tratamento em saúde.

2) O usuário busca o atendimento à sua saúde já com uma concepção preestabelecida que terá de contar também com a sorte para conseguir receber uma assistência de qualidade.

3) Por serem comuns histórias de problemas no atendimento em saúde, é necessário agradecer a Deus a sorte de ter sido muito bem cuidado, ou abençoado com um desfecho favorável em uma internação hospitalar.

4) Mesmo nos casos em que o usuário refere ter recebido um atendimento hospitalar adequado, permanecem alguns problemas na continuidade do cuidado em outros serviços da rede, tais como o não encaminhamento à rede básica e especializada do SUS.

Com base nos sentidos do discurso do usuário se apreendem ao mesmo tempo atribuições facilitadoras ao sistema público de saúde (este funciona realmente, está aparelhado para receber o indivíduo doente), mas de outro modo a relação usuário-serviço desperta a necessidade de se comprovar, de fato, a acessibilidade e a resolutividade nas unidades da rede, pois existem contradições na imagem que o usuário tem do cuidado ofertado nos serviços.

É possível ao usuário avaliar facilitadores no acesso e no uso efetivo da assistência recebida na rede de saúde, mas tal só é feito após a experiência de fato, pois a expectativa do cidadão quanto ao atendimento possui com frequência um caráter refratário ao cuidado, parecendo haver uma desconfiança que é ocultada, de certa forma, mas permanece viva na concepção popular, construída ao longo da história dos sujeitos e dos serviços, podendo assim transcender os acontecimentos isolados, individuais, e emergir como demanda ligada ao coletivo, envolvendo as questões estruturais do SUS e a problemática social do direito à saúde, bem como as possibilidades de ocorrerem violações de direitos dos pacientes do SUS.

Por outro lado, as referências aos serviços hospitalares e à necessidade de acesso e cuidado nessas unidades comumente ainda aparecem com importância sobressaída no discurso e nas práticas dos usuários, os quais buscam imediatamente o atendimento no hospital nas circunstâncias em que julgam necessário, ou seja, quando ocorrem problemas de saúde por eles considerados mais sérios, importantes ou graves (e mesmo se não o forem), o que nos dois casos pode significar correr o risco de não ser atendidos da maneira apropriada ou esperada nas unidades hospitalares disponíveis.

Seguindo com a análise das entrevistas dos participantes, no discurso do usuário 03 também foram encontrados aspectos facilitadores quanto ao acesso e uso efetivo dos serviços de saúde. Na maior parte do seu discurso a respeito do SUS e da rede de serviços, o usuário na verdade apresentou severas críticas ao atendimento nas unidades às quais teve acesso e uso efetivo. Da mesma maneira podem ser identificadas em seu repertório linguístico, no mapa a seguir, menções ao bom atendimento recebido e a uma ligeira melhora no estado de saúde.

Mapa 07: Discurso de acesso e trajetória assistencial na rede de serviços em saúde (Usuário 03).

Pergunta 01	Sofrimento e crise do usuário	Acesso e trajetória assistencial na rede de saúde	Posicionamento sobre práticas de cuidado integral
Como é que você pode descrever a sua trajetória dentro da rede de saúde, não só aqui no Hospital, mas em todos os locais onde você foi atendido, desde o início do seu problema de saúde, até quando veio para o hospital, e depois que você saiu de alta, nos locais onde foi atendido, qual é a sua opinião sobre o atendimento e como é que foi o seu percurso dentro da rede SUS?			Quando eu tô dentro do hospital é um atendimento bom, tem medicamento, tem acompanhamento médico, psicológico... Na internação até que foi bom, que eu fiz o controle da diabetes, controle da nutricionista que eu tava muito debilitado, quanto a isso eu não tenho nada que reclamar, é um atendimento padrão, nota 10, principalmente a nutricionista. Eu tomei remédio pra diabetes, fiz vários exames de sangue, eu tive melhora.
		Só que foi difícil eu conseguir me internar. Eu vim pra uma consulta com uma médica gastro no ambulatório (do Hospital Público Pesquisado – grifo nosso) em fevereiro.	
	Eu tava botando sangue coagulado, com muita dor, meu intestino inchado.		
			Ela viu minha situação e mandou me internar... Af durante a minha internação foi bom, porque eu melhorei um pouco.

		Agora quanto ao SUS em geral, demora muito a consulta, você marca um retorno passa 03 meses, marca um exame passa 02 meses pra poder conseguir fazer. Passa esse tempo, a doença vai evoluindo e você vai perdendo tempo devido o período de consulta. É isso... E a espera é normal, você tem que esperar, muita gente, a demanda é grande. É isso... Eu considero que é muito tempo que a pessoa leva pra poder fazer um exame. Essa ressonância aqui eu passei 03 meses pra poder liberar pra fazer. Então, se fizesse com 01 mês... E uma consulta, eu saí do hospital em março, o meu retorno com o proctologista eu consegui só pra agora final de junho, então é muito tempo que você espera...	
	Até agora o tratamento que eu fiz não tá resolvendo o meu problema. Eu continuo com dor, o intestino inchado, botando sangue coagulado, não melhora. Nem eu ficando internado quase um mês não resolveu o meu problema, eu continuo inchado e com dor, até hoje eu não tenho diagnóstico, faz um exame dá uma coisa, faz um exame dá outra. Mas eu continuo me consultando, enquanto há vida há esperança, eu não posso ficar esperando a morte de braço cruzado.		
		Os médicos do Hospital me deram uns encaminhamentos depois que eu tive alta. Aí eu marquei as consultas quando eu saí. Minha consulta essa semana é com o proctologista, nesse ambulatório daqui. E em agosto com a Dra. X2, que é a minha gastro, só daqui a quase dois meses. E em julho é uma na (Unidade de Referência 01), com o urologista. E semana que vem tem uma aqui também com a psicologia, que é a primeira, marcaram quando eu vim me consultar depois da alta. Mas nada de melhorar...	

Note-se que inicialmente esteve presente na prática discursiva do usuário o aspecto de elogio a um “atendimento padrão” no hospital, chegando mesmo a atribuir nota máxima a alguns profissionais da equipe, como a nutricionista. Ao mesmo tempo, o usuário 03 atribuiu um facilitador do acesso parcial quando da entrada no serviço hospitalar, pois descreveu o quanto foi complexa a sua manobra para ser internado, ao ter inicialmente que buscar o ambulatório em dia de consulta agendada, para relatar ao médico os seus sintomas de dor e inchaço abdominal, acompanhados de excreção com aparência sanguinolenta, e somente assim ter solicitada a sua internação, para verificar uma possível gravidade maior do seu estado de saúde, pois se encontrava bastante debilitado, segundo o mesmo, e teve alguma melhora com o tratamento hospitalar.

Diferentemente dos usuários 01 e 02, o usuário 03 afirmou ter recebido os encaminhamentos médicos para ter acesso após a alta ao atendimento em outras unidades da rede, e conseguiu agendar consultas com proctologista, urologista, gastro e psicólogo, no ambulatório do Hospital onde ocorreu a pesquisa e em outros serviços da rede.

Entretanto, como veremos logo adiante nos aspectos dificultadores do atendimento, o usuário 03 referiu vários fatos que corroboram nesta pesquisa a ocorrência concomitante ao usuário do SUS, dos facilitadores e dificultadores na assistência em saúde.

Ou seja, tanto as facilidades quanto as dificuldades ao acesso, ao uso efetivo dos serviços e demais fatores do atendimento, sobrevêm em conjunto ao usuário 03, e nunca isoladamente. Pois ao providenciar o agendamento das consultas na rede de saúde para as quais foi encaminhado, o mesmo participante da pesquisa que declarou receber no hospital um cuidado “nota 10”, diz em seguida da demora na realização de exames e consultas (03 meses para liberar uma ressonância, e entre 03 a 06 meses para agendar uma consulta com médicos especialistas e chegar a receber o atendimento).

Por sua vez, o usuário 02 referiu igualmente da sua espera para realizar exames como tomografia, chegando a passar 03 meses para conseguir o resultado desse exame. A usuária 01 relatou espera por exames de sangue num período entre 02 e 03 meses, chegando a desistir de aguardar os resultados e providenciar a realização dos exames via serviços privados (ver referência da usuária 01 no Mapa 03, p. 84). O usuário 02 também fez menção ao período longo de espera por consultas especializadas, chegando a agendar os atendimentos com um espaço entre 03 e 06 meses após a sua alta, mesmo com encaminhamentos recebidos.

Outro detalhe relevante no histórico do usuário 03, é que o seu discurso revelou um sentido diverso dos demais, na atribuição quanto ao tratamento não estar resolvendo a sua demanda em saúde, pois mesmo com o acesso e o uso efetivo do atendimento nos serviços da rede, e mesmo com os vários exames realizados e após um mês internado, além do acompanhamento com vários especialistas, o usuário revelou não possuir um diagnóstico para a sua doença. E três meses após receber alta do hospital, ao ser entrevistado para esta pesquisa, os sintomas geradores de sua internação (dor abdominal, sensação de inchaço e fezes sanguinolentas, entre outros) continuavam a ocorrer, sem o mesmo saber as suas causas nem qual a solução possível para a sua recuperação.

Portanto, analisando o acesso e uso efetivo dos serviços de saúde pelo usuário 03, podemos desenvolver as seguintes considerações a partir do discurso obtido nesta pesquisa:

1) Os aspectos de possíveis facilitadores ao acesso e atendimento do usuário na rede de saúde do SUS aparecem sempre ou quase sempre acompanhados de fatores dificultadores, e os relatos dos usuários apontam lado a lado elogios e críticas ao cuidado das equipes profissionais e à estrutura do sistema de saúde.

2) O acesso e o uso efetivo dos serviços e da assistência, seja nos hospitais ou nas demais unidades da rede pública de saúde, não garantem ao usuário o diagnóstico do seu problema nem a resolutividade das suas demandas.

3) O encaminhamento dos usuários a outros serviços da rede de saúde, seja para serviços hospitalares, para a rede básica, ou para o atendimento especializado, não ocorrem com regularidade. Na prática, o encaminhamento dos pacientes fica totalmente a critério das equipes de saúde, podendo ser obtido adequadamente, apenas parcialmente, ou pode mesmo não ocorrer, em certos casos.

4) O encaminhamento dos usuários a outras unidades da rede de saúde não garante o acesso rápido ao atendimento, existindo um tempo de espera por exames e consultas que pode variar entre dias, semanas e meses, o usuário podendo chegar a aguardar entre 01 mês e 03 meses para realizar um exame, e de 01 até 06 meses para obter uma consulta especializada.

Voltando novamente ao repertório linguístico dos participantes da pesquisa, no discurso da usuária 04 encontrou-se novamente uma afirmação que corroborou o tema do receio tido pelo usuário quanto aos cuidados ofertados nos serviços da rede de saúde (fato referido pelo usuário 02, p. 120). Quando respondeu na entrevista à pergunta VII (O atendimento que você recebeu estava dentro da sua expectativa, naquilo que você imaginava do SUS, do que você pensava que era a rede de saúde, do que você queria pra você mesma? Você acha que o tratamento preencheu as suas expectativas? Tem algum exemplo sobre isso?), obteve-se da usuária no contexto do diálogo o sentido transcrito abaixo.

Olha, eu tenho, sim. Porque quando eu saí de lá do outro hospital eu fiquei com medo de vir pra cá. Eu pensava “Meu Deus, esse lugar pra onde eu vou, será que é bom será que não é”. Então no começo eu fiquei meio assustada assim, sabe. Mas depois não, graças e Deus me trataram muito bem aqui. (Usuária 04).

Como se viu na linguagem utilizada pela usuária 04, apareceram novamente alguns dos sentidos vistos também no discurso do usuário 02 desta pesquisa, quanto à ressalva feita ao atendimento na rede pública de saúde, sentimentos contraditórios em coexistência, sensação de medo e incerteza quanto ao risco de receber ou não um cuidado adequado, e referências de agradecimento a Deus pelo desfecho afinal favorável.

Prosseguindo na análise da produção de sentido no discurso da usuária 04, a respeito dos possíveis facilitadores do acesso aos serviços de saúde, conforme se pode visualizar no Mapa 05 (p. 91-92), apareceram verbalizações da usuária com elogios à equipe de saúde quanto ao cuidado recebido, passando esta a ser uma espécie de “segunda família” da

paciente, a qual imaginava que poderia mesmo ter desistido do tratamento caso não tivesse recebido tanta atenção e cuidado dos profissionais que realizavam o seu atendimento.

A usuária 04 respondeu da mesma forma à pergunta I, apontando como facilitadores da sua adesão ao tratamento o fato de ser tão bem tratada pela equipe de saúde, ao responder à pergunta sobre a sua trajetória na rede de saúde, conforme transcrito no Mapa a seguir.

Mapa 08: Discurso de acesso e trajetória assistencial na rede de serviços em saúde (Usuária 04).

Pergunta 01	Sofrimento e crise do usuário	Acesso e trajetória assistencial na rede de saúde	Práticas de cuidado e atenção integral
Como é que você pode descrever a sua trajetória de atendimento no SUS, desde o início, nos locais onde você passou antes de ser internada, durante a sua internação no Hospital, e depois que você saiu de alta, como foi esse percurso na rede de saúde e como é até hoje?			Olha, pra mim foi muito bom, porque tipo assim, quando me deu esse problema, eu não queria aceitar, então desde quando eu fui internada a primeira vez o médico conversava muito comigo, aí eu fui aceitando o tratamento, que eu não queria aceitar de jeito nenhum... Então foi essas pessoas que me ajudaram a aceitar o problema que tinha acontecido comigo, entendeu? Pra mim foi muito importante isso, tanto no hospital onde eu fiquei antes quanto aqui, é até surpreendente... Tanto é que quando eu falto eles querem saber o motivo, me dizem que não é pra mim faltar, que é muito importante eu vir fazer o tratamento as 03 vezes por semana. Então se não fosse essas pessoas me tratarem tão bem, eu acho que eu já tinha desistido, sinceramente... Eu já tinha desistido mesmo, porque é muito difícil, muito.
		Outro dia me deu uma dor, que eu tenho problema de vesícula, aí eu fiquei pensando, meus Deus, pra onde eu vou, aí eu vim aqui e a médica na hora me atendeu. Mandou as enfermeiras fazerem uma medicação, passou a minha dor, eles me acolheram aí, mandaram eu deitar lá na emergência, eu deitei, fizeram o medicamento, aí eu fiquei em observação, não tinha nada a ver com a diálise, não.	
			Mesmo assim eu fui atendida, por pessoas que realmente me ajudam muito, tanto no meu tratamento de hemodiálise, como na maneira como eles tratam a gente...

Em seu discurso, conforme se vê acima e em trecho reproduzido no Gráfico 01 (p.114), a usuária citou alguns aspectos facilitadores do acesso e atendimento, fazendo referência também a um sentido de *acolhimento* a si, experimentado junto à equipe de saúde, quando relatou as conversas de orientação e incentivo, a ajuda recebida, a maneira como era tratada, o interesse e o cuidado da equipe com todos os detalhes de seu tratamento.

Por ser paciente renal crônica em tratamento hemodialítico há nove anos no Hospital onde ocorreu a pesquisa, a usuária 04 acessou a emergência desse hospital em busca de atendimento, em função de problema de saúde ocorrido subitamente (crise de vesícula, segundo a própria), obtendo alívio de seus sintomas ao ser atendida rapidamente, sendo feita

de imediato uma medicação que fez passar a sua crise de dor, e a mesma ainda ficou em observação na emergência do hospital, onde se sentiu acolhida pela médica e equipe de enfermagem, pois esses sintomas nada tinham a ver com o seu quadro de renal crônica.

No discurso da usuária 04, percebe-se a sua decisão de procurar a emergência do hospital onde já era atendida há muitos anos, e foi lá que conseguiu facilmente o acesso. Vale ressaltar que esta é a mesma emergência hospitalar da rede de saúde acessada pela usuária 01, já citado antes no Mapa 03 (p. 83), e também pelo usuário 02, conforme veremos mais adiante, nos dificultadores do acesso à rede atribuídos pelos entrevistados deste estudo, em que o atendimento neste serviço de emergência teve diferentemente outros sentidos referidos nos discursos dos usuários 01 e 02.

A usuária 04 trouxe, ainda, outro aspecto relevante do acesso ao atendimento nos serviços de saúde, a ser considerado para a análise dos princípios de universalidade e integralidade no SUS. Trata-se da complementariedade entre os serviços da rede de saúde, ou seja, diferentes atendimentos a um mesmo paciente são feitos em unidades distintas, as quais ofertam cuidados complementares entre si, demandados pelo sujeito em suas necessidades. Assim, é necessário ao usuário acessar mais de um serviço para ter ofertado o tratamento do qual não pode prescindir.

Em resposta à pergunta II (opinião sobre o atendimento; se foi encaminhada para outro local; descrição do acompanhamento), a usuária 04 faz referência a um serviço de transplante renal, para o qual foi referenciada ao finalmente aceitar a realização desse procedimento, a fim de iniciar os preparativos necessários. Note-se que mesmo afirmando não haver feito consultas neste outro serviço nos últimos tempos antes da pesquisa, esta unidade segue tendo grande importância no sentido atribuído pela usuária à sua possível mudança da condição de renal crônica através do futuro transplante.

Depois que eu aceitei fazer o transplante eu vou assim lá no (Hospital Público 02). É lá que tem médico que cuida de transplante de rins mesmo, que aqui não tem, aí ele passa os exames todinhos pra mim, aí eu venho e faço todos aqui, mas nunca mais eu fiz consulta lá... Só o que eu não tenho aqui é dentista, eu tenho que fazer fora. (Usuária 04).

Nesse contexto, a necessidade da usuária aparece determinando o acesso a outro serviço para receber o atendimento complementar e indispensável, o qual não estava sendo ofertado no local de origem (neste caso, o hospital público onde realizava o tratamento renal hemodialítico), sendo então acessada outra unidade do SUS para receber a demanda da usuária (futuro transplante renal), passando esta a ser atendida em um segundo hospital público da rede, por uma equipe médica especializada em transplante.

Essa complementariedade no acesso e assistência à saúde realizada entre os diferentes serviços do SUS é tomada pela usuária 02 em seu sentido facilitador do acesso, ou seja, é fundamental para o seu bem-estar que possa ser atendida ou obter a acessibilidade em outros locais da rede, já que tomar a decisão de transplantar pode ser bastante difícil. E esse aspecto facilitador do acesso é viabilizado pela própria equipe de saúde com quem a usuária faz o seu acompanhamento, e assim ela pode seguir com seu tratamento dialítico e ao mesmo tempo ter acesso a consultas em outro hospital público com equipe especialista em transplantes renais, no que se compreende o sentido afirmativo por ela apresentado em sua entrevista.

Por outro lado, esse ambiente pareceu proporcionar-lhe a sensação de estar sendo contemplada em “quase” todas as suas necessidades, pois apesar de tudo ainda não possuía nesses serviços o atendimento odontológico, exigido antes de procedimentos de transplante, e nesse caso a usuária também teria que acessá-lo em algum outro lugar da rede de serviços. Ou seja, mesmo no cenário mais favorável se consegue apontar algo que esta usuária não podia contar: o serviço odontológico.

Assim, com base no discurso do usuário pode-se verificar que:

1) Aparecem aspectos favoráveis nos relatos do usuário quanto ao acesso, ao uso efetivo da assistência e ao sentimento de acolhimento nos serviços da rede de saúde.

2) O reconhecimento do usuário quanto ao cuidado recebido às vezes aparece sem que haja críticas associadas, mas sim com elogios ao trabalho das equipes de saúde.

3) Um dos sentidos de adequação dado aos cuidados ofertados na rede ocorre principalmente quando o usuário se vincula a uma unidade e a uma equipe de referência em serviço especializado.

4) Essa vinculação ao serviço e à equipe pode lhe facilitar o acesso ao atendimento emergencial, por exemplo, ou o referenciamento a outras unidades especializadas.

5) O atrelamento do usuário a serviços especializados, vistos em certos casos, demonstra na prática a possibilidade em ser efetivado o cuidado integral, o funcionamento em rede e a oferta da complementariedade entre as unidades assistenciais do SUS.

6) A integralidade do cuidado não chega a ser totalmente efetivada porque mesmo nos casos em que o usuário recebe nos serviços um atendimento muito bom, a totalidade de suas demandas por alguma razão ainda assim deixa de ser atendida.

Essas interpretações feitas a partir do discurso da Usuária 04 são em parte confirmadas também nas afirmações do usuário 05, como já visto em trechos do seu discurso selecionados anteriormente (ver Mapa 06, p. 93), o qual verbalizou ter passado em algum momento por serviços que ofertaram um atendimento satisfatório:

Quando eu comecei o tratamento com o psiquiatra, não foi pelo SUS. Mas quando eu fui morar no Bairro E, que eu tive o meu contato com o SUS, foi um bom atendimento. A médica era atenciosa, não tinha muita gente, no CAPS lá foi muito bom... Depois eu troquei, porque eu já tava me apaixonando pela médica. De lá eu fui pra outro lugar, uma outra (Clínica Privada 01) com um médico, eu fiquei lá um tempo, só que aí eu parei de tomar o remédio, né, aí eu voltei a ter surto, né, foi aí que eu vim pra cá pro (Hospital Público Pesquisado). (Usuário 05).

O usuário 05 relata um primeiro contato com o SUS surpreendentemente bom, na verdade atribuindo uma positividade à sua relação com pelo menos um profissional (o médico), e associando o fator pessoal / subjetivo à ocorrência do sofrimento e crise, pois em seu discurso só ocorreu um novo surto da doença quando ele próprio interrompeu o uso da medicação, terminando por ser internado. Aparece neste relato também o vínculo com uma unidade especializada, elogios ao cuidado recebido, a complementariedade da assistência à saúde com os demais serviços, e a sensação de acolhimento ao passar por um local da rede.

Pinheiro (2004) observa que o usuário do SUS às vezes se posiciona de maneira contraditória em relação aos serviços, à rede de saúde e aos profissionais que o atendem. Podem elogiar e criticar, de acordo com a situação. Isso ocorre porque, num primeiro momento, desejam uma resposta imediata do serviço, seja ela qual for, pois o que importa ao indivíduo, muitas vezes, é ser atendido imediatamente, tendo isto um valor indiscutível. Para esta autora, em diversas ocasiões, o sofrimento do usuário se traduz em pedidos de ajuda nem sempre claros, e que podem ser interpretados de diferentes maneiras pelos profissionais.

As pessoas que chegam a um serviço de Saúde Mental trazem para a situação suas histórias de sofrimento e de múltiplos posicionamentos. É a partir dessa situação que falam, dando coerência à sua história de vida, trazendo ao mesmo tempo as contradições entre as práticas discursivas referentes ao tema em questão (PINHEIRO, 2004, p. 211).

Como vimos em relação aos participantes desta pesquisa, ainda que sejam vários os elogios ao cuidado, ao sentido de acolhimento por parte das equipes e até mesmo à complementariedade entre os serviços, a rede de assistência do SUS não tem se apresentado sempre de maneira a atender integralmente às demandas do usuário, e às vezes em função de pequenos detalhes, o cidadão ainda assim deixa de obter a resolutividade para certos problemas apresentados. Essas oscilações aparecem nos posicionamentos dos usuários, os quais criticam com frequência o mesmo serviço que muitas vezes acabaram de elogiar.

Mesmo assim, é inegável a legitimidade de se analisar a rede de serviços como possuidora de muitos atributos favoráveis ao usuário. Em alguns casos, se vê como o SUS pode garantir um cuidado “quase” integral ao cidadão, permitindo-lhe conceber um sentido de

satisfação ao falar do acesso e acolhimento nas unidades de atenção à saúde, mesmo com as várias argumentações e opiniões em contrário demonstradas ao longo deste trabalho.

Não obstante, o usuário do SUS pode demonstrar em certos momentos sentir-se parte de algo muito importante a si próprio, à sua sobrevivência e adaptação social. E deve-se levar em conta também este sentido do acesso facilitador atribuído pelo usuário à rede de saúde.

Somente dessa forma se pode escapar do discurso unívoco quanto à precariedade da estrutura do sistema de saúde, tomando-a como regra geral, e assim vilanizando o SUS de maneira irreversível e sem nenhuma apelação possível, o que seria evidentemente uma injustiça factual, posto que muitos usuários todos os dias obtém resolutividade a suas demandas, e diariamente inúmeras vidas são salvas nos diversos serviços da rede.

Dito isto, pode-se passar agora à análise dos *dificultadores do acesso*, novamente baseados nos sentidos dados pelos usuários entrevistados nesta pesquisa quanto aos serviços da rede de saúde, iniciando igualmente pela usuária 01.

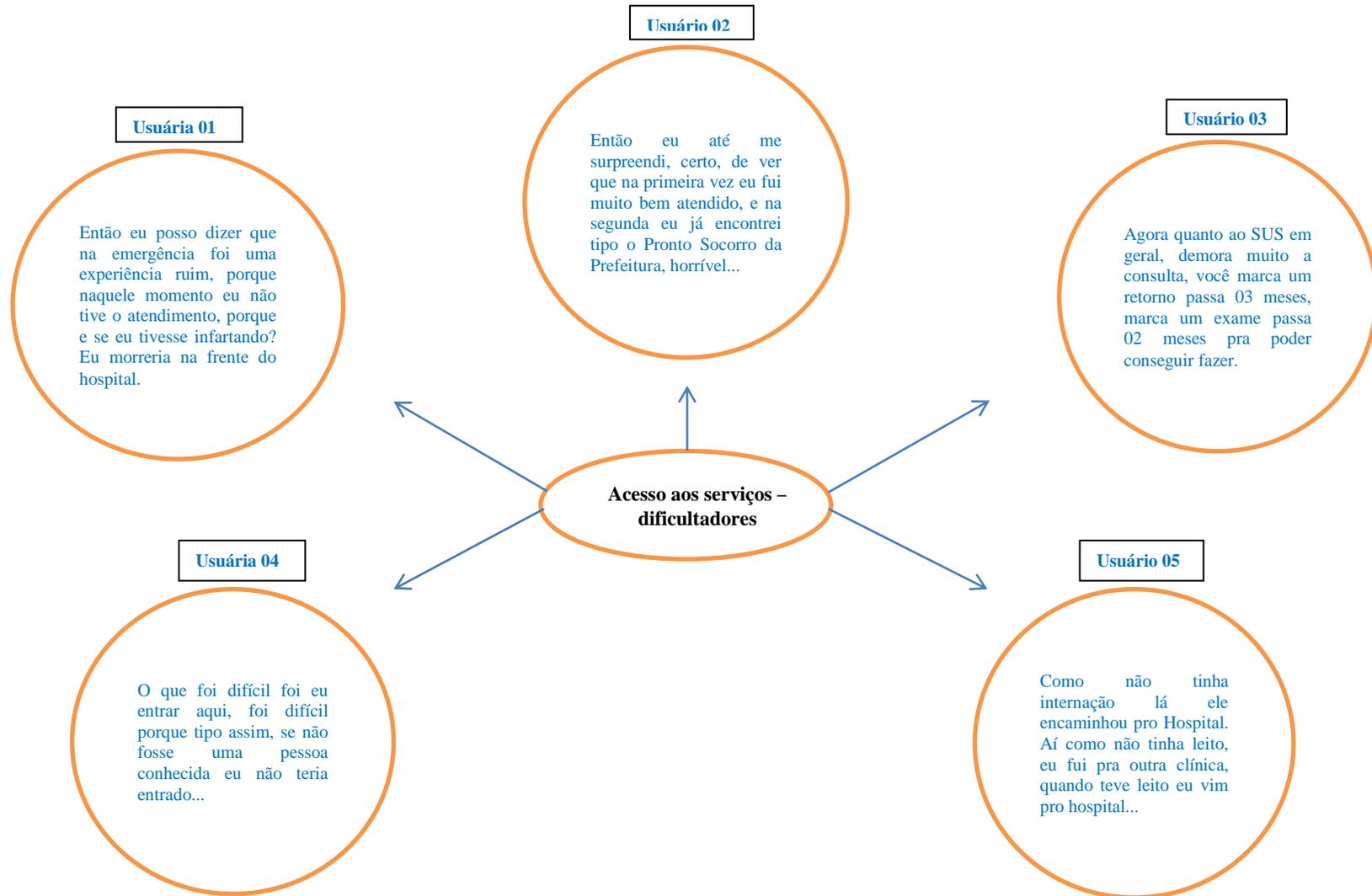
No Gráfico 02 (p. 130), e no Mapa 03 (p. 83-84) tem-se o enunciado utilizado pela usuária 01, ao se referir a contextos do seu acesso aos serviços de saúde, utilizando desta vez um sentido diverso, ou seja, a mesma usuária que confirmou ter encontrado aspectos facilitadores do acesso às unidades do SUS em um dado momento, também se expressou acerca dos dificultadores do acesso identificados em outras situações vivenciadas por ela na rede de saúde. Vejamos o que disse a usuária.

Então eu posso dizer que na emergência foi uma experiência ruim, porque naquele momento eu não tive o atendimento, porque e se eu tivesse infartando? Eu morreria na frente do hospital. (Usuária 01).

Desde a categoria sofrimento / crise do usuário, viemos acompanhando o discurso da usuária 01 sobre não ter sido atendida satisfatoriamente no setor de emergência do Hospital público onde se realizou a pesquisa. Vimos também que é a mesma emergência hospitalar à qual a usuária 04 atribuiu um sentido facilitador no seu acesso, afirmando ter recebido atendimento rápido e eficiente neste local, com a observação de que a usuária 04 verbalizou já ser paciente de hemodiálise do hospital citado e o frequentava há nove anos.

Para a usuária 01, entretanto, prevaleceu o sentido de sofrimento e atendimento insatisfatório no setor de emergência, corroborado em seu discurso, em que afirma não ter obtido acesso imediato à unidade hospitalar porque a sua entrada foi impedida na portaria da instituição, ressaltando que o carro de seu acompanhante (cônjuge) só adentrou o hospital à força junto com uma ambulância que retornava a este serviço naquele momento.

Gráfico II – Dificultadores do acesso aos serviços pelos usuários do SUS



O sentido dado pela usuária é o de uma experiência ruim no acesso ao serviço de emergência hospitalar, avaliando não ter ocorrido o atendimento adequado, e caso estivesse infartando, por exemplo, poderia ter morrido na entrada do hospital por não haver obtido o uso efetivo da assistência naquela unidade.

Na ocasião da entrevista, a usuária 01 referiu estar apresentando crises com sintomas de desmaio, tremores, sudorese fria e taquicardia, sendo que os familiares e a própria participante suspeitavam ser ela portadora de síndrome do pânico, e até aquele momento não havia ainda ocorrido o diagnóstico buscado pela usuária. Conforme o Mapa 09 abaixo, a entrevistada expressou alguns sentidos dificultadores do acesso à assistência hospitalar na emergência e no ambulatório, e acerca da referência para outros serviços da rede a partir do atendimento no hospital público, bem como a respeito do atendimento no posto de saúde.

Mapa 09: Discurso de acesso e trajetória assistencial na rede de serviços em saúde (Usuária 01).

Pergunta 02	Sofrimento e crise do usuário	Acesso e trajetória assistencial na rede de saúde	Posicionamentos sobre práticas de cuidado integral
Qual a sua opinião sobre o atendimento psicológico e psiquiátrico que você recebeu no Hospital? Para que locais você foi encaminhada a partir do Hospital? Na rede de saúde, você continuou recebendo atendimento? Como foi esse atendimento?			Eu não fui encaminhada, o médico só mandou que eu procurasse algum psicólogo ou psiquiatra. Eles achavam que eu não tinha nada, fui super destrutada.
		Depois de muito procurar por várias unidades, eu fui através de uma amiga da minha mãe que conseguiu um encaminhamento pro psicólogo lá no Ambulatório e uma consulta, uma avaliação com a psiquiatria do Hospital e eu fui no dia, na hora marcada.	
			Não tô lembrada o nome do psiquiatra, mas ele foi atencioso, perguntou o que eu sentia, eu expliquei, levei todos os meus exames, ele olhou e disse assim: “Mas você tem uma arritmia aqui”. Me fez várias perguntas, se eu tinha fobia social, se eu tinha medo de tá em multidões, se eu não conseguia falar com as pessoas e conforme eu fui respondendo ele foi descartando síndrome do pânico e eu não voltei mais com ele.
		Ele (psiquiatra) pediu que eu continuasse o tratamento com o cardiologista, já que ele (cardiologista - grifos nossos) não tinha me liberado.	
			O atendimento da psicologia em si eu fui mais ouvida do que os outros atendimentos que eu procurei. O atendimento da cardiologia na emergência do Hospital, que eu tava inconsciente, eu só escutei o que a minha família relatou e depois que eu voltei a si foi quando eu vi, nós fomos praticamente escorraçados de lá.
		Já no Posto de Saúde é que eu fui mais ouvida, porque no Ambulatório do Hospital foi mais rápido, só fui 02 vezes. A gente ainda tem que sofrer muito pra conseguir uma consulta, são vários dias de espera, né? Quando você precisa de um exame você tem que aguardar pelos menos 03 meses se for pela rede pública.	

			Então, como a gente já consegue pagar um exame particular, então a gente vai procurar pra tentar agilizar, mas aí você já fica com o exame na mão.
		Porque teu retorno já fica complicado em razão da demanda que é grande. Não tem assim um tratamento eficiente por conta da demanda que é muito grande.	

Em seu discurso, a usuária sentiu-se desrespeitada quando buscou o atendimento na emergência hospitalar, não foi encaminhada da emergência do hospital para outras unidades da rede de saúde, e teve que passar por vários serviços na sua procura pelo atendimento. Antes de buscar o posto de saúde, teve acesso ao ambulatório hospitalar através de terceiros, como já foi visto, mas apesar do sentido elogioso dado ao atendimento, a usuária não ficou satisfeita com a assistência recebida durante o uso efetivo desse serviço da rede.

Mesmo caracterizando o atendimento do médico psiquiatra como atencioso, e afirmando se sentir escutada pelos profissionais de psicologia, a usuária 01 não encontrou resolutividade para a sua demanda principal, a confirmação diagnóstica se tinha ou não a síndrome do pânico (ver Mapa 02, p. 82). Por outro lado, considerou a sua passagem pelo ambulatório hospitalar como muito rápida, pois só foi atendida neste local por 02 ou 03 vezes, e além disso teve que contar com a ajuda de parentes e amigos para ter acesso às consultas.

Diante da sua insatisfação também com o atendimento ambulatorial, a usuária 01 buscou o posto de saúde, onde continuou seu acompanhamento psicológico e cardiológico, porém com múltiplos dificultadores ao acesso e uso efetivo identificados, tais como os vários dias de espera para conseguir uma consulta de avaliação, o prazo extenso demais para obter os resultados de exames (03 meses), tendo que recorrer ao sistema privado para a realização dos exames prescritos.

Outros dificultadores citados pela usuária 01 foram a complicação para agendamento das consultas de retorno ao atendimento, em função da grande demanda, e o comprometimento da eficiência no tratamento dentro da rede pública, em função do numeroso contingente de pessoas que têm que ser atendidas nas unidades do SUS.

O discurso do usuário nesta pesquisa corrobora o sentido dificultador dado ao acesso à rede de serviços. Na análise da entrevista, se percebem alguns elementos discursivos que traduzem a insatisfação do cidadão participante com a rede pública de saúde.

1) O usuário não sentiu como adequado o acesso e o uso efetivo a serviços da rede de saúde, e classificou a experiência como ruim.

2) Ao ser atendido em serviço de emergência hospitalar, não houve acesso satisfatório e uso efetivo da assistência pelo usuário, e este se sentiu desatendido pela equipe médica que o atendeu, além de não receber o encaminhamento a outras unidades da rede.

3) No acesso obtido ao atendimento ambulatorial do mesmo hospital, não houve a constatação diagnóstica quanto aos problemas de saúde enfrentados pelo usuário, o qual permanecia sem saber o que tinha de fato.

4) Ao buscar o posto de saúde, o usuário também se deparou com dificultadores do acesso ao tratamento, como a grande demora em obter consultas e exames nos serviços da rede de saúde.

5) Outro dificultador do acesso ao atendimento pelo usuário foi a enorme demanda de pessoas nas unidades do SUS, a qual comprometia a eficiência no tratamento dos pacientes.

Em função dos sentidos evidenciados no discurso deste usuário, pode-se interpretar que o acesso aos serviços da rede não estiveram de acordo aos princípios da universalidade, integralidade e equidade, pois ocorreram lacunas no acesso e no uso efetivo da assistência nas unidades da rede de saúde.

A universalidade enquanto direito de todos em obter assistência à saúde não pode ocorrer quando muitos não estão sendo atendidos ao buscar os serviços de saúde. Pode ser caracterizada a ausência da integralidade no atendimento, se considerada esta como a perspectiva de satisfação às demandas do indivíduo, o que não ocorreu com os usuários entrevistados. Logo, não se efetivou também a equidade no cuidado à saúde, pois os casos desiguais dos usuários não estão sendo tratados na rede de saúde, com a igualdade necessária.

Passando então aos dificultadores do acesso no discurso do usuário 02, conforme se visualiza no Gráfico II (p. 130), e no Mapa 10 abaixo, este participante demonstrou em seu repertório linguístico atribuir sentidos contrários ao mesmo local onde foi atendido em duas ocasiões diferentes, em um primeiro momento relatando facilitadores do acesso ao atendimento obtido tanto na emergência hospitalar quanto durante a internação no hospital como um todo, e posteriormente referindo sua percepção com base em dificultadores ao acesso e ao uso efetivo da assistência, desta vez ocorrendo apenas na emergência hospitalar.

Mapa 10: Discurso de acesso e trajetória assistencial na rede de serviços em saúde (usuário 02).

Pergunta 01	Sofrimento e crise do usuário	Acesso e trajetória assistencial na rede de saúde	Práticas de cuidado e atenção integral
Como é que você pode descrever o seu percurso durante o seu atendimento no SUS, desde o início quando você precisou ser atendido, e depois quando entrou já no Hospital, até a sua saída, e também depois da alta, como é que foi o seu atendimento dentro da rede de saúde?		Olha, o que posso te dizer... Eu fui muito bem atendido a primeira vez. Eu cheguei infartando no Hospital, providenciaram os primeiros procedimentos, eu fiz cateterismo, foi aquela coisa rápida mesmo. Aí eu passei dois meses no Hospital, fiz a cirurgia. Eu fui muito bem atendido. Eu não tenho nenhuma queixa do	

		Hospital. Durante a minha internação, foi tudo muito bom. Mas depois... Depois da cirurgia, uns três meses depois, eu precisei, eu senti um desconforto uma noite, e eu precisei. Quando eu cheguei na emergência eu me surpreendi quando eu vi igual como a televisão mostra aqueles pronto socorros cheio de gente pelos corredores...	
			Pra você ter uma idéia, eu tenho impressão que lá nessa emergência cardiológica tem umas 04 enfermarias eu acho, e cada enfermaria comporta duas ou três pessoas no máximo. Nesse dia as enfermarias tavam lotadas, tinham três macas nos corredores, e tinham pessoas sendo atendidas em cima das cadeiras, como eu fui atendido lá.
		Então eu até me surpreendi, certo, de ver que na primeira vez eu fui muito bem atendido, e na segunda eu já encontrei tipo o Pronto Socorro da Prefeitura, horrível...	
			Aí chegou alguém infartando, ou era um AVC, uma coisa assim, e não pôde ser atendido porque não tinha como atender. Eu nem sei se aquela pessoa até morreu lá na porta ou se foi embora...
		Então é o que eu digo, na primeira vez eu fui muito bem atendido, né, mas na segunda, o que eu vi... Porque na primeira eu já fiquei internado, não tenho uma queixa, fiz cirurgia fiz tudo, passei dois meses lá, fiz quatro pontes de safena.	
	Já agora dessa vez eu senti um desconforto, segundo os médicos qualquer desconforto, sabe, é melhor ter cuidado.		
		Então eu fui uma madrugada lá e me surpreendi com o que eu vi, era umas duas da manhã quando eu fui, eu fiquei assim tipo decepcionado, entendeste, quando eu fui pela primeira vez e quando eu fui na segunda vez, de ver lá no dia aquela situação de não ter como atender as pessoas, eu vi gente tomando soro e oxigênio sentada em cadeiras..	
			Aí nesse dia, pra mim, como foi uma coisa menos grave, foi rápido né, fizeram em mim um eletrocardiograma, eu sentei numa cadeira dessas, tomei lá umas medicações e depois fiquei ali aguardando, fiquei em observação e três horas depois eu voltei pra casa.
	Então o meu caso não era tão sério como eu vi de pessoas lá, né.		
		Mas como eu tô lhe dizendo, pode ter sido uma caso isolado, então eu não posso fazer logo um julgamento e dizer que é sempre assim, pode ter sido esse dia que tava lotado e não tinha mesmo onde colocar ninguém, né.	

Note-se que o setor de emergência do Hospital público em que se realizou esta pesquisa, já antes citado nos discursos das usuárias 01 e 04, foi também mencionado pelo usuário 02, ao mesmo tempo com um sentido facilitador e dificultador do acesso.

Ao ser atendido em dois momentos diferentes, há o relato do usuário 02 de um bom atendimento na primeira ocasião, quando iniciou sua trajetória bem-sucedida entrando pelo

serviço de emergência hospitalar, sem haver nenhuma queixa, nem quanto ao socorro imediato, nem na continuidade dos cuidados recebidos no hospital como um todo ao longo de sua internação, com cirurgia bem sucedida ao final e alta subsequente.

Porém, no retorno do usuário 02 ao mesmo serviço três meses depois da sua cirurgia, após sentir um desconforto respiratório, apareceram em seu discurso os sentidos de decepção e surpresa com a superlotação do setor de emergência na segunda ocasião, com os corredores cheios de gente durante uma madrugada qualquer no serviço, com a conseqüente precarização do acesso e do uso efetivo da assistência à saúde naquela unidade.

Na situação relatada pelo usuário 02, os pacientes estavam sendo atendidos sentados em cadeiras, e assim recebendo cuidados como soro e oxigênio, ou sendo enviados para outras unidades, deixando de obter o acesso ao atendimento, já que as macas estavam todas ocupadas, e o próprio usuário 02 foi atendido em uma cadeira nessa emergência hospitalar no dia citado.

Mesmo assim, o usuário verbalizou ter obtido o acesso e que foi atendido pela equipe do serviço, tendo recebido cuidados satisfatórios ao seu desconforto, com exames, medicação e observação do seu estado sendo realizadas, com liberação cerca de três horas depois, em função do quadro clínico na ocasião não apontar nenhuma gravidade.

O usuário 02 não deixou de considerar a precariedade no atendimento por ele presenciada como passível de ser uma exceção, sobre a qual julgou não poder afirmar que é sempre caótica a rotina da rede de saúde e da emergência hospitalar, apesar de aparecer em seu discurso uma percepção sedimentada nos meios de comunicação quanto aos prontos-socorros nacionais e regionais, nos quais os corredores das unidades públicas do SUS ficam sempre lotados de pessoas, atendidas em cadeiras, macas e mesmo em pé, ou ainda não sendo atendidas por conta da superlotação.

Assim, este usuário em particular foi um dos que mais elogiou a estrutura hospitalar e o trabalho das equipes, ressaltando dessa forma os aspectos facilitadores do acesso e uso efetivo do cuidado em saúde. Ainda assim a análise de suas verbalizações revela uma riqueza de significados quanto à ambigüidade das relações dos sujeitos com o sistema de saúde. Pode-se apreender no discurso deste usuário do SUS sentidos expressados ao mesmo tempo como facilitadores e dificultadores do acesso e do atendimento recebido. Elogios e críticas convivendo lado a lado, histórias exitosas e chocantes coexistindo em uma só rede de saúde, conforme já viemos apontando nos discursos analisados anteriormente.

Constata-se, por outro lado, que um determinado setor de uma unidade da rede pode atender aos seus pacientes de maneiras totalmente distintas, como é o caso da emergência

hospitalar aqui citada, na qual a usuária 01, o usuário 02 e a usuária 04 tiveram acessos e atendimentos completamente diversos entre si, com discursos evidenciando sentidos muito variáveis, assim como foram diferentes os dias em que lá estiveram, as equipes que os atenderam, os contextos de sua chegada, as suas trajetórias assistenciais específicas, e os desfechos de suas histórias, como podemos ver a seguir.

1) A usuária 01, conforme se vê no Mapa 03 e na sequência da análise (p. 83-85) em que ficou dito do retorno posterior a este tema, criticou muito o acesso ao serviço de emergência hospitalar, tendo afirmado que seu cônjuge adentrou à força nessa unidade, declarou-se insatisfeita com a assistência recebida apenas através de muita insistência, com desrespeito atribuído a si e seus familiares pela equipe médica, e com a ausência de encaminhamento à rede de serviços após o atendimento, considerado como inadequado, fator que a levou a buscar acesso a outras unidades por conta própria e com a ajuda de parentes e amigos.

2) O usuário 02 relatou aspectos facilitadores ao acessar a emergência hospitalar, reconhecendo eficiência e rapidez nos cuidados recebidos, os quais foram determinantes para a continuidade e êxito do tratamento no hospital como um todo, o qual foi muito elogiado por ele. Já em seu retorno ao mesmo setor alguns meses depois, este usuário diferentemente constatou a superlotação do local e foi atendido sentado em uma cadeira, mas identificou tal contexto de precarização da assistência com possibilidade de ter ocorrido como exceção somente naquele dia, e recusou-se a fazer um julgamento de afirmar que era sempre assim.

3) A usuária 04 em seu discurso afirmou, por sua vez, ter recebido pronto atendimento eficiente e rápido nessa unidade, (vide p. 126) mas ressaltou o fato de já ser paciente do setor de hemodiálise do hospital há mais de nove anos, e demonstrou um sentido de muita gratidão quanto ao acesso e assistência obtida, observando uma complementariedade em seu tratamento, já que foi também encaminhada a outras unidades para atendimento especializado.

Nos casos acima descritos não houve relato de encaminhamento direto dos usuários a outras unidades da rede a partir da emergência hospitalar, provavelmente pela natureza de pronto-atendimento prestada nesse tipo de serviço. A continuidade no cuidado ao usuário se deu muito em função do vínculo ou não dos usuários com os serviços hospitalares e com a natureza do seu problema de saúde. A usuária 01 foi que não estabeleceu nenhum vínculo direto com a assistência hospitalar, pois a sua sintomatologia não foi identificada ou diagnosticada como sendo passível de atendimento e / ou internação imediata na instituição.

O usuário 02 ficou internado no hospital público e passou por cirurgia, em função da sua doença pertencer à especialidade médica atendida diretamente nesse serviço, para a qual a

emergência hospitalar funcionou como porta de entrada. A usuária 04 recebia acompanhamento no setor especializado de hemodiálise há vários anos, era considerada como paciente do hospital, e por isso teve direito a ser atendida na emergência hospitalar, assim como o usuário 02 em seu retorno a esse local, ou seja, ambos eram considerados ou como vinculados diretamente à instituição, ou já antes atendidos pelas equipes de saúde.

A usuária 01 não foi avaliada pela equipe como paciente apropriada para receber o cuidado na emergência hospitalar, e em seu caso não foi legitimada uma internação, por não apresentar uma doença claramente diagnosticável naquele momento. E provavelmente por ser seu primeiro acesso à instituição, não possuía registro anterior de pronto-atendimento no serviço, sendo então recebida como um caso que não era para ser tratado nesse ambiente.

O atendimento da usuária não ocorreu porque esta que precisaria apresentar uma patologia orgânica, em primeiro lugar, para receber o atendimento buscado, e em segundo lugar que essa doença fosse compatível com as especialidades ofertadas pelo hospital, para que somente assim fosse acolhida no local que acessou e não foi atendida. Porém, não se tomou o cuidado de encaminhá-la para outra unidade da rede de saúde, caracterizando, assim, várias lacunas na rede de saúde “ideal”, a qual deveria funcionar integrada, conectada, com atendimento universal e acesso irrestrito.

Por outro lado, no próprio hospital em que se deu o acesso considerado inadequado pela usuária, havia outro setor de emergência que também poderia ter atendido esta paciente, porém nem os médicos a encaminharam, nem a própria usuária buscou acessar esse serviço, que seria referência para casos de (suspeita) de síndrome do pânico ou sintomatologia similar (leia-se transtornos de ordem psiquiátrica).

Portanto, pelos exemplos citados, percebem-se brechas na rede de atenção à saúde, as quais deixam a descoberto o cidadão que acessa os serviços disponíveis em busca de cuidado integral e universalidade na assistência.

Seguindo em frente com o discurso dos usuários acerca dos dificultadores do acesso aos serviços da rede de saúde, no usuário 03 foram identificadas outras verbalizações com um sentido problemático ao acessar as unidades do SUS. Este usuário, conforme pode ser visto na categoria crise e sofrimento do usuário (p. 88-90), referiu em seu discurso sentidos de grande sofrimento em função de sua doença atual, que lhe causava muita dor física, além de estar há mais de 02 anos padecendo desse problema e permanecer sem um diagnóstico médico até o momento em que se deu a sua entrevista para esta pesquisa.

Outras questões trazidas pelo usuário 03 (p.122-124) foram a sua dificuldade na busca pelos serviços da rede, pois mesmo já tendo sido hospitalizado por três meses, os seus

sintomas de dor física intensa na região abdominal e intestinal permaneciam sem alteração, e naquele momento estava com 03 consultas agendadas em diferentes serviços para buscar um esclarecimento diagnóstico e um possível procedimento, visto como possível solução para a sua enfermidade.

No Gráfico II (p. 130), apareceu o discurso deste usuário com o sentido referente à dificuldade de acesso às unidades da rede. No enunciado abaixo, já visto também no Mapa 07 (p. 122), o usuário diz:

Aí durante a minha internação foi bom, porque eu melhorei um pouco. Agora quanto ao SUS em geral, demora muito a consulta, você marca um retorno passa 03 meses, marca um exame passa 02 meses pra poder conseguir fazer. Passa esse tempo, a doença vai evoluindo e você vai perdendo tempo devido o período de consulta. É isso... E a espera é normal, você tem que esperar, muita gente, a demanda é grande. É isso... Eu considero que é muito tempo que a pessoa leva pra poder fazer um exame. Essa ressonância aqui eu passei 03 meses pra poder liberar pra fazer. Então, se fizesse com 01 mês... E uma consulta, eu saí do hospital em março, o meu retorno com o proctologista eu consegui só pra agora final de junho, então é muito tempo que você espera... (Usuário 03).

Apareceram, portanto, na interação do usuário com o pesquisador, alguns sentidos acerca do acesso que valem a pena ser esmiuçados e analisados com maior atenção.

1) Ocorre muita demora no SUS para se fazer um exame (02 meses), e no período da consulta / retorno com o profissional (03 meses), e enquanto isso a doença vai evoluindo.

2) O usuário espera muito tempo, a demanda de pessoas no SUS é grande, há muita gente aguardando o atendimento na rede. A espera passa a ser considerada normal.

3) Mesmo assim o indivíduo acha ruim a fila e a espera com tanta gente ao mesmo tempo, e isso é visto como uma dificuldade na relação com a rede de serviços, mas infelizmente essa dificuldade também acaba se tornando uma coisa normal para o usuário.

Logo, os sentidos construídos por este usuário acerca do acesso aos serviços de saúde, do tempo de espera por uma consulta ou exame, e das dificuldades enfrentadas para garantia do atendimento, são permeados pela sensação de avanço da doença em função da demora em acessar os serviços, e da percepção de que a existência de uma grande demanda de pessoas pelo SUS determina a espera, a qual passa a ser normal para o cidadão.

Essa normalização da espera por uma grande quantidade de gente na rede faz aparecer as filas, e o usuário se acostuma a ter que esperar, mesmo que ache ruim essa demora em ser atendido, e o ato de esperar seja uma dificuldade. Ao final, toda essa dificuldade em acessar os serviços da rede de saúde termina por se tornar normal ao sujeito, pois é sempre difícil e ruim ter que esperar em filas junto a tanta gente, e todos necessitam igualmente acessar a rede para receber o atendimento em saúde.

É importante assinalar que o usuário 03 fez questão de mostrar ao entrevistador o seu sumário de alta com a data de saída da internação hospitalar, assim como a sua ficha de referência com os encaminhamentos para as consultas especializadas, e os comprovantes de agendamento de consultas nos serviços da rede, com um espaço de aproximadamente 90 dias entre um e outro evento, corroborando a sua afirmação de que uma consulta ou um retorno com um profissional de saúde pode levar em média 03 meses ou mais para ocorrer.

A dificuldade e a demora no acesso (vista no discurso do usuário 03) e o acesso aos serviços com a ajuda de terceiros (visto no discurso da usuária 01) foram recorrentes também no repertório verbal da usuária 04, para quem a entrada no serviço público de hemodiálise somente ocorreu através de contatos entre pessoas conhecidas desta, as quais facilitaram a sua acessibilidade ao atendimento.

O sentido expressado pela usuária 04 em seu discurso é o de dificuldade no ato de obter o acesso ao atendimento, e a sensação de que teria sido mais difícil ainda, haveria uma demora maior em conseguir uma vaga para o tratamento, caso não houvesse contado com auxílio externo de outras pessoas. Em resposta à pergunta VI (Esse atendimento que você recebeu dentro da rede de saúde, particular e depois no SUS, esse tratamento, esse cuidado que você recebeu, qual a sua opinião sobre o atendimento de todos esses profissionais de saúde nesse(s) serviço(s) que você passou?), a usuária verbalizou:

O que foi difícil foi eu entrar aqui, foi difícil porque tipo assim, se não fosse uma pessoa conhecida... A minha patroa, que eu era governanta dela, entrou em contato com a pessoa que ficava no banco de atendimento daqui, e explicou a situação pra ela, ela disse “tá, assim que tiver uma vaga eu falo pra você”, aí eu achei que depois disso não foi tão difícil, assim, não demorou muito, né, porque as pessoas comentam que é difícil entrar, né... Sem isso eu acho que tinha demorado demais, porque eu já vi muita gente reclamando que demora muito, eu não tinha noção disso ... (Usuária 04).

A dificuldade em se conseguir o acesso aos serviços e a demora no agendamento do atendimento, segundo o discurso da usuária 04, podem assim ser abreviados com a ajuda de terceiros. No exemplo desta usuária, o apoio no acesso à rede pode vir não somente de parentes próximos da família e amigos ligados a esses familiares, mas também de amigos sem parentesco com o usuário (ex: patroa / empregadora), e pessoas de suas relações. Nesses casos, o tempo de espera pela consulta ou atendimento pode ser diminuído, e a dificuldade na obtenção do acesso amenizada por essa rede de apoio pessoal.

No discurso de outro participante da pesquisa, o usuário 05, novamente apareceram aspectos negativos quanto ao acesso aos serviços da rede de saúde (vide Gráfico II, p. 130). Este participante abordou um tema relevante no que diz respeito à área hospitalar do SUS, a

dificuldade de se conseguir leitos quando há necessidade de internação na rede. Em sua resposta à pergunta 01 do roteiro de entrevista (como podia descrever o atendimento dentro do SUS e da rede de saúde), tem-se uma idéia de como podem ser complexas as situações envolvendo a espera do paciente por internação até que os leitos estejam vagos, e a eventual remoção para tratamento em clínicas conveniadas quando os leitos permanecem ocupados, às vezes com idas e vindas entre o serviço público de saúde e o sistema suplementar privado.

Eu achava que lá eu ia ser melhor atendido. E foi lá nessa clínica que o médico disse que eu precisava de internação, que uma vez eu fui lá com ele e eu tive uma crise lá na sala de espera. Como não tinha internação lá ele encaminhou pro (Hospital Público Pesquisado). Aí como não tinha leito, eu fui pra outra (Clínica Privada 02). Quando teve leito eu vim pro Hospital... Eu fiquei lá nessa clínica 10 dias, não deu resultado, aí me trouxeram pro Hospital. (Usuário 05).

Na análise dos sentidos que emergiram a partir do discurso deste usuário, foram encontradas algumas particularidades relativas a este caso que podem ser interpretadas como recorrentes na rede de saúde.

1) Existem em certos casos uma rotatividade do usuário do SUS entre os leitos da rede pública e os da rede privada, ocasionada pela superlotação de certos setores hospitalares, em função da grande demanda existente. Foi isso que ocorreu no caso do usuário aqui visto.

2) O usuário portador de código diagnóstico (CID) psiquiátrico (fato relatado espontaneamente na pesquisa), ao entrar em crise recebeu encaminhamento médico imediato para internação em hospital do SUS, mas ao acessar esse serviço da rede pública em busca de atendimento, não ficou hospitalizado por falta de leito disponível naquele momento.

3) Com a falta de leito no hospital público, foi acessada a rede de saúde suplementar, e o usuário terminou sendo internado por cerca de 10 dias em uma clínica privada que tinha convênio com a rede pública para receber pacientes do SUS, e dispunha de leito vago.

4) Após o período de internação em clínica privada, o usuário foi trazido ao hospital público e ficou internado neste por aproximadamente 20 dias.

5) A saída do usuário da clínica privada e o acesso ao o hospital público se deu apenas quando houve um leito desocupado no serviço do SUS, após espera de mais ou menos 10 dias.

6) No relato do usuário parecia-lhe também não ter havido uma boa evolução no tratamento realizado durante a internação na rede suplementar.

7) Foi atribuído pelo usuário um sentido dificultador ao acesso hospitalar, pois em função da falta inicial de leito na rede pública, teve que ficar internado também na rede privada, e ao final internou-se em dois serviços diferentes e por um tempo maior.

Na categoria anterior analisada (sofrimento e crise do usuário), este mesmo usuário já havia relatado em outros recortes de seu repertório verbal, que sua experiência de internação havia sido traumática, e chegou mesmo a praticar tentativa de suicídio durante a internação (vide p. 92-95). Na sequência da análise e interpretação dos discursos nas próximas categorias, ver-se-á que este mesmo usuário voltou a ser internado novamente por mais duas vezes, e repetiu novamente tentativa de suicídio, sem êxito.

Não obstante a gravidade do caso aqui relatado por este usuário e as particularidades específicas de seu histórico de adoecimento, incluindo todas as demais características sociais, econômicas, culturais, ambientais, familiares, etc., ainda assim é necessário observar a trajetória deste usuário na rede de saúde denotando falhas na garantia do acesso universal, na estrutura dos serviços, e no princípio da integralidade do cuidado, pois em tese o sistema de saúde como um todo deveria funcionar de forma integrada, recíproca e complementar entre si.

No entanto, o reconhecimento dos usuários do SUS quanto ao cuidado recebido às vezes é expressado sem que haja críticas associadas, com elogios ao trabalho das equipes de saúde. Aparecem também aspectos favoráveis nos relatos dos usuários quanto ao acesso, ao uso efetivo da assistência e ao sentimento de acolhimento nos serviços da rede de saúde. Um dos sentidos de adequação dado aos cuidados ofertados na rede ocorre principalmente quando o usuário se vincula a uma unidade e a uma equipe de referência em serviço especializado. Essa vinculação ao serviço e à equipe pode lhe facilitar o acesso ao atendimento emergencial, por exemplo, ou o encaminhamento a outras unidades especializadas.

Em outros momentos os aspectos de possíveis facilitadores ao acesso e atendimento do usuário na rede de saúde do SUS aparecem, sempre ou quase sempre, acompanhados de fatores dificultadores, e os relatos dos usuários apontam, lado a lado, elogios e críticas ao cuidado das equipes profissionais e à estrutura do sistema de saúde.

O usuário busca o atendimento à sua saúde já com uma concepção preestabelecida que terá de contar também com a sorte para conseguir receber uma assistência de qualidade. Por vezes é necessário acessar várias unidades do SUS antes de conseguir a acessibilidade efetiva, e estes serviços frequentemente não funcionam como pontos de acesso ou “portas de entrada” da rede de saúde, pois o usuário declara não conseguir ser atendido em todo e qualquer local, mas apenas em alguns deles.

O encaminhamento dos usuários a outros serviços da rede de saúde, sejam hospitais ou demais unidades da rede básica ou especializada, não ocorrem com regularidade. Na prática, o encaminhamento dos pacientes fica totalmente a critério das equipes de saúde, podendo ser obtido adequadamente, apenas parcialmente, ou pode mesmo não ocorrer, em certos casos.

Além disso, o encaminhamento a outras unidades da rede de saúde não garante o acesso rápido ao atendimento, existindo um tempo de espera por exames e consultas que pode variar entre dias, semanas e meses, um exame podendo demorar entre 01 mês e 03 meses para se efetivar, e uma consulta especializada levando de 01 até 06 meses para ser obtida.

Identifica-se uma enorme demanda de pessoas nas unidades do SUS, a qual compromete a eficiência no tratamento dos pacientes e gera filas e superlotação nas unidades. O usuário espera muito tempo. A espera passa a ser considerada normal. É possível ocorrer problemas de espera também na rede hospitalar, por falta de leito disponível. Existe em certos casos uma rotatividade do usuário do SUS entre os leitos da rede pública e da rede privada, ocasionada pela superlotação de certos setores hospitalares, em função da grande demanda.

Em outros casos, os usuários com problemas de saúde podem ficar semanas, meses ou até um ou dois anos acessando vários serviços do SUS (emergências, internações, unidades de saúde, centros de referência, consultas, exames, etc.), e recebendo atendimento de múltiplos profissionais, porém sem receber um retorno quanto àquilo de que padecem, seja a nível orgânico, emocional ou mesmo social, com um sentido ao(s) usuário(s) de que não recebe(m) o diagnóstico de sua(s) doença(s).

Para Vieira (2010) o acesso aos serviços de saúde é provavelmente melhor medido a partir da perspectiva dos usuários do sistema, pois outros referenciais existentes, como relatórios e prontuários médicos, podem não conter informações tanto sobre os usuários que não receberam cuidados, quanto daqueles que só podem ter seus dados detalhados em uma entrevista direta. Estudos citados pelo autor apontaram falhas na qualidade da assistência prestada relacionadas à dificuldade no acesso aos serviços de saúde, frequentemente considerado pelos usuários como um aspecto problemático na utilização dos serviços.

Sanchez e Ciconelli (2012) afirmam que grande parte das pesquisas sobre o tema converge para um ponto em comum: o problema do acesso à saúde com equidade precisa ser enfrentado através de ações intersetoriais e transversais a todas as áreas de governo, de forma a abranger a totalidade das políticas sociais e econômicas, fortalecendo a cidadania, proporcionando melhores condições de renda, educação e habitação, por exemplo, e não somente através de ações circunscritas ao nível de atuação dos sistemas de saúde.

Merhy (1995) afirma que o movimento pela Reforma Sanitária, iniciado ainda durante a ditadura militar, acabou confirmando na Constituição brasileira a saúde como um direito de todos, e ao se conduzir esse processo já havia a clareza da necessidade de afirmar a cidadania através de uma política de saúde governamental pautada na igualdade da assistência, considerando a saúde como um bem público, um patrimônio da sociedade e das pessoas, no

direito a uma vida melhor e mais saudável, como consequência inclusive da atuação dos governos na área da saúde.

Na luta pelo ACESSO de todos às ações de saúde estava embutida a conquista do direito de qualquer cidadão poder chegar a um serviço de saúde e ter uma resposta deste ao seu problema, e não lhe ser negado uma ação de saúde. Na luta pela UNIVERSALIDADE procurava-se conquistar direito de qualquer um ser atendido em qualquer lugar que estivesse, deste modo poderia - se ir a um serviço de saúde e ser atendido, sem que houvesse distinção entre o serviço ser federal, estadual ou municipal, pois todos seriam parte de um SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). Na luta pela EQUIDADE procurava-se garantir que qualquer que fosse o cidadão a ser atendido, rico ou pobre, quando ele necessitasse dos serviços fosse atendido de modo idêntico, sem discriminação de classe, cor, sexo, etc... (MERHY, 1995, p.3).

Para o autor, os princípios que formam a base política do sistema de saúde brasileiro, a universalidade, a equidade e o acesso, representam a forma ideal de atuar no cotidiano micropolítico dos serviços de saúde, mas não bastam, por si sós, para garantir o sistema de saúde especialmente voltado a atender às demandas dos usuários. Tais princípios, que funcionam na verdade como referenciais, deveriam também ser capazes de expressar a concretização dos modos de atuar em saúde, na cumplicidade e compromisso dos trabalhadores e dos governos com os problemas de saúde dos usuários, seu sofrimento, os riscos pelos quais passam e a sua proteção integral (Ibid.).

Assim, a luta pela conquista de melhorias nas políticas governamentais é ininterrupta, e deve caminhar para a implementação de novas práticas em saúde, com a organização dos serviços funcionando a partir de uma lógica centrada no usuário e compromissada com ações capazes de abrandar os sofrimentos e prevenir os adoecimentos, pautando-se pelo valor maior de que a saúde é um bem público, direito de todos e responsabilidade dos governos. (Ibid.).

É necessário que estas políticas estejam amarradas à realidade do dia a dia, à realidade micropolítica dos serviços de saúde. É necessário que estejam articuladas à mais abrangente incorporação do mundo das necessidades / problemas de saúde dos cidadãos. Devem ter que ser marcadas não só por uma garantia do atendimento universal, igual e acessível, mas fundamentalmente por um "atuar em saúde" que acolha, que proteja e que resolva os problemas dos usuários, contribuindo para a construção de uma maior autonomia destes cidadãos no seu modo de caminhar e estar no mundo. (MERHY, 1995, p.7).

Giovanella e Fleury (1996) advertem que a universalização do acesso ao SUS pós Constituição Federal de 1988 veio acompanhada por um caráter excludente na atenção à saúde baseado no racionamento de gastos e consequente deterioração da atenção prestada, além da migração das camadas médias da população para os planos de saúde privados, criando um novo tipo de financiamento para o sistema, caracterizando uma espécie de

“cidadania regulada”, exigindo assim a continuidade permanente de uma luta social pela universalização concreta do direito à saúde e do acesso livre já institucionalizado.

Essas autoras alertam para a distorção perversa realizada com o ideário da reforma sanitária brasileira, ao se levar à população a falácia do direito universal à saúde como se fosse uma implementação dos avanços constitucionais, mas ora sem ocorrer nas práticas de saúde cotidianas, ou ainda sendo apresentado na sua forma reducionista, como se somente o acesso universal à assistência médica fosse a finalidade principal do sistema público de saúde, conduzindo então um faz-de-conta na reestruturação do SUS como mero prestador de serviços e procedimentos, que não atende às demandas da população e ignora os determinantes sociais da saúde incluídos como fundamentais na legislação vigente⁸.

As questões relativas à determinação social do processo saúde / enfermidade não foram encaminhadas. A garantia do direito à saúde através de políticas econômicas e sociais que diminuam os riscos aos agravos, afirmada na Constituição, não foi implementada. Nem a atenção integral foi alcançada. As medidas de promoção e proteção à saúde foram descuradas. (GIOVANELLA E FLEURY, 1996, p. 189).

Paim (2004) afirma que as questões referentes ao acesso e à qualidade das ações nos serviços de saúde representam as limitações do modelo de atenção em vigor no sistema de saúde brasileiro, pois revelam um padrão histórico de desatenção e desigualdade social hegemônicos no país. O acesso aos serviços e a qualidade das práticas são distribuídos de maneira desigual, com muitos problemas referentes à infra-estrutura, ao financiamento, à organização e à gestão das ações em saúde.

Este “rosário de problemas” é muito conhecido pelos usuários dos serviços de saúde brasileiros e muitas vezes tem sido divulgado de forma espetacular pela mídia no país, com algumas exceções de práticas exitosas identificadas, as quais não conseguem apagar as mazelas que afligem o sistema público de saúde. Para o autor, a reforma sanitária, cujo projeto original tinha como propósito contribuir efetivamente para a superação da permanente crise nas condições de saúde da população, deparou-se com obstáculos reais à formalização completa dos direitos garantidos pela Constituição e pelas demais leis do país. (Ibid.).

⁸ A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, de 13 de setembro de 1990) dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde no Brasil, bem como regulamenta a organização e o funcionamento dos serviços de saúde no SUS. Em seu artigo terceiro estabelece os determinantes sociais da saúde, e no parágrafo único do mesmo artigo posiciona as ações de saúde como fundamentais ao bem-estar da população, conforme abaixo.
Art. 3º. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.
Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Assistiu-se então a um aumento das desigualdades sociais, à intensificação das políticas econômicas neoliberais, e a consequente efetivação de uma cidadania restrita, a qual não representa em sua acepção, a idéia de inclusão social nem a democratização do acesso universal à saúde. (Ibid.).

Este modelo de desatenção tem a sua expressão fenomênica em um caleidoscópio de maus tratos e de desrespeito ao direito à saúde: filas vergonhosas para a assistência médica desde a madrugada ou o dia anterior; descortesia nos guichês dos SAMEs de hospitais e unidades de saúde; desatenção de seguranças, recepcionistas, auxiliares e profissionais de saúde diante de pessoas fragilizadas pelas doenças; corredores superlotados de macas nos serviços de pronto-socorro; disputas por fichas para exames complementares tantas vezes desnecessários; longas esperas em bancos desconfortáveis para a realização de uma consulta ou exame; *via crucis* do paciente entre diferentes unidades de saúde, médicos e especialistas; “cortejo fúnebre” de vans e ambulâncias em frente aos hospitais públicos para transferência de doentes e familiares de outros municípios; pagamento por consulta e exames em clínicas particulares de periferias por preços “módicos” ou “por fora” nos serviços do SUS; mercantilização da doença e do sofrimento por planos de saúde e prestadores privados; discriminação dos usuários do SUS em clínicas e laboratórios contratados ou hospitais universitários e filantrópicos por meio de “dupla entrada” e do confinamento em instalações de segunda categoria. (PAIM, 2006, p. 26).

Muitos dos problemas citados pelo autor em relação ao SUS aparecem nos relatos sobre as deficiências da rede de saúde feitos pelos usuários entrevistados neste estudo, tais como a superlotação dos serviços, a insuficiência de leitos, o grande tempo de espera e a incerteza quanto aos bons resultados do tratamento, as filas e a grande demanda pelos serviços, a demora em agendar consultas e receber o atendimento, dificuldades para realizar exames e obter diagnósticos de doenças, o não recebimento de encaminhamentos referenciados para outros serviços da rede, enfim, o sofrimento do usuário e os obstáculos que precisa enfrentar para conseguir o acesso, o acolhimento, o atendimento, o uso efetivo, o tratamento continuado, a assistência à saúde com eficiência dentro das unidades do SUS, e a universalidade, equidade e integralidade no atendimento.

Assim, a partir da literatura consultada e dos depoimentos dos participantes desta pesquisa quanto ao acesso, uso efetivo e continuidade dos cuidados recebidos nos serviços de saúde, vimos que nem sempre é possível ocorrer na prática, aquilo que está previsto na legislação, nos manuais e na política de saúde, pois os discursos dos usuários obtidos neste estudo, confirmado frequentemente pelos autores consultados, nos dizem das inúmeras dificuldades e deficiências ainda existentes após 25 anos de implantação do SUS, mesmo com os aspectos positivos colhidos nos discursos dos usuários, os avanços em geral verificados e as conquistas obtidas a partir da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde de 1990.

4.2.2. Trajetória assistencial dos usuários na rede de saúde

No item anterior foi realizada a análise dos aspectos facilitadores e dificultadores do acesso aos serviços da rede de saúde, de forma a apreender o seu funcionamento e o nível de resolutividade encontrado pelos usuários ao buscar o atendimento nas unidades do SUS.

Foram vistos alguns pontos considerados pelos usuários entrevistados como facilitadores ao acesso, tais como a formação de vínculos com as equipes de saúde, a existência de profissionais qualificados, o acolhimento considerado adequado em certos casos, a atenção recebida nos serviços, os elogios feitos a diversas situações nas quais houve resolutividade na demanda e no acesso dos usuários aos serviços.

Por outro lado, apareceram as críticas e o detalhamento dos dificultadores no acesso aos serviços, como filas, demoras no atendimento, na realização de agendamentos de consultas e exames, no fornecimento de resultados dos exames, na dificuldade de estabelecer diagnósticos de certos casos, na recusa em atender às demandas dos usuários, na ausência de encaminhamentos referenciados a outros serviços da rede, entre outros tantos. Notou-se que os elogios feitos pelos usuários às práticas e aos serviços vinham, logo em seguida, frequentemente acompanhados de críticas ao sistema de saúde.

Neste item, será avaliada a maneira como o usuário se moveu dentro da rede de saúde, o sentido dado por ele a esse percurso, na forma como aparecem tais impressões nas suas práticas discursivas, nos seus repertórios verbais. Pois de acordo com Rodrigues (2013, p. 107) “Os usuários, enquanto narram as suas trajetórias pela busca de cuidado e solução para seus problemas de saúde, descrevem as facilidades e as dificuldades que enfrentaram ao longo do caminho, relatam inclusive como se sentiram e como reagiram perante os desafios encontrados”.

Mais uma vez, porem, é necessário marcar os pontos principais de esclarecimento da pesquisa, na medida em que o caminho percorrido pelos sujeitos entrevistados dentro da rede de saúde se deu a partir de vários referenciais e trajetórias distintas, ou seja, os usuários acessaram e utilizaram (ou não conseguiram acessar / utilizar) diversos serviços, antes e depois de sua passagem pelo Hospital escolhido como ponto de referência deste estudo. Nosso intuito é mostrar como funciona a rede de saúde a partir da perspectiva do usuário, do seu discurso sobre a integralidade do cuidado em rede visto ou não em vários serviços.

Considerando também o que foi discutido no item anterior, será analisada a *trajetória assistencial* dos usuários, de modo a verificar se houve ou não a continuidade do cuidado integral em rede, ou seja, se o uso efetivo foi concretizado para além do acesso ao serviço de

saúde, garantindo ou não a sequência da assistência à saúde do usuário. A partir da análise de suas trajetórias assistenciais, buscar-se-á focalizar como cada um dos usuários entrevistados percorreu a rede de saúde à sua maneira, de acordo com as possibilidades e recursos dos quais dispunham naquele momento.

Segundo Silva et al (2011) as trajetórias assistenciais estão relacionadas aos itinerários terapêuticos, termo criado nas pesquisas antropológicas, os quais enfocam as práticas individuais e sócio-culturais em termos amplos, para encontrar as soluções aos problemas de saúde.

Para esses autores, numa visão mais ampliada, os itinerários terapêuticos irão considerar uma gama de aspectos culturais, refletindo a pluralidade da visão de mundo e do cuidado tida pelo usuário, incluindo a religiosidade, busca por curandeiros e práticas alternativas diversas, o apoio das redes sócio-familiares ou ligadas às comunidades onde vive, a recusa pelos tratamentos de saúde convencionais, a opção por nenhum tipo de tratamento, a automedicação, e finalmente, a busca pelos serviços da rede de saúde. (Ibid.).

Porém, nesta pesquisa não serão abordados os aspectos de vida dos usuários relacionados, por exemplo, à influência das redes sociais e comunitárias de apoio, as crenças individuais quanto à questão saúde-doença, as práticas alternativas e terapêuticas adotadas, a influência da religiosidade, entre outros.

Será utilizada outra noção fornecida pelos autores, na qual a trajetória assistencial pode funcionar como um recorte menor do itinerário terapêutico, focando por assim dizer, na relação com os serviços de saúde em sua forma tradicional, na visão do usuário sobre as suas demandas assistenciais, os recursos disponíveis nas unidades acessadas, as opções terapêuticas adotadas, o funcionamento das redes e das equipes de saúde, os vínculos obtidos e o nível de resolutividade das respostas às demandas dos usuários por saúde. (Ibid.)

Na análise aqui realizada, será considerado, então, o cuidado do ponto de vista quem é cuidado, o usuário, de forma a dar atenção especial às suas escolhas quanto aos serviços de saúde, à rede social que lhes fornece apoio para acessar as unidades do SUS, e a relação com a oferta de serviços no sistema de saúde local. Assim,

De modo transversal e partindo da visão do usuário, a análise das trajetórias assistenciais recortadas dos itinerários terapêuticos lança luzes sobre o processo de trabalho das equipes, o funcionamento da rede, o acesso às opções terapêuticas, os vínculos formados, o papel das redes sociais de apoio e a qualidade das respostas às demandas. (SILVA et al, 2011, p. 230).

Simplificando ainda mais essa definição, Lopes, Vieira e Hartz (2004, p. 287) definem as trajetórias assistenciais como *o percurso realizado para obter atendimento no sistema de*

serviços de saúde local, tornando objetiva a relação da trajetória do usuário com as suas necessidades ou demandas de saúde, a partir da busca pelo atendimento nos serviços de saúde, considerando também a sua oferta na rede. Neste trabalho, adotamos essa definição de trajetória assistencial, como o percurso do usuário dentro da rede de saúde local, em acordo também a Rodrigues (2013, p. 99), denominando o percurso dos participantes como “trajetória assistencial, descrevendo os principais itinerários percorridos pelos usuários na rede assistencial de saúde, especialmente a rede pública”.

Inicialmente, podem ser visualizados nos 05 fluxogramas abaixo, entre as páginas 149 e 153, os locais por onde cada usuário passou, e alguns enunciados associados às suas trajetórias.

Em seguida haverá uma descrição mais detalhada do percurso de cada um, e os discursos relacionados à trajetória na rede de saúde vão ser analisados mais minuciosamente, com base nas entrevistas e no que já foi visto nas categorias anteriores. Ao final da análise da trajetória de cada usuário, far-se-á um breve diálogo com a literatura pertinente, para o fechamento desta categoria.

Começando a análise das trajetórias pela usuária 01, em resposta à pergunta VI (E qual a sua opinião sobre o atendimento que você recebeu dos demais profissionais de saúde nesse(s) serviço(s)?) a usuária 01 verbalizou o seguinte enunciado acerca dos serviços por onde passou (que podem ser visualizados também no fluxograma I, p. 149).

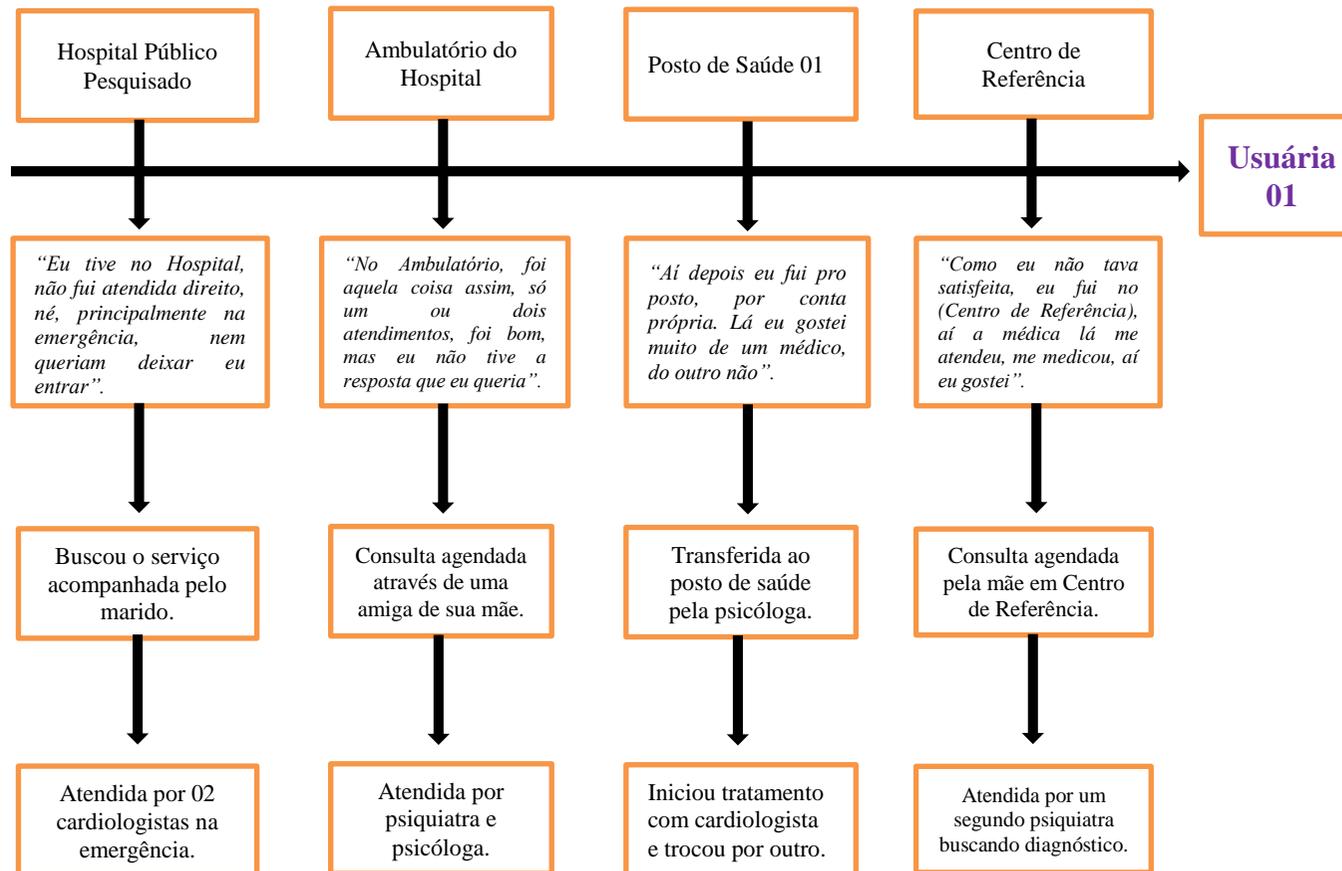
Eu tive no Hospital, não fui atendida direito, né, na emergência principalmente, nem queriam deixar eu entrar. No Ambulatório, foi aquela coisa assim, só um ou dois atendimentos, foi bom, mas eu não tive a resposta que eu queria. Aí depois eu fui pro posto, por conta própria. Lá eu gostei muito de um médico, do outro não. Como eu não tava satisfeita, eu procurei o (Centro de Referência), aí a médica lá me atendeu, me medicou, aí eu gostei. Mas eu te digo assim, a gente até quer elogiar, mas é difícil, porque dá tanto trabalho chegar até um profissional bom, o serviço público é complicado, a gente desanima. Mas eu consegui encontrar bons médicos, isso foi bacana. Agora satisfeita eu não fiquei, faltou alguma coisa, eu não sei direito o que eu tenho até hoje. (Usuária 01).

A usuária teve passagem rápida pela emergência cardiológica do Hospital público que serviu de ponto de referência para esta pesquisa, e foi atendida por dois cardiologistas, mas sem ter ingressado na internação.

Como tinha sintomas de aceleração cardíaca, desmaios e sudorese fria, astenia, indisposição física, e ela própria pensava estar com síndrome do pânico, não tendo recebido encaminhamento para outra unidade, buscou atendimento no Ambulatório do Hospital, onde através de uma amiga de sua mãe, teve agendamento de avaliação psiquiátrica e psicológica.

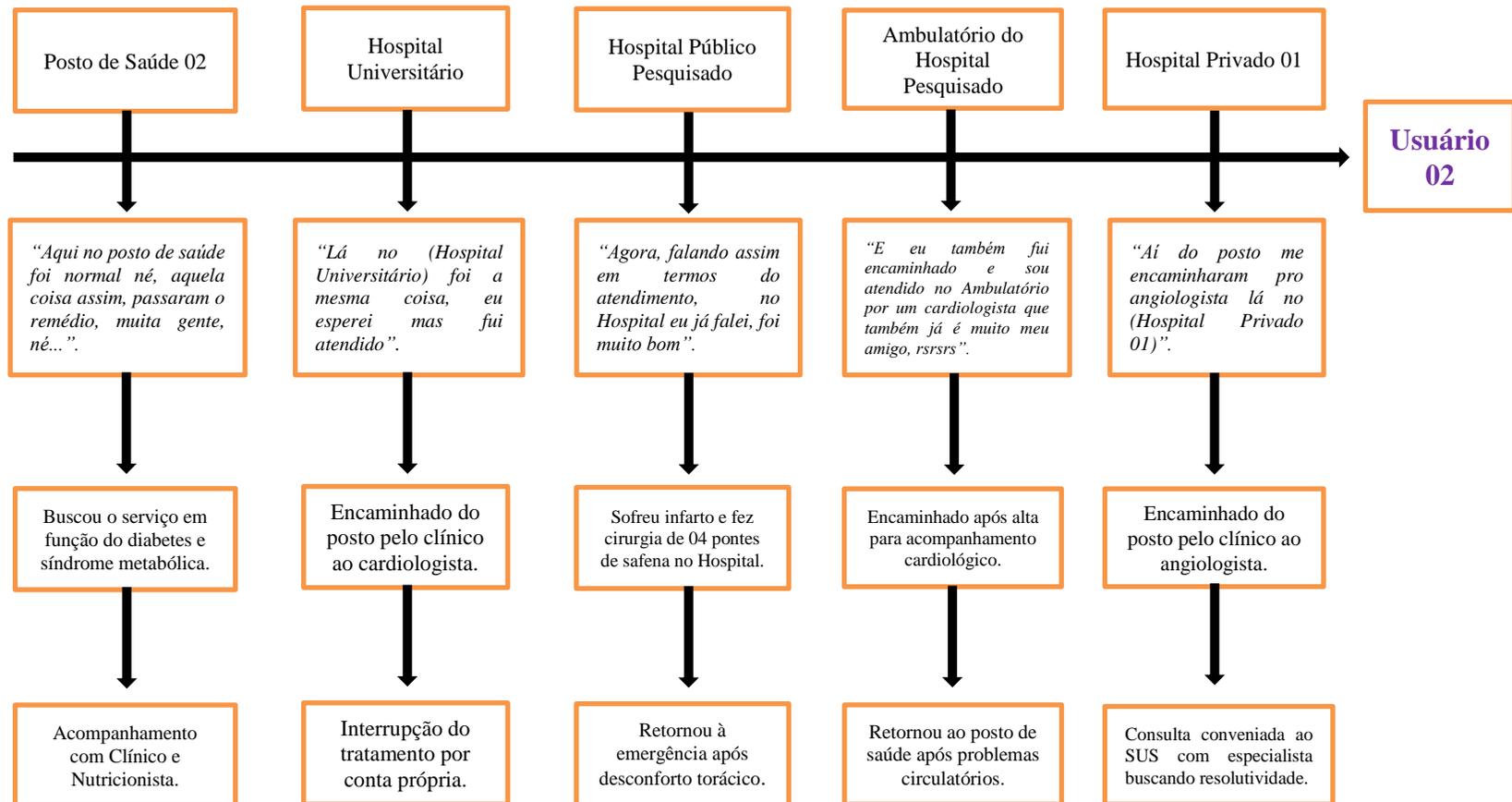
Trajétórias Assistenciais dos Usuários da Pesquisa na Rede de Saúde

Fluxograma I: Trajetória na Rede de Saúde – Usuária 01



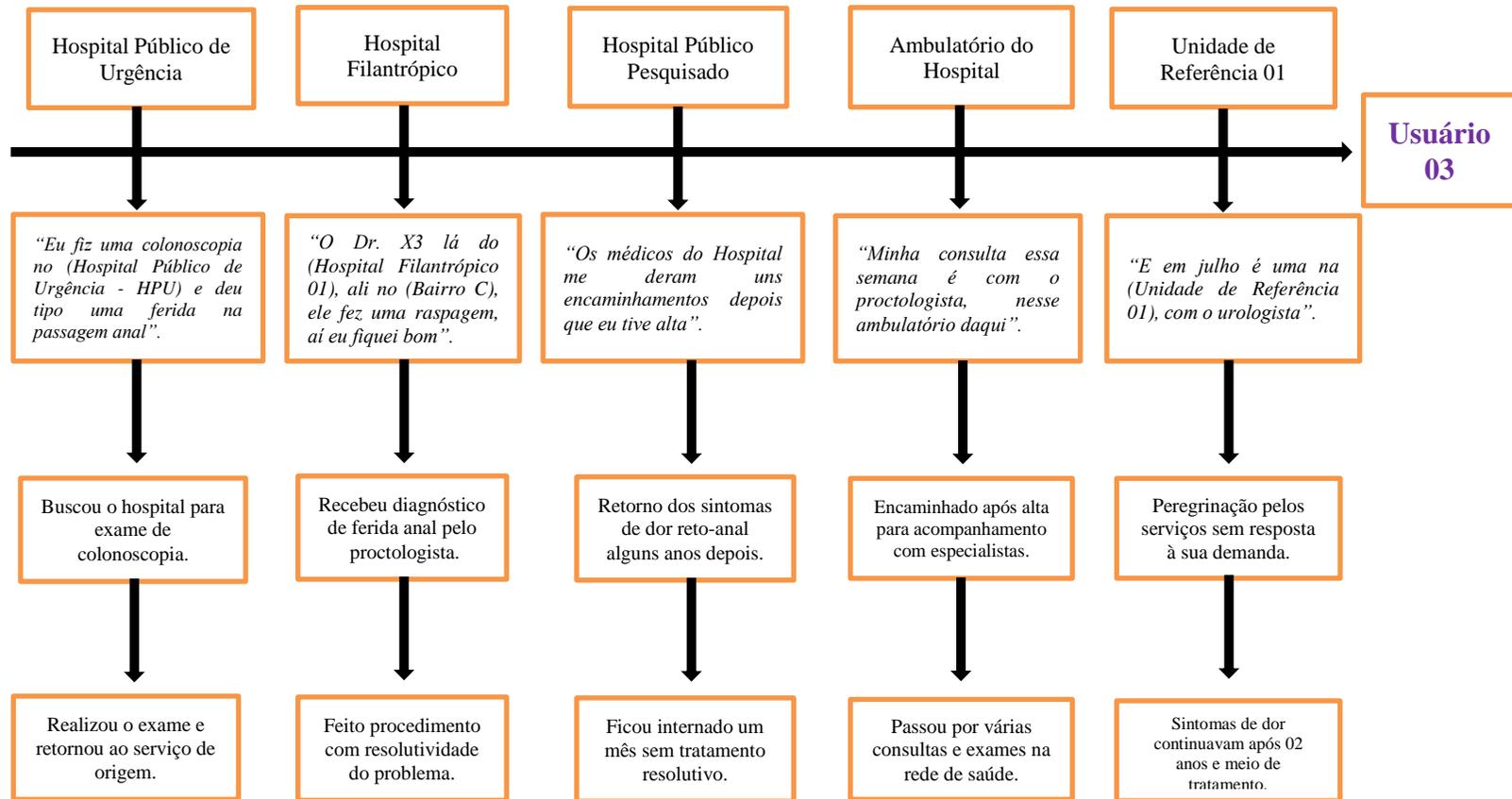
Trajetórias Assistenciais dos Usuários da Pesquisa na Rede de Saúde

Fluxograma II: Trajetória na Rede de Saúde – Usuário 02



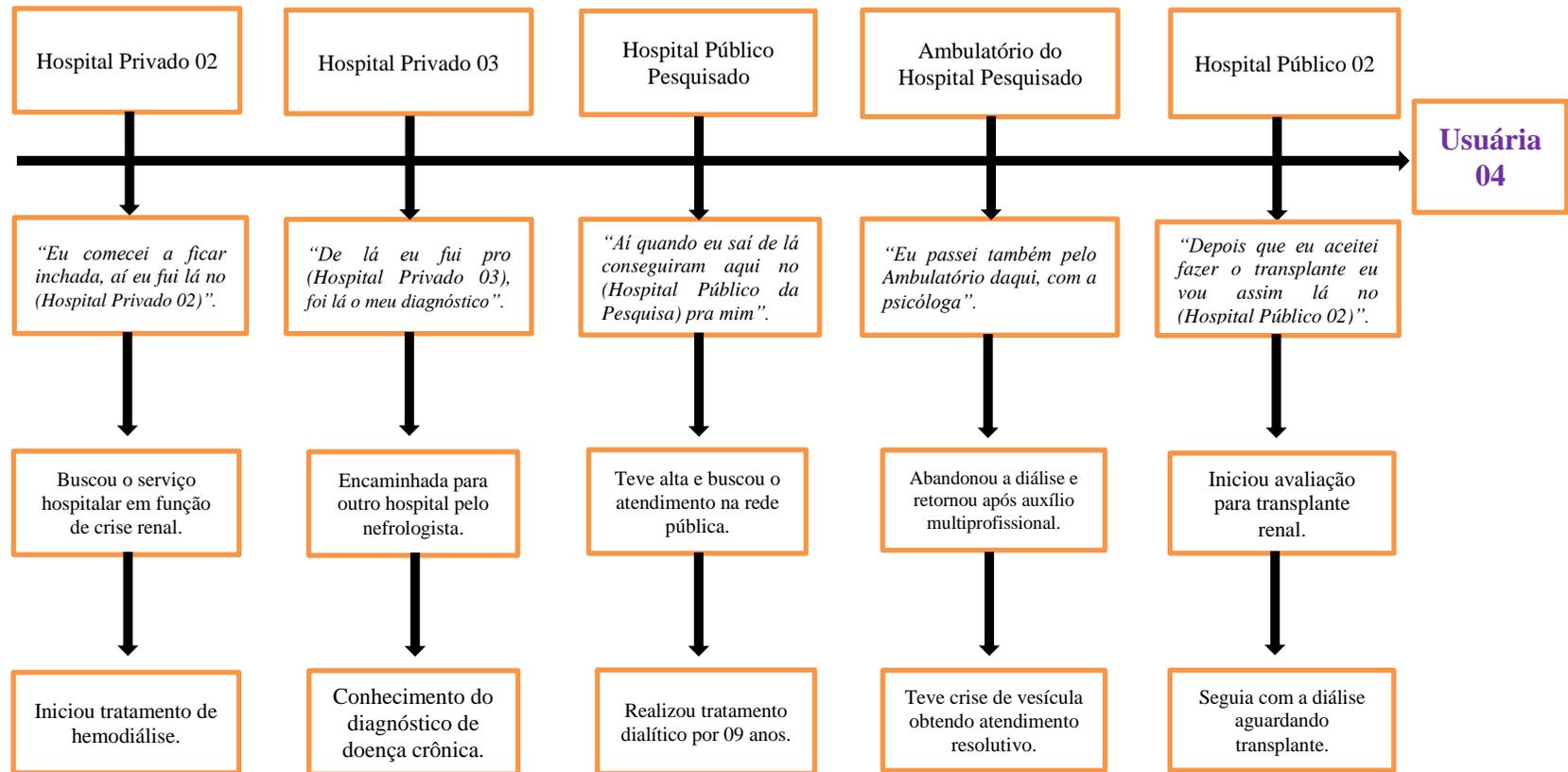
Trajetórias Assistenciais dos Usuários da Pesquisa na Rede de Saúde

Fluxograma III: Trajetória na Rede de Saúde – Usuário 03



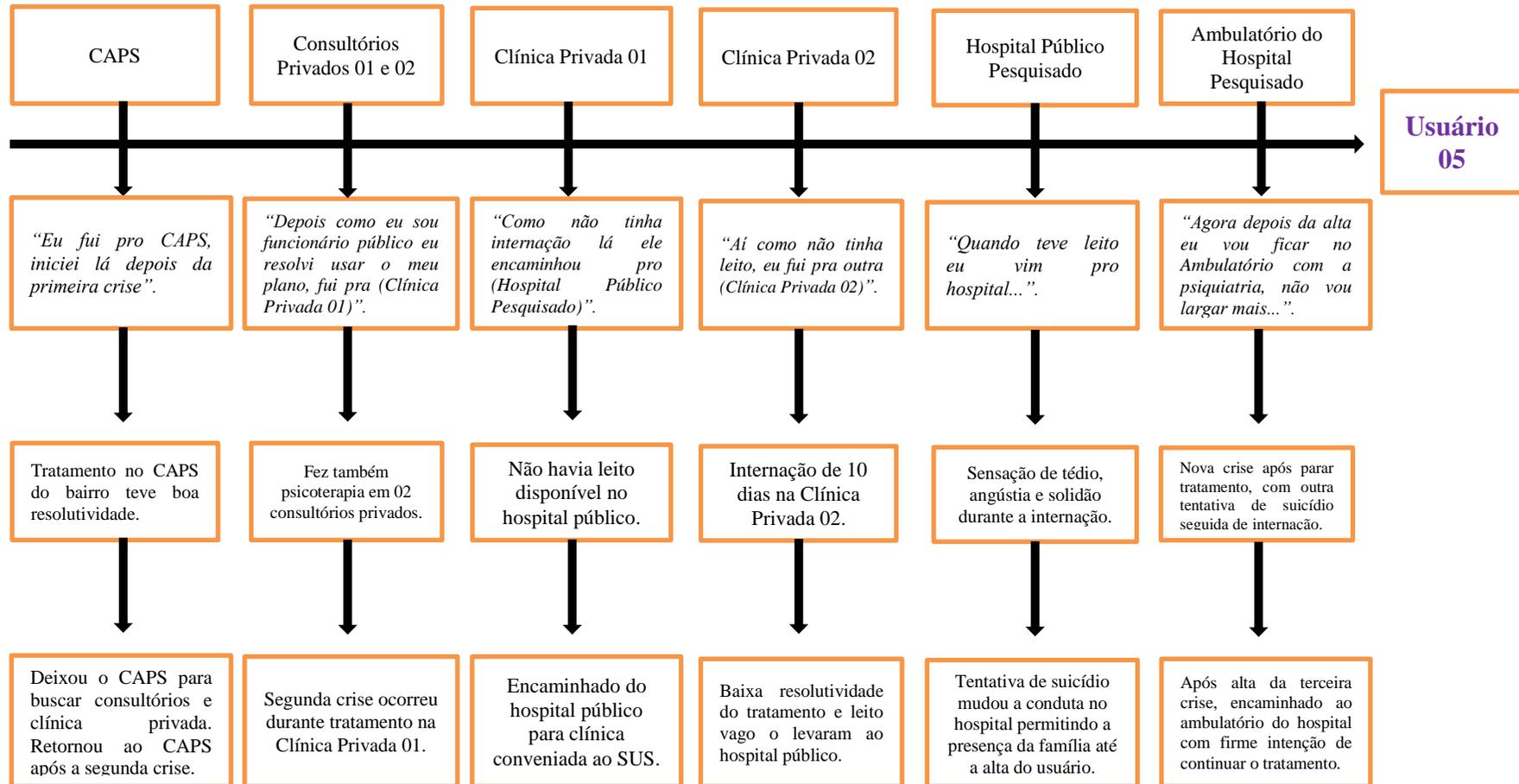
Trajetórias Assistenciais dos Usuários da Pesquisa na Rede de Saúde

Fluxograma IV: Trajetória na Rede de Saúde – Usuária 04



Trajétórias Assistenciais dos Usuários da Pesquisa na Rede de Saúde

Fluxograma V: Trajetória na Rede de Saúde – Usuário 05



No Ambulatório do Hospital foi atendida uma vez por psiquiatra, e duas vezes por psicóloga. O psiquiatra que a avaliou descartou o diagnóstico de transtorno do pânico, mas identificou uma arritmia cardíaca, e como a usuária lhe informou que fazia nesse momento acompanhamento com cardiologista, foi orientada a continuar com o tratamento cardiológico, e foi liberada pelo profissional de psiquiatria, sem retorno posterior com o mesmo.

No serviço de psicologia, fez dois atendimentos ambulatoriais e foi transferida para o Posto de Saúde 01, tendo continuidade no atendimento pelo mesmo profissional, que atuava também nessa segunda unidade, onde realizou cerca de seis atendimentos psicológicos.

Antes de ir ao ambulatório, já havia buscado o mesmo posto de saúde para consulta especializada com a cardiologia, a qual foi agendada por sua mãe, que era funcionária dessa unidade. Passou a ser acompanhada por cardiologista, mas como não ficou satisfeita com o atendimento desse profissional, que considerava muito impessoal e rápido no atendimento, e procurou um segundo cardiologista, no mesmo local, tendo ficado muito satisfeita com esse segundo médico. Iniciou pouco depois acompanhamento também com um segundo psiquiatra num Centro de Referência, cuja consulta foi novamente agendada por sua mãe.

Apesar disso, no discurso da usuária se nota grande insatisfação com os serviços e o atendimento em rede. Ela refere ser difícil elogiar o sistema público de saúde, porque mesmo encontrando profissionais bons, o percurso é problemático e cheio de discontinuidades. A usuária ficou satisfeita com os médicos com quem fazia tratamento, mas tal somente ocorreu após uma trajetória assistencial cheia de idas e vindas. Houve continuidade em seu tratamento e acesso ao cuidado ofertado em algumas unidades, mas não se pode afirmar que em seu discurso a mesma confirme a integralidade do cuidado em rede.

Há uma clara intenção da usuária em esclarecer aquilo que a faz experimentar uma sensação subjetiva de mal-estar, e por isso busca os medicamentos, as consultas, os especialistas, os exames, os diagnósticos, o cuidado, a atenção integral, a escuta, o alívio.

Porém, a usuária declara afinal estar desanimada e sem saber direito nomear o que causa os seus males físicos e emocionais, aquilo que para ela tem um sentido de desconhecimento, de algo que é uma ausência em si (a sua saúde), mas também é uma deficiência em algo externo a si, ao não se sentir integralmente cuidada, ao não estar sendo contemplada em suas demandas pessoais, tais como o desejo de receber um diagnóstico e ao mesmo tempo um tratamento adequado, obtendo melhora nos sintomas então existentes.

Passando então agora ao usuário 02, em seu discurso acerca da sua trajetória assistencial (vide Fluxograma II, p. 150), em resposta à pergunta I (Como descreve o seu percurso de atendimento no SUS), o mesmo fala de sua trajetória com o sentido abaixo.

Agora, falando assim em termos do atendimento, no Hospital eu já falei, foi muito bom. Aqui no posto de saúde foi normal né, aquela coisa assim, passaram o remédio, muita gente, né... Lá no (Hospital Universitário) foi a mesma coisa, eu esperei, mas fui atendido. No cardiologista, lá na emergência na segunda vez que eu fui, eu fui medicado, tudo direitinho. Eu acho que no geral foi o de sempre... Alguns lugares como no Hospital, foi muito bom, e em outros nem tanto, alguns profissionais muito bons, mas a estrutura ruim, a maioria é assim. Agora não é culpa dos profissionais, dos médicos, nem dos outros. Umás vezes o atendimento é bom, e no mesmo lugar outra vez já não é mais, entendeu. Não tem essa coisa assim, não é todo tempo igual, nem sempre é bom, e devia ser sempre eu acho... (Usuário 02).

O usuário 02 ficou internado no Hospital público onde se deu a pesquisa entre fevereiro e abril de 2013, devido a infarto agudo do miocárdio, tendo sido submetido a cirurgia cardíaca para a colocação de 04 pontes de safena. Antes de ser internado para cirurgia, fez acompanhamento em Hospital Universitário com cardiologista, ao qual foi encaminhado do Posto de Saúde 02 localizado em seu bairro, onde era atendido em clínica médica e por nutricionista em função de diabetes, triglicérides e colesterol alterados.

Após passar por cirurgia e obter a alta, passou a ser atendido por cardiologista no próprio Ambulatório do Hospital público onde esteve internado. Havia sido atendido também na emergência do mesmo Hospital cerca de dois meses após a sua alta, por sintomas de desconforto na região torácica ocorrido durante uma madrugada. Além disso, retornou novamente ao posto de saúde do bairro onde mora, por já ser cadastrado nessa unidade e ter sentido um problema de circulação nas pernas. De lá, foi encaminhado pelo clínico ao angiologista, para consulta no Hospital Privado 01, conveniado ao SUS.

O usuário 02 mostrou críticas moderadas ao atendimento nos serviços de saúde porque teve uma experiência muito boa durante a sua internação hospitalar, mas mesmo assim não deixou de perceber que existem a espera, a estrutura ruim, a quantidade grande de pessoas, ainda que a culpa não seja dos profissionais dos serviços, mas o atendimento no mesmo local pode ser bem realizado em uma ocasião e mal realizado em outra situação, dentro da mesma unidade e com os mesmos recursos. Então, o usuário considera que a assistência integral em rede deveria ser prestada sempre da mesma forma, possibilitando a diferentes pessoas serem atendidas sempre de maneira igual, obtendo o cuidado com equidade, portanto.

Em resposta a pergunta V já vista no mesmo enunciado (p. 118), e também no Mapa 06 (p. 86), o usuário 02 expressou suas boas lembranças de fatos ocorridos nos serviços de saúde, conforme abaixo.

Aí do posto me encaminharam pro angiologista lá no (Hospital Privado 01). E eu também fui encaminhado e sou atendido no Ambulatório do (Hospital Público Pesquisado) por um cardiologista que também já é muito meu amigo, rsrsrs. Então, os profissionais que cuidaram de mim até hoje, eles foram maravilhosos, e como eu

lhe falei, eu só fiz amizades, eu tenho muitas coisas boas pra falar... Agora já depois que eu saí do Hospital, e também do tempo que eu fiquei internado, eu tenho várias histórias pra contar que até me emocionam, porque todos eles foram muito bons comigo. (Usuário 02).

O usuário 02 ao discursar sobre o sistema de saúde em seus acontecimentos problemáticos ao indivíduo, não parece estar falando propriamente por si, por ter vivenciado tantas dificuldades na rede de saúde, pois na verdade afirma ter recordações emocionantes de amizades e histórias boas de pessoas e profissionais maravilhosos, dos quais não esquece.

Apesar disso, há alguns sentidos em seu discurso que também dizem de situações difíceis pelas quais passou, a espera pelo atendimento, o excesso de pessoas nos serviços da rede, a infra-estrutura que precisa ser melhorada, etc. Porém, tais fatos não foram suficientes para fazer o usuário 02 deixar de valorizar muito aquilo que encontrou de melhor no SUS, o vínculo, o olhar, a amizade, o cuidado como o importar-se de verdade com o outro.

Portanto, mesmo quando as críticas são menos contundentes por parte do usuário, não deixam de apontar certas deficiências no sistema de saúde, e o não cumprimento da integralidade do cuidado em rede na maneira ideal, a forma como deveria e poderia ser, na atenção à saúde em seu mais alto nível de elaboração e eficiência. Ainda assim, o usuário consegue atribuir sentidos favoráveis ao sistema de saúde, pois existem lugares e situações possíveis de serem vivenciadas de uma forma agradável e até marcante para o sujeito, geralmente ocorrendo como extensão do contato humano, nas relações afetivas estabelecidas.

Já em relação ao usuário 03, não se pode dizer o mesmo. No caso deste participante, os sentidos atribuídos ao SUS foram em geral bem diversos dos outros entrevistados neste estudo. Analisando a resposta do usuário à pergunta I (já vista no Mapa 07, p. 122) o usuário 03 utilizou o repertório verbal abaixo para descrever a sua trajetória assistencial.

Até agora o tratamento que eu fiz não tá resolvendo o meu problema. Eu continuo com dor, o intestino inchado, botando sangue coagulado, não melhora. Nem eu ficando internado quase um mês não resolveu o meu problema, eu continuo inchado e com dor, até hoje eu não tenho diagnóstico, faz um exame dá uma coisa, faz um exame dá outra. Mas eu continuo me consultando, enquanto há vida há esperança, eu não posso ficar esperando a morte de braço cruzado. Os médicos do Hospital me deram uns encaminhamentos depois que eu tive alta. Aí eu marquei as consultas quando eu saí. Minha consulta essa semana é com o proctologista, nesse Ambulatório daqui. E em agosto com a Dra. X2, que é a minha gastro, só daqui a quase dois meses. E em julho é uma na (Unidade de Referência 01), com o urologista. E semana que vem tem uma aqui também com a psicologia, que é a primeira, marcaram quando eu vim me consultar depois da alta. Mas nada de melhorar... Esse meu problema eu tenho desde muito tempo. Eu fiz uma colonoscopia no (Hospital Público de Urgência – HPU) e deu tipo uma ferida na passagem anal. Aí na época eu fui com um proctologista... O Dr. X3 lá do (Hospital Filantrópico 01), ali no (Bairro D), ele fez uma raspagem, aí eu fiquei bom. Só que o que eu sentia na época não é o que eu tô sentindo hoje, eu não sentia nada no intestino... (Usuário 03).

O usuário 03 esteve internado no Hospital público da pesquisa durante o mês de março de 2013, com sintomas de dores na região reto-anal-pélvica e do baixo ventre. Referiu em seu relato sentir essas fortes dores há mais de dois anos, e por tal motivo foi internado por médica gastroenterologista com a qual veio para consulta no Ambulatório do mesmo Hospital.

O usuário recebeu alta médica antes de completar um mês de internação, por não haver em seu caso nenhum diagnóstico de doença orgânica, após ser feita avaliação por bateria de exames clínicos durante a hospitalização, os quais não justificaram a realização de nenhum procedimento. Um dos sentidos marcantes no discurso do usuário dizia respeito à sua intenção de ser submetido a uma cirurgia ou a um exame qualquer, os quais pudessem em definitivo esclarecer a causa de suas fortes dores físicas.

Essa era a demanda principal do usuário 03, resolver a causa de sua dor, obter um diagnóstico e uma saída ao seu problema, realizar um procedimento eficiente para interromper a sua doença. No entanto, durante a hospitalização não conseguiu alcançar o seu objetivo, e prosseguiu na rede sem ter uma resolutividade quanto aos seus sintomas.

Após receber alta, fez agendamentos imediatos para consultas no Ambulatório do Hospital, pois foi encaminhado para acompanhamento com proctologista, gastro e psicólogo. Seguia sendo acompanhado com a mesma médica que o internou, e também por urologista na Unidade de Referência 01, na qual já fazia acompanhamento anterior e foi atendido pelo mesmo profissional pouco antes da internação.

Afirmou que o início do seu tratamento foi em um Hospital Filantrópico alguns anos antes, quando sentiu dores semelhantes pela primeira vez. Foi encaminhado de lá para um Hospital Público de Urgência e Emergência, onde fez um exame que permitiu ser diagnosticado o seu problema naquele momento, que seria uma espécie de ferida na passagem anal, segundo o mesmo. Fez então um procedimento, e ficou sem sentir nada durante algum tempo, procurando novamente o atendimento quando retornaram os sintomas.

O sentido dado pelo usuário 03 à sua doença era o de que esse problema de saúde o perseguia há muito tempo, e analisando a sua trajetória assistencial fica-se com a impressão de que este era potencialmente um daqueles típicos pacientes-problema, ao qual nenhuma resposta satisfatória podia ser dada, tamanhas as demandas por ele apresentadas, e muito relevantes os sinais e sintomas de adoecimento declarados pelo participante.

Este usuário traz consigo duas possíveis fontes de questões-problema aos profissionais de saúde. 1) Pode ser estigmatizado com facilidade (hipocondríaco, doente psicogênico, etc.), mas ainda assim ter a propriedade de exigir o máximo de atenção e dedicação em seu cuidado.

2) Ao mesmo tempo, a sua doença sem resolução aparente parece querer demonstrar os limites do poder da ciência, da tecnologia, da medicina, da racionalidade do modelo biomédico em sempre apontar evidências clínicas como verdade, pois neste caso não se conseguiu estabelecer um diagnóstico preciso, mesmo com todos os recursos disponíveis.

De qualquer modo, este usuário seguia com a sua peregrinação pela rede de saúde, realizando consultas e exames diversos (colonoscopia, ressonância, tomografia, etc.), pois ainda tinha esperanças e não podia ficar de braços cruzados esperando o pior acontecer, ou seja, a morte chegar para si. Mas nesse caso específico, de forma alguma se pode identificar o cuidado integral em rede sendo oportunizado ao usuário 03, seja pela natureza exótica e difícil de seu problema, ou por suas condições de pobreza e apoio familiar deficitário.

Mas principalmente porque os serviços de saúde costumam ser refratários no acolhimento e resolutividade a esses problemas, vistos como “diferentes”, os quais fogem ao habitual, ao rotineiro, ao esperado. No momento da entrevista para esta pesquisa, o usuário 03 seguia sem solução viável ao seu problema, e prosseguia buscando a rede de saúde, ainda à procura da atenção integral e do cuidado ideal que pudessem atender às suas demandas.

Passando então para a análise da usuária 04, vê-se outra configuração no modo como se deu a sua trajetória assistencial junto aos serviços de saúde, pois foi iniciada na rede hospitalar privada, e só depois a participante veio a dar continuidade ao seu tratamento na rede pública, para a qual não economizou elogios, ressaltando sempre o bom trabalho das equipes no cuidado assistencial recebido.

Ao descrever o seu percurso, a usuária 04 deu o seguinte sentido ao caminho percorrido na rede de serviços, em resposta à pergunta I (Como é que você pode descrever a sua trajetória de atendimento no SUS, desde o início, nos locais onde você passou antes de ser internada, durante a sua internação no Hospital, e depois que você saiu, como foi esse percurso na rede de saúde e como é até hoje?), vide também o Fluxograma IV (p. 152).

Agora, esse meu problema foi assim, eu não sabia o que eu tinha. Eu comecei a ficar inchada, aí eu fui lá no (Hospital Privado 02). De lá eu fui pro (Hospital Privado 03), foi lá o meu diagnóstico. Aí quando eu saí de lá conseguiram aqui no (Hospital Público da Pesquisa) pra mim. Eu passei também pelo Ambulatório daqui, com a psicóloga. (Usuária 04).

Continuando, a usuária também falou sobre o local para onde foi encaminhada, a fim de avaliar a sua possibilidade de transplante, e ao responder à pergunta II (Qual a sua opinião sobre o atendimento psicológico que você recebeu no Hospital? Como você pode descrever esse atendimento? Você chegou a ser encaminhada daqui pra algum outro local?) a usuária 04 faz a seguinte verbalização:

Depois que eu aceitei fazer o transplante eu vou assim lá no (Hospital Público 02). É lá que tem médico que cuida de transplante de rins mesmo, que aqui não tem, aí ele passa os exames todinhos pra mim, aí eu venho e faço todos aqui, mas nunca mais eu fiz consulta lá... Só o que eu não tenho aqui é dentista, eu tenho que fazer fora. (Usuária 04).

Ela se refere a um serviço de transplante renal, para o qual foi encaminhada quando aceitou realizar este procedimento, a fim de iniciar os preparativos necessários. Note-se que mesmo afirmando não haver feito consultas neste outro serviço nos últimos tempos antes da pesquisa, esta unidade segue tendo grande importância no sentido atribuído pela usuária à sua possível mudança da condição de renal crônica. O serviço de transplante funciona para ela como complementariedade à assistência já recebida no local onde realiza a hemodiálise, tendo sido encaminhada ao ambulatório de outro hospital público para receber esse atendimento.

No momento da sua entrevista, a usuária 04 fazia tratamento há 09 anos no setor de hemodiálise do Hospital da pesquisa. Relatou estar adaptada naquele momento à rotina do tratamento, mas que foi muito difícil chegar a esse ponto, pois teve muitos altos e baixos durante a trajetória na rede de saúde e no serviço onde obteve a continuidade do atendimento.

Iniciou o adoecimento com sintomas de inchaço nos pés, pernas e rosto, e parou de urinar, então foi avaliada e internada no Hospital Privado 02 através de um plano de saúde que possuía na época. O hospital não tinha serviço de hemodiálise, então foi encaminhada ao Hospital Privado 03, onde disse ter recebido o diagnóstico de infecção renal crônica, pois até então não tinha maiores explicações sobre o seu quadro clínico.

Após melhora e diminuição do número de sessões todos os dias para três vezes por semana, buscou o Hospital público que foi referência para esta pesquisa, a fim de seguir com o tratamento, e afirmou que seu plano de saúde naquele momento alegou não ter mais como custear as despesas de suas sessões de hemodiálise e internação privada.

Foi quando iniciou a hemodiálise no Hospital da pesquisa, onde continuava desde então. Durante um curto período, chegou a ser atendida no Ambulatório do Hospital pelo serviço de psicologia, porque faltava bastante ao tratamento, não queria aceitar realizar o transplante renal e chegou mesmo a parar as sessões de diálise por algum tempo.

Após esses acontecimentos, decidiu repensar tudo e começou a reorganizar a sua vida pessoal e econômica, até que resolveu concordar com o transplante de rins, tendo sido encaminhada para consultas no Hospital Público 02 com equipe de transplantes renais. Nessa mesma ocasião, teve também uma crise de vesícula e sentiu muita dor. Buscou socorro no próprio Hospital onde fazia hemodiálise, e foi atendida pela equipe médica da nefrologia, que a encaminhou à emergência do Hospital, tendo sido medicada e apresentada melhora.

Depois disso, foi enviada pela mesma equipe à cirurgia geral do Hospital, onde foi agendada uma cirurgia à laser para retirada de cálculos na vesícula. Atribuiu a rápida solução do seu problema ao fato de já estar há muitos anos como paciente no Hospital, por um lado, e também porque a cirurgia era necessária para não comprometer a realização do transplante.

A usuária 04 encerrou a sua entrevista verbalizando um sentido, por assim dizer, de resignação vitoriosa, em resposta à pergunta X (Você gostaria de acrescentar mais algum comentário, alguma opinião sobre o que a gente conversou, ou dizer alguma coisa que eu não lhe perguntei, mas você quer deixar registrado, sobre a sua passagem pela rede de saúde, pelo Hospital, na forma como você foi atendida?), expressando o enunciado a seguir:

Eu acho que é isso, a mensagem que eu posso deixar é que a gente não pode deixar a doença tomar conta da gente, e eu consegui, graças a Deus, mesmo com esse problema, levar uma vida quase normal, com o pouco que eu recebo eu montei um negócio pequeno pra mim, juntei um dinheirinho, comprei um carro pra vir pra cá, e hoje eu tenho uma condição de vida e de saúde um pouco melhor do que antes, mas a duras penas. Depois que eu me conscientizei de que era eu mesmo que tinha que fazer a minha parte, aí a coisa ficou melhor, porque as pessoas me ajudavam, mas eu mesma tive que aprender me ajudar também, né. Foi duro, eu sofri bastante, mas valeu a pena... (Usuária 04).

A usuária 04 afirma em seu discurso que cada um deve aprender a fazer sua parte para poder passar a viver com uma condição de doença crônica, o que em sua opinião é algo muito difícil de ser conseguido. Mas considera ter alcançado um estado de conscientização mais adequado a si própria, mesmo a duras penas, obtendo a ajuda de outros, mas contando consigo mesma no sentido de não deixar a doença tomar conta de si e da sua vida.

Aqui se nota um sentimento de valorização de si mesma, em ter feito valer a pena o próprio esforço, da consciência sobre a dificuldade enfrentada, na noção do sofrimento envolvido na trajetória da usuária. Porém, se é verdadeiro falar da sobrevivência como algo fundamental à sua subjetividade, e que sem dúvida lhe acrescentou autonomia e crescimento pessoal, por outro lado não se pode deixar de focalizar toda uma concepção ainda baseada em certa visão individualista da doença, comumente vista nas críticas ao paradigma biomédico.

A usuária afinal sustenta sobre si todo o peso e a responsabilidade da sua condição de doente crônica, e cabe principalmente a ela a sua reabilitação e manutenção de sua saúde. Esse é um entendimento sobre o cuidado ainda sem a aceção da atenção integral, mesmo com toda a gratidão manifestada pela usuária 04 ao longo de toda a sua entrevista, e nas diversas observações por ela feitas acerca da condução cuidadosa e do vínculo existente com a equipe multiprofissional, e todo o esforço feito por seus cuidadores para que ela pudesse evoluir em sua saúde e aprendesse também a se cuidar sozinha.

Mesmo assim, se pode concluir que se algo der errado no tratamento, na cirurgia ou no transplante da usuária, a responsável provavelmente ainda será ela própria, numa posição do cuidado ainda individualizado ou compartimentalizado, sem dar sinais de superar o paradigma medicalizante da responsabilização e do sujeito “*per si*”, confrontado com as dificuldades da realidade social e de sua condição desfavorável, por ser portador de uma doença crônica.

Completando, então, a análise dos sentidos dos discursos dos participantes neste item trajetória assistencial, o usuário 05 resumiu da seguinte forma o seu caminho na rede de serviços, em resposta à pergunta 01 (Como você pode descrever a sua experiência de atendimento dentro do SUS, desde o início quando você precisou procurar ajuda, tratamento, passando pelo Hospital, e depois que você saiu de alta, como você descreve essa experiência dentro da rede de saúde, como foi isso pra você?).

Na verdade eu comecei assim. Eu fui pro CAPS, iniciei lá depois da primeira crise. Depois como eu sou funcionário público eu resolvi usar o meu plano, fui pra (Clínica Privada 01). Eu achava que lá eu ia ser melhor atendido. E foi lá nessa clínica que o médico disse que eu precisava de internação, que uma vez eu fui lá com ele e eu tive uma crise lá na sala de espera. Como não tinha internação lá ele encaminhou pro (Hospital Público Pesquisado). Aí como não tinha leito, eu fui pra outra (Clínica Privada 02). Quando teve leito eu vim pro Hospital... Eu fiquei lá nessa clínica 10 dias, não deu resultado, aí me trouxeram pro Hospital. Isso foi no ano passado, eu tava com 22 anos eu acho, aí depois que eu saí daqui eu passei um tempo em tratamento, foi isso... Depois da alta eu voltei pro CAPS. Depois fui de novo pra (Clínica Privada 02) que eu já tinha ficado internado, mas só pra consulta... Mas aí eu parei a medicação e fui internado de novo. Agora depois dessa última alta eu vou ficar no Ambulatório com a psiquiatria, não vou largar mais... (Usuário 05).

Este usuário havia sido internado no setor psiquiátrico do Hospital de referência desta pesquisa no período de junho a julho de 2013. A entrevista ocorreu no dia seguinte à sua alta. O usuário 05 descreveu seu percurso dentro da rede psiquiátrica desde a sua entrada após a primeira crise, onde passou a ser atendido em um CAPS do seu bairro. Também mencionou passagem por 02 Consultórios Privados de psicologia, onde fez acompanhamento psicológico por mais de um ano (isso teria ocorrido antes mesmo da sua primeira internação). Depois resolveu usar seu plano de saúde, o qual possuía por ser funcionário público, iniciando tratamento com psiquiatra na Clínica Privada 01.

Em uma de suas consultas nessa clínica, aguardando na sala de espera o atendimento com o psiquiatra, teve início outra crise / surto do usuário, e foi encaminhado então ao Hospital público da pesquisa. Ao chegar lá, não havia leito vago, tendo sido enviado para a Clínica Privada 02, a qual era conveniada ao Hospital público, e onde havia leitos psiquiátricos disponíveis. O usuário afirmou que após 10 dias internado, retornou ao Hospital, porque já havia leito vago e o tratamento na segunda clínica não surtiu o efeito esperado.

Passou mais 20 dias internado no Hospital, e mesmo após tentativa de suicídio durante a internação, teve melhora e recebeu alta. Retornou novamente ao CAPS onde já havia sido atendido anteriormente para acompanhamento, e depois buscou de novo a Clínica Privada 02 também para consultas e continuidade no uso de medicamentos.

Porém, após curto período em que resolveu seguir o tratamento, por conta própria suspendeu as medicações, e referiu ter sofrido nova crise cerca de um ano depois, sendo internado pela segunda vez no Hospital público da pesquisa, de onde saiu melhorado de alta e voltou dois dias depois, após nova tentativa de suicídio em casa.

Na sua terceira internação, decidiu tolerar todo o tratamento hospitalar, recebeu alta e foi encaminhado ao Ambulatório do Hospital, aonde no mesmo dia da entrevista veio agendar consultas com psicólogo e psiquiatra, manifestando em seu discurso a intenção de seguir com o tratamento psiquiátrico dali em diante, e não mais interromper as medicações.

Dando um sentido a toda essa trajetória, o usuário 05 verbalizou da seguinte forma, em resposta à pergunta VIII (Você tem algum exemplo a falar de algum aspecto facilitador desse atendimento, tratamento, cuidado, que você recebeu, no SUS, por todos esses profissionais por quem você foi atendido, você teria um ou mais exemplos que você poderia citar?), onde expressou a vontade de voltar pra casa.

Eu acho que aqui no Hospital eu só tive piora, depois que eu vim pra cá na segunda vez, eu saí pior do que quando eu entrei... Talvez seja da própria degeneração da doença, né, porque eu passei muito tempo sem tomar remédio, acho que foi isso. Eu digo assim, mesmo eu me sentindo melhor hoje, essas internações, não é legal pra mim, eu tenho que passar um tempo em casa. (Usuário 05).

A trajetória na rede de saúde foi particularmente penosa para o usuário 05, em função da especificidade de seus sintomas, os quais envolviam sentimentos de estar sendo perseguido, delírios, alucinações, impulsos violentos e tendência suicida, entre outros. A certa altura, chegou a tentar agredir o pai e o irmão, além de em pelo menos três ocasiões ter tentado o suicídio, duas delas com o recurso do auto-enforcamento.

As três internações foram referidas como traumáticas em função das condições do ambiente hospitalar. O usuário 05, tacitamente, referiu com veemência ser muito ruim estar internado sem um acompanhante, e em sua primeira internação e tentativa de suicídio, afirmou que com a chegada de sua mãe, melhorou rapidamente e teve alta em curto período.

A interrupção da medicação por cerca de um ano parecia a esse indivíduo a busca de uma pausa na sua condição de “doente mental”, termo usado em certo momento por ele próprio, que também usou a palavra degeneração para expressar uma piora da sua doença.

Talvez seja mais legítimo pensar na doença psiquiátrica não como algo derivado apenas de um substrato orgânico-cerebral, mas uma somatória dos aspectos psíquicos, familiares e sociais do sujeito, gerando de algum modo uma dissociação psíquica entre o real e a percepção subjetiva. E se quisermos ir mais além, podemos somar à doença do usuário o conflito gerado em sua subjetividade pelos espaços de acolhimento e internação problemáticos, ao verbalizar sentir-se pior na sua saída do que quando entrou no hospital.

No discurso do usuário 05 sobre a rede de atendimento, o modelo hospitalocêntrico ainda vigente é traumático e sucateado, a medicação psicotrópica é o centro do tratamento / recuperação, as instituições seguem como vetores de exclusão e potencialização do que só pode se apresentar como o horror a quem visualizar este quadro, pelos relatos de ocorrências de brigas entre pacientes, violência física e psicológica, solidão, medo, angústia.

No caso do usuário 05, é como se o estado-limite da sua consciência, exacerbado por privações e punições, tivesse chegado ao extremo do humano, transpondo os limites do insuportável e adentrando a esfera da vitimização como que induzida, de tão desvirtuada em sua crueza e selvageria, na tentativa de suicídio dentro do hospital como condição para que o usuário passasse a ter uma acompanhante, sua mãe. Esse é o sentido ao qual se pode chegar em uma interpretação mais ampliada desses acontecimentos sub-humanos.

Mas não se pode apressadamente atribuir a qualquer instituição uma responsabilidade direta pelos atos de seus usuários, todos sabemos disso. Porém, no mínimo parece haver uma tendência facilitadora em não evitar o inevitável, ao permitir agrupamentos de pessoas em tão alto nível de periculosidade, com desfechos facilmente imagináveis, tais como aqui descrito.

Quanto aos aspectos relacionados às possíveis condições de subsistência de um indivíduo ou população, Cecílio (2006) afirma que as demandas de alguém ao buscar um serviço de saúde são complexas e podem estar além da simples procura pela assistência ou cuidado de sua saúde, podendo estar vinculada à sua própria vida e suas necessidades como ser humano. Logo, qualquer acolhimento ou consulta especializada não pode deixar de ofertar outras formas de assistência ao usuário, de fazer a sua escuta, verificar a idéia que faz de sua doença, o grau de autonomia, o vínculo feito com a equipe e o profissional, oferecendo um cuidado integral às demandas singulares de saúde das pessoas em defesa da vida, chamada pelo autor de “integralidade focalizada”, a qual deve estar presente em todos os serviços.

Haveria também a “integralidade ampliada”, a qual funcionaria na articulação entre a rede, entre os serviços, entre os processos institucionais e intencionais, algo menos fragmentado e mais “completo”, contemplando tanto o vínculo pessoal quanto a tecnologia

disponível, como sendo uma troca, uma garantia, uma oferta, uma responsabilidade, não uma batalha individual, às vezes desesperada, de um usuário isolado.

Chamemos, pois, de “integralidade ampliada” esta articulação em rede, institucional, intencional, processual, das múltiplas “integralidades focalizadas” que, tendo como epicentro cada serviço de saúde, se articulam em fluxos e circuitos, a partir das necessidades reais das pessoas – a integralidade no “micro” refletida no “macro”; pensar a organização do “macro” que resulte em maior possibilidade de integralidade no “micro”. Radicalizar a idéia de que cada pessoa, com suas múltiplas e singulares necessidades, seja sempre o foco, o objeto, a razão de ser de cada serviço de saúde e do “sistema” de saúde. (CECÍLIO, 2006, p. 119-120).

Em nossa breve análise das trajetórias assistenciais dos participantes desta pesquisa, pudemos verificar a diversidade dos usuários do sistema público de saúde. São vistas a todo momento as diferentes histórias pessoais, as procedências e demandas diversas, os múltiplos sentidos conferidos aos discursos, os desfechos previsíveis e imprevisíveis, os elogios generosos e as críticas severas, os êxitos louváveis e os descasos revoltantes.

Considerando o número mínimo de pessoas entrevistadas neste estudo, pode-se calcular a proporção contida em uma rede de serviços de saúde. Se acaso quisermos levar em consideração a perspectiva dos seus usuários, poder-se-á perceber os seus percursos irregulares, a (des)organização um tanto caótica, as lógicas emblemáticas predominantes.

Essa é a diversidade de saberes a ser desbravada, na riqueza dos posicionamentos das pessoas comuns, protestos e elogios anônimos dos quais não se ouvem as vozes na multidão imensa, inaudíveis e invisíveis que estão em meio ao ordenamento necessário dos processos de trabalho, das teorias sobre os determinantes sociais da saúde e da doença, das políticas públicas esquemáticas, enfim, diluídos na confusão cotidiana da vida.

Mais do que mostrar as evidências fortes de pesquisa, importantes sem dúvida, para a continuidade de nosso fazer acadêmico, quisemos aqui mostrar o dizer dos usuários, das pessoas ao serem chamadas a falar de si na sua visão do mundo, em suas práticas de discursar sobre vida, saúde, morte, dor, doença, melhora, dificuldade, superação, limites, recomeços.

A diversidade fala por si, os usuários discursam por si. Só temos que acompanhá-los em suas trajetórias, aqui se confundindo quase com a nossa, torcer por eles, sofrer com eles, vibrar por eles, indignar-se como eles. A experiência deixa marcas e gera posicionamentos, nos usuários como no pesquisador.

Passemos então à etapa seguinte, a continuar nesse exercício difícil e enriquecedor de imergir no universo humano da saúde a mostrar o insano espetáculo da doença, analisando os seus sistemas a um só tempo originários e derivados entre si, dos quais já nem sabemos mais os sentidos possíveis. Deixemos, pois, que seus usuários nos esclareçam.

4.3. Posicionamentos sobre as práticas de cuidado integral

Nos sentidos analisados a partir das práticas discursivas dos 05 usuários entrevistados, se podem apreender facilmente situações particulares, específicas da história de vida singular de cada um deles, relacionadas aos seus cenários sociais nos chamados microprocessos, em que seriam pensadas as situações dentro de um ponto de vista individual, afeitos ao sujeito e à sua subjetividade, quando ativados pelas condições objetivas de vida.

Porém, a nossa perspectiva de pensar as práticas em saúde, se está focalizada no usuário individualmente, também abrange os chamados macroprocessos, os aspectos coletivos dos usuários do SUS, dentro das suas trajetórias na rede de serviços, principalmente a partir do lugar que ocupam nas suas relações sociais (e pessoais) travadas com outras pessoas, nas condições de vida e de saúde, assim como nas situações de adoecimento.

No contexto da enfermidade é que se dá mais frequentemente o contato do usuário com os serviços de saúde, e aqui quisemos pensar essa relação usuário-serviço a partir do conceito ampliado de saúde, em seus determinantes sociais, políticos e históricos, assim como a influência do adoecer na busca dos sujeitos pelo cuidado integral na rede de saúde, considerando tanto o contexto social quanto as histórias individuais de cada usuário.

Para Spink e Medrado (2004) é nessa intersecção entre o pessoal e o social que se dão os *posicionamentos*, que são produções de sentido de pessoas em interação, pois as práticas discursivas ocorrem em um constante processo de interanimação dialógica, no qual a pessoa “no jogo das relações sociais, está inserida num constante processo de negociação, desenvolvendo trocas simbólicas, num espaço de intersubjetividade ou, mais precisamente, de interpessoalidade” (SPINK e MEDRADO, 2004, p. 55).

Com base nos pressupostos acima, nesta categoria se quis verificar os posicionamentos dos participantes desta pesquisa em relação aos serviços e ao sistema de saúde em geral, as suas escolhas pessoais, as relações dessas escolhas e posições com as suas condições sociais de vida, e finalmente qual o sentido dado ao funcionamento da rede e das práticas de cuidado integral em saúde por cada sujeito, em interação com os demais atores do SUS.

Foram identificados três (03) tipos de posicionamentos feitos pelos usuários, a saber: 1) Posicionamentos quanto a práticas de cuidado integral. 2) Posicionamentos quanto ao direito de escolha. 3) Posicionamentos quanto ao sistema de saúde. Veremos a seguir como cada um desses tipos de posicionamento se articulou nos discursos dos usuários, ao participarem da entrevista para esta pesquisa.

Ao responder à pergunta 01 (Como você pode descrever a sua experiência de atendimento no SUS, desde o início na Rede de Saúde, depois passando pelo Hospital, até o acompanhamento após a alta?), a usuária 01 fez uso do repertório verbal inicialmente de forma a demonstrar um *posicionamento quanto a práticas de cuidado integral*, expressando em relação ao atendimento na rede de saúde o enunciado visto em seguida.

Essa experiência no posto de saúde também não foi boa, cada consulta do Dr. X não dura mais que 02 minutos... Ele é um médico que não te ouve, ele só olha teus exames, ele não verifica, não toca em ti pra saber, pra verificar, pra fazer uma ausculta, pra verificar tua pressão, coisa que a maioria dos médicos fazem isso, né? Então ele não fez isso, ele nem te olha, só te entrega um papel e manda tu fazer aquilo e eu já tive 03 consultas com o Dr. X e todo mundo sai de lá perplexo, ele atende 40 pessoas assim em 40 minutos, é impressionante. (Usuária 01).

Como foi visto nas categorias anteriores, a usuária 01, segundo seu próprio discurso e sentidos a ele atribuídos, ao buscar a assistência no posto de saúde vinha de um percurso no SUS bastante inadequado. Ao chegar finalmente ao cardiologista, visto que tinha uma arritmia e havia recebido orientação para seguir com o tratamento dos sintomas cardiológicos, os quais apareciam associados a desmaios e sensação de pânico na usuária, esta se deparou com um atendimento breve, impessoal e diretivo, onde não havia escuta e nem atenção ao paciente, pois as consultas acabavam em torno de 01 ou 02 minutos.

A usuária já havia vivenciado em sua trajetória outras experiências desagradáveis, ao não receber um atendimento acolhedor na emergência hospitalar, ao não ter obtido um diagnóstico, como desejava, no Ambulatório do Hospital com o psiquiatra, e ter que procurar por várias unidades em busca de atendimento, buscado o acompanhamento psicológico e só obtendo acesso ao ambulatório com ajuda de uma amiga, e ao posto de saúde com o auxílio da mãe, funcionária desse serviço.

Pode-se compreender o sentido de desalento dado pela usuária, ao expressar mais uma experiência que não foi boa para si, pois no posto de saúde sequer era olhada pelo médico cardiologista, cuja consulta era conduzida de maneira rápida e mecanicamente, com a prescrição de uma receita junto a um comando para ser seguido pelo usuário, sem espaço para a escuta de suas demandas ampliadas. Assim sendo, o cuidado integral em rede mais uma vez ficou comprometido, e a usuária 01 continuava insatisfeita com o acesso difícil, o uso deficitário, a eficiência duvidosa e o cuidado impessoal, individualizado, tecnicista.

Porém, nesse momento algo acontece com a usuária 01 na sua maneira de agir. A sua decepção com a insuficiência na integralidade do cuidado recebido em sua caminhada pelos serviços da rede de saúde a faz reagir, tentar algo novo, procurar o melhor para si própria,

modificar o rumo das dificuldades tomando as rédeas do seu percurso e experimentando novas possibilidades.

Pode ver-se isto na resposta à pergunta VII (O atendimento que você recebeu na rede de saúde estava ou não dentro daquilo que você pensava, sentia ou desejava para você? Tem algum exemplo sobre isso?), quando a usuária assume um *posicionamento quanto ao direito de escolha*, em seu repertório verbal.

Tenho. Eu fui atendida por esse outro profissional, eu troquei de cardiologista, passei pro Dr. X2 como eu falei, aí é como se eu tivesse sido atendida num consultório particular, eu fui ouvida, ele fez a minha escuta, ele procurou entender o que tava acontecendo comigo, foi me indicando os melhores caminhos pra tomar, então ele foi um profissional bem mais profissional. Então esse atendimento está dentro do que eu penso, sinto e desejo, sim, esse e o da Dr^a. X, a psiquiatra, esses dois profissionais estão, mas os demais não estão... Seria o mínimo você pelo menos ouvir o que o paciente tem a dizer, se o profissional tá do outro lado e ele não escuta o que o paciente tem a dizer, então ele não tem como saber o que ele sente, se tá doendo, se não tá, se a medicação que ele receitou tá fazendo efeito ou não, então isso seria o mínimo que em geral não acontece. (Usuária 01).

Cansada de não ter para si nem mesmo o mínimo daquilo que pensa, sente e deseja como o melhor, a usuária sai a procura de outros profissionais, conseguindo receber um atendimento melhor, sentindo-se por fim escutada, compreendida em suas demandas, acolhida de uma forma mais profissional, confiando em que lhe estão apontando as melhores possibilidades quanto ao seu cuidado.

A clara posição de escolha feita pela usuária é complementada no sentido visto em resposta à pergunta VI (E qual a sua opinião sobre o atendimento que você recebeu dos demais profissionais de saúde nesse(s) serviço(s)?), na qual aparece novamente os resultados obtidos no tratamento e a sua aprovação com a escuta e o olhar dos profissionais pelos quais se sentiu contemplada em suas necessidades.

Olha, até agora, com a psiquiatra, a Dr^a. X foi uma das profissionais mais coerentes no atendimento que eu achei, ela me passou duas medicações que eu tenho dormido bem melhor, eu gostei muito dela, dela e do Dr. X2 que é o outro cardiologista do posto que eu comecei a ir depois, porque com o Dr. X não dava mais, né... Mas os outros médicos eu não gostei muito não, eles tem que ouvir melhor, olhar pro paciente. (Usuária 01).

Tanto em relação ao cardiologista quanto com a psiquiatra, buscados posteriormente pela usuária 01, aparece em seu discurso um cuidado baseado no olhar e na escuta, um cuidado acolhedor, e portanto mais próximo da atenção integral às demandas do sujeito, no elogio feito aos resultados do tratamento e no vínculo desenvolvido com o profissional.

Não obstante, a usuária verbaliza também que essa é a exceção, não a regra, pois em geral não se sentiu escutada naquilo que precisava dizer, não recebia atenção quanto a

encontrar ressonância no outro sobre o que estava dizendo ou sentindo, se o cuidado estava se realizando, se a medicação surtia efeito ou não.

Ao procurar outros profissionais, exercendo seu direito de escolha, a usuária encontrou então o mínimo necessário para sentir-se acolhida e cuidada, atenção, olhar, escuta, vínculo, eficiência, sensibilidade. Isso a faz mudar por um momento a sua visão em geral negativa do SUS e dos serviços da rede de saúde, ao dizer ter gostado dos outros médicos escolhidos, que ambos a contemplaram minimamente em suas demandas e necessidades, e quando tal ocorre, há o reconhecimento do sujeito e o elogio ao profissional. Mesmo que apenas isso não vá modificar o quadro geral de dificuldades ao usuário para ser bem atendido na rede.

Seguindo na análise dos posicionamentos dos usuários quanto às práticas de cuidado integral percebidas nos serviços de saúde, o usuário 02, em resposta à Pergunta V (já vista no Mapa 04, p. 85), também apresentou um posicionamento quanto a práticas de cuidado integral vistas na rede de assistência.

Eu ali tava lutando pela minha vida. Hoje eu tô lhe contando tudo aqui, me sinto bem, mas quando eu tava internado era diferente, eu não sabia o que ia acontecer comigo, se eu ia voltar ou não, a cirurgia era de alto risco, às vezes eu sentia medo, e coisa e tal. Então esse serviço ele é de vital importância pro paciente. Eles cuidaram de mim, sim, muito. Durante o tempo que eu fiquei lá, toda semana, duas três vezes por semana eu tava conversando com o psicólogo, eles traziam livros, a gente conversava mesmo, eu ia até a biblioteca, entendeu. Muito bom. E a minha cirurgia foi um sucesso, né, graças a Deus. O médico que me operou, os enfermeiros que cuidaram de mim, todos me ajudaram muito. Eu fiz até amizade com os médicos, com a equipe toda... (Usuário 02).

Tais sentidos dados pelo usuário 05 ao seu percurso no SUS, de luta pela vida, incerteza e medo devido ao risco concreto representado pelo infarto e pela cirurgia de alto impacto foram enfrentados pelo usuário com o auxílio da equipe de saúde, quando se sentiu muito bem cuidado e ajudado por todos, nos vínculos que se fizeram presentes, na amizade nascida das relações.

O posicionamento tomado pelo usuário é o da importância vital do cuidado integral, do estar junto proporcionado pelo acompanhamento dos profissionais, pois a incerteza quanto à continuidade da própria vida leva o sujeito a uma experiência marcante e inesquecível nesses casos, e a memória costuma preservar as lembranças das inseguranças vividas, mas abre espaço igualmente para o alívio em ter superado essa condição de risco de vida.

As sensações passadas de perigo e finitude podem afinal ser substituídas pela gratidão sincera por aqueles que lá estiveram, como companheiros de uma jornada fundamental para a continuidade da história do indivíduo, no prosseguimento de sua integridade vital, no estar vivo e bem.

Entretanto, o usuário 02 mostra ao mesmo tempo em seu discurso não ter perdido a capacidade de reflexão crítica, na observação daquilo que viveu dentro do sistema de saúde, surgindo então o *posicionamento quanto ao sistema de saúde*, um dos quais pode aqui ser visto na resposta à pergunta VIII (Você tem alguma facilidade a destacar sobre esses atendimentos, esses tratamentos, o cuidado que você recebeu dentro do SUS por todos esses profissionais, nesses locais que você foi atendido? Você tem um ou mais exemplos que foram facilitadores do atendimento pra destacar, pra comentar?).

Pra te ser sincero, por tudo o que eu tenho acompanhado pelo noticiário, do nosso sistema de saúde, que eu posso te dizer assim, tá falido, mas eu particularmente fui muito bem atendido, como eu acabei de dizer. Tanto aqui no posto de saúde, apesar de pequenino, essa coisa toda... No Hospital, eu não tenho queixa, eu acho até que eu tive sorte, eu fiz a minha cirurgia, tô me recuperando ainda, tô sendo acompanhado, sabe... Lá no (Hospital Universitário) também, como eu já falei. A única deficiência que eu acho é isso, tem que ter um prédio melhor, mais profissionais. Eu acho que o governo tem que olhar melhor pra esse lado. Porque é difícil, é só abrir o jornal a gente vê, morreram 38 crianças na Santa Casa, né, então você olha assim e diz, meu Deus eu tenho muita sorte, porque eu fui muito bem atendido. Porque comigo foi diferente... (Usuário 02).

O usuário 02 considera em seu repertório linguístico a possibilidade de ter havido em seu caso o componente sorte, ao ter sido muito bem atendido nos serviços de saúde em seu percurso, e ao ter encontrado uma equipe de saúde acolhedora, no hospital, no posto de saúde, no hospital universitário, entre outros. Por conta disso, agradece a Deus por estar se recuperando bem de sua recente cirurgia, por ter obtido acompanhamento, continuidade no tratamento, eficiência nos procedimentos e acolhimento no cuidado recebido, fatores que o fazem não ter queixas das equipes e dos profissionais da rede de saúde.

Porém, mesmo com todos esses facilitadores levados em conta, o usuário não deixou de exercitar o seu senso crítico, ao notar a imagem de falência do sistema de saúde veiculada nos noticiários pelos meios de comunicação. Opinou também sobre a necessidade de melhor estrutura para o funcionamento mais adequado dos serviços de saúde, com prédios melhores e aumento do número de profissionais. Segundo o discurso do usuário, caberia ao poder público modificar a forma de gestão da rede de saúde, de modo a evitar, por exemplo, as mortes coletivas nos hospitais como tem se visto nos noticiários e nos jornais, ainda recentemente.

Portanto, apareceu no discurso do sujeito o posicionamento quanto ao sistema público de saúde, com críticas à condução governamental dessa política pública, lado a lado ao reconhecimento do bom trabalho das equipes nos serviços, ressaltando o mérito aos profissionais cuidadores e a gratidão na fé divina por ter obtido uma trajetória assistencial diferente da maioria.

Assim, o usuário 02 pôde exprimir um sentido de vir a encontrar o cuidado integral na rede de saúde, não como regra, mas ainda assim como realidade, nem por isso deixando de perceber os problemas existentes, as deficiências do SUS, e neste caso, destacando as responsabilidades governamentais na melhoria das políticas públicas do setor saúde.

Analisando agora os posicionamentos do usuário 03, os sentidos dados por este participante abrangem, ao mesmo tempo, as práticas de cuidado obtidas e o seu direito de escolha. Porém, ao contrário da usuária 01, não há nenhum nível de realização dos objetivos pessoais nas suas tentativas. E de maneira distinta daquela vista no usuário 02, os problemas de estrutura do SUS e a postura dos profissionais influenciam diretamente a saúde do usuário, provocando resultados indesejados e baixa eficiência em seu tratamento.

Em resposta à pergunta III (Por qual motivo ou motivos você recebeu acompanhamento psicológico quando estava internado no Hospital, no Ambulatório e nos outros serviços?), o usuário posicionou-se assim.

O médico achou que eu não tava doente de verdade e falou que ele ia pedir pra me atenderem, ele não sabia mais o que dizer pra mim, porque os exames que eu levei e os que ele fez lá não davam nada, e eu dizia que eu queria resolver o meu problema né, fazer uma cirurgia, fazer outro exame, e eles queriam que eu fosse de alta, e eu não queria. Aí veio uma psicóloga, me atendeu, eu falei tudo pra ela o que eu sentia, que era muita dor, eu me sentia inchado, aí no outro dia quando ela voltou veio mais duas com ela, eu acho que eram alunas de lá, e ficavam voltando comigo pra saber como tava o tratamento, eu dizia. Elas falaram com o meu médico, o Dr. X4 pra ele autorizar mais uma colonoscopia, e ele concordou depois, mas primeiro ele disse que não precisava mais porque eu já tinha feito lá outro exame com um nome difícil, e também deu normal, era o exame do retossigmoíde, aí eu fiz os dois, como não deu nada assim pra operar, só intestino inchado, eles conversaram comigo que iam me dar alta. Eu fiquei sendo acompanhado até eu sair, no dia da minha alta elas foram lá, conversaram comigo, eu falava que eu não tenho problema psicológico nenhum, nem uma dificuldade assim pra esse lado mental, mas eu achei o atendimento bom. (Usuário 03).

Em seu discurso o usuário verbalizava veementemente quais são as suas demandas e aquilo que sabe sobre si: ele desejava resolver os seus problemas de saúde, a sua doença (dores, sensação de intestino inchado), ter um diagnóstico (realização de exames) e realizar um procedimento (cirurgia). O usuário sabia também aquilo que não queria (alta), pois era o oposto de sua demanda (ficar internado para diagnóstico, exames, cirurgia e resolução daquilo que sentia como o seu problema ou doença).

A equipe de saúde, liderada pela figura do médico, segundo o usuário não sabia mais o que lhe dizer, pois os exames não atestavam nenhum diagnóstico. Daí surgiu o impasse, os profissionais da instituição trabalhando em conjunto (médicos, psicólogos, etc.) e o paciente dizendo o que não queria (a alta) e o que não sentia (problemas psicológicos, dificuldades

mentais), mas assim mesmo foi providenciada a alta ao usuário e o mesmo considerou em geral o atendimento bom, pois recebeu atenção da equipe de profissionais, ainda que as suas demandas concretas não tenham sido atendidas.

Na situação em questão, o posicionamento do usuário foi exercido o tempo todo no serviço de saúde, mas não foi levado em conta pela equipe de profissionais, em função de não ter sido possível estabelecer um procedimento viável à resolutividade da questão do paciente, pois não havia evidências clínicas a justificar uma cirurgia, nem permitir o diagnóstico nosológico-orgânico. Prevaleceu neste caso uma relação de poder assimétrica, na qual o direito de escolha do usuário não pôde sequer ser considerado. Essa relação desigual se manifesta novamente quando o participante se posiciona em relação às práticas de saúde e confere um sentido benéfico ao acompanhamento recebido, mesmo afirmando continuar a se sentir doente e que seu problema não foi resolvido.

Em outro momento da prática discursiva do usuário 03, este novamente expressa um posicionamento de tentativa em fazer valer o seu direito de escolha dentro da rede de saúde, para buscar uma solução ao seu problema “sem nome”, à sua dor física sem causa e sem diagnóstico, desta vez se referindo aos serviços não-hospitalares da rede, pelos quais passou antes (e também depois) da sua internação, sem no entanto conseguir um retorno favorável.

Em resposta à pergunta VIII (Você tem alguma facilidade pra falar sobre o seu atendimento, tratamento ou cuidado que recebeu no SUS, de todos esses profissionais de saúde que lhe atenderam? Poderia citar um ou mais fatos que pra você foram facilitadores do atendimento?), o usuário referiu o sentido abaixo.

Quanto aos médicos que me atenderam, o uro, gastro, procto, eles passam exame, eu faço, infelizmente eles não chegam a um denominador comum, um diagnóstico. Aí eu passo pra outro, vou em um, vou em outro, todos me dão atenção, só que até hoje não tem um êxito assim, o diagnóstico certo, vamo operar, é isso... Agora quanto ao tratamento eles me tratam bem, normal, e o tempo de cada consulta também é limitado, que é muita gente, né. Às vezes tem médico que é mais curto, devido ter muita gente. Tem outros que demoram mais um pouco consultando a gente... (Usuário 03).

A palavra utilizada pelo usuário 03 neste momento é *êxito*, para dizer que não houve sucesso, resposta, solução, saída, para o seu problema de saúde. As tentativas são muitas, os especialistas se acumulam, os exames realizados resultam numerosos (ver também respostas às perguntas IX e X, na categoria sofrimento e crise, p. 89 e 90). O usuário dirige-se a vários médicos, recebe atenção e se considera bem tratado, alguns o atendem durante um tempo maior, com outros a consulta é mais breve em função da grande demanda. Mas algo se torna comum a todos, não há indicação para uma via de resolução, não ocorre a explicação de uma

causa para as dores sentidas, para o anseio do usuário em esclarecer a sua enfermidade, em ter prescrito para si um medicamento eficaz, uma cirurgia salvadora, um diagnóstico esclarecedor.

Por fim, o usuário 03 acaba por reconhecer a ineficiência do cuidado recebido na rede de serviços para atender às suas demandas em saúde ou resolver às suas necessidades, em função de tantas idas e vindas, de tantas evidências de descaso, impossibilidade, ou pura e simples insuficiência dos recursos disponíveis. Ao responder à pergunta VI (Qual é a sua opinião sobre o atendimento que você recebeu dos outros profissionais nesse(s) serviço(s), do médico, do enfermeiro, da nutricionista, etc. Você se sentiu sendo cuidado?), aparece então mais um posicionamento quanto às práticas de cuidado integral obtidas na rede.

O atendimento médico, eu tive acompanhamento do Dr. X4, agora tive acompanhamento com essa médica que eu vou, a gastro, Dra. X2, agora melhora eu não tenho não, e o urologista na (Unidade de Referência) eu também vou lá de novo levar uns exames pra ele ver, mas até agora eu continuo sem ter resultado nenhum pra eu voltar a ter saúde mesmo, então eu acho que não cuidaram de mim direito, não. É isso... (Usuário 03).

Mesmo após a sua alta hospitalar, o usuário ainda seguia peregrinando pelos serviços de saúde, carregando vários exames em suas mãos, e persistia em suas consultas e realização de exames diagnósticos. A palavra usada por ele, nesse momento, é *resultado*. Não conseguia obter nenhum resultado. Assim, não tinha melhora em suas dores, nem voltava a ter saúde novamente. Por todos esses motivos, o usuário 03 concluiu então, que não tinham cuidado direito dele nos serviços de saúde.

Mais uma vez, o seu direito de escolha não influenciou na concretização de seus objetivos, no atendimento de suas demandas, apesar das inúmeras tentativas, e do movimento incessante dentro da rede de saúde. Por conta disso, seus posicionamentos quanto às práticas de cuidado se modificavam constantemente, indo da aceitação tácita das relações assimétricas de poder em relação aos profissionais e às instituições, até as reclamações e críticas veementes ao que considerava como dificuldade, descaso e ineficiência na rede pública.

Como desfecho para o seu caso, após a sua alta o usuário 03 foi encaminhado para acompanhamento psicológico. E mesmo afirmando com convicção não possuir nenhum problema de ordem psíquica ou mental, agendou a consulta no serviço de psicologia, ao qual iria comparecer uma semana depois da entrevista para esta pesquisa.

Em uma condição bem diferente, talvez mesmo oposta à do usuário 03, a usuária 04, paciente renal crônica em tratamento de hemodiálise há 09 anos quase ininterruptos no Hospital público da pesquisa, posicionou-se quanto aos seus direitos de escolha, tomados

dentro da sua trajetória assistencial, tendo um retorno afirmativo em suas demandas, ao recusar durante certo tempo a aceitação da hemodiálise e do transplante renal, e aos poucos ir se adaptando ao tratamento dialítico, para tempos depois concordar com a realização do procedimento de transplante.

Neste caso, a usuária 04 recebeu apoio da equipe do serviço ao qual se vinculou de maneira marcante e contínua, a ponto de afirmar que ali estavam pessoas vistas por ela como a sua segunda família. Esse contexto levou-a posicionar-se com o sentido visto abaixo, ao responder à pergunta I (Como é que você pode descrever a sua trajetória de atendimento no SUS, desde o início, nos locais onde você passou antes de ser internada, durante a sua internação no Hospital, e depois que você saiu, como foi esse percurso na rede de saúde e como é até hoje?).

Então, depois disso eu vim pra cá, eu já nem fiquei internada, eu vinha só fazer as sessões de hemodiálise e voltava pra casa, isso foi desde maio de 2004, já tem 09 anos, um bom tempo já, né... Aí é isso, no começo eu não queria aceitar, não queria vir, eu dizia, “Ai meu Deus, o que é que eu vou fazer?”, aí falaram em transplante pra mim, eu não queria, foi uma loucura. Aí depois eu coloquei na minha cabeça, “Não, eu vou ter que superar isso aí”. Eu não quis o transplante porque era o meu irmão que ia me doar, aí eu fiquei com aquela impressão que ia fazer falta pra ele, mas depois não, a gente foi pra uma palestra, eles explicaram tudinho, que não tem nada a ver, aí agora eu só tô esperando resolver esse problema dessa vesícula, que eu acho... Eu acho não, eu vou fazer esse transplante. Ele é 100% compatível comigo, deu as linhas cruzadas, tudo, ele já fez todos os exames, a parte dele tá fechada, ele tá só me esperando. Aí agora eu vou levar a sério e vou fazer, chega já, eu decidi fazer. (Usuária 04).

Após alguns anos recusando o transplante renal e um período considerável no qual encarava o tratamento hemodialítico como uma tortura, a usuária modificou o seu posicionamento quanto à assistência recebida, no que foi auxiliada pelo vínculo afetivo estabelecido com os profissionais do serviço, reconhecendo a importância do apoio ao seu esforço, dando um sentido diferente às práticas de cuidado e à própria forma de encarar a doença, mas ainda sem chegar a considerar que todo esse processo se deu em grande parte como mérito pessoal dela própria.

Em resposta à Pergunta V (Que tipo de benefício ou de ajuda pra você e pra sua saúde você acha que teve a partir desse cuidado recebido, pelo psicólogo e demais profissionais? Você se sentiu sendo cuidada?), a usuária posicionou-se dessa maneira.

Olha, eu me senti cuidada sim, pra mim foi tudo... Porque do jeito que eu tava querendo fazer, eu acho que essa hora eu não tava nem aqui mais... Pra mim foi tudo, foi muito importante. Tipo assim, né, eu aceitei meu problema... Eu sentia que eles tinham assim um cuidado comigo, todos eles. (Usuária 04).

O sentido dado ao cuidado recebido reflete para a usuária a causa maior daquilo que a estimulou a superar as suas resistências terapêuticas, a partir da ação profissional vista como um todo absoluto, como o vetor fundamental para o sucesso do tratamento especializado (ver a esse respeito discussão à p. 101-103, na categoria sofrimento e crise do usuário, acerca da possibilidade de estigmatização do renal crônico e do reforço às vezes velado de uma sua dependência, adquirida em relação à equipe de saúde cuidadora).

Por fim, a usuária 04, sempre elogiando os profissionais da equipe de saúde, expressou um posicionamento quanto ao sistema de saúde, ao responder à pergunta IX (Você tem algum aspecto dificultador a falar sobre esse atendimento, tratamento, cuidado aqui dentro do SUS, de todos esses profissionais que lhe atenderam, você tem um ou mais exemplos de dificuldades, de problemas que ocorreram com você aqui?). Os dificultadores existentes foram atribuídos pela usuária não aos profissionais das equipes, mas a questões como falta de material, leitos e medicamentos nos serviços da rede, marcando uma crise no sistema de saúde como um todo, tanto público quanto privado.

Com os profissionais não, nenhum. Do hospital sim, uma vez faltou material, né, sempre falta assim a agulha certa, uma vez colocaram uma agulha mais fina do que essa que tá aí hoje, isso aí deu o maior problema, inchou o meu braço ficou desse tamanho assim, enorme... São coisas assim que a gente lamenta, né. Agora nunca mais aconteceu nada disso, graças a Deus, e também porque eu não reclamo de nada, né, por exemplo, não tem a almofada da cadeira, pode pôr um lençol, não tem problema pra mim. Aí às vezes não tem gaze, esparadrapo, essas coisas que acontecem, né, que não é só aqui, eu acho que em todo lugar tá acontecendo isso, até no plano de saúde, que é pago, uma vez eu fui levar o meu sobrinho lá, não tinha nem leito pra ele ficar, ele ficou lá numa cadeira esperando desocupar... Aí eu fiquei pensando “Ah, então eu não tenho motivo pra reclamar do Hospital, porque até no plano de saúde que é pago tá acontecendo essas coisas”, eu tive que comprar o remédio pra ele, porque não tinha lá, então a saúde tá em crise, né, mas Deus o livre, eu tô sendo bem atendida. (Usuária 04).

A usuária 04 afirma em seu discurso que não é de reclamar do atendimento por ela recebido e nem tem queixas dos profissionais que cuidam dela, pois no serviço de diálise ocorrem apenas alguns problemas menores como falta de agulhas, gaze e esparadrapo, por exemplo, mas ela própria já presenciou deficiências até mesmo em serviços privados de saúde, como falta de leitos e remédios, atendimento precário ao usuário feito em cadeiras, e por tal motivo não atribui nenhuma dificuldade maior relacionada ao Hospital público no qual realiza seu tratamento, mesmo reconhecendo a crise na área da saúde.

Não obstante, pode-se ver como são diferentes os caminhos, os posicionamentos e os desfechos relativos a cada usuário do SUS, quando considerados em suas particularidades, com histórias de vida diversas e quase sempre tortuosas na busca por uma condição de saúde melhor, mas que às vezes encontram sentidos positivos.

Assim, o posicionamento da usuária 04 quanto ao próprio percurso no sistema de saúde é o de julgar receber um cuidado dentro dos padrões da integralidade em rede, já que ao longo deste trabalho se viram os sentidos atribuídos pela mesma, ao considerar as suas demandas atendidas no serviço onde se encontra vinculada, ao qual recorreu para atendimento de urgência, agendamento de cirurgia de vesícula e preparação para o transplante de rins, além do tempo prolongado de tratamento especializado e de referência para pacientes renais.

Diferente é o caso do usuário 05. Como vimos nas categorias anteriores, este usuário apresenta em seu discurso uma posição de paciente psiquiátrico com histórico de crises de delírios e alucinações, e duas tentativas de suicídio, sendo uma delas dentro da internação na ala psiquiátrica do Hospital que foi tomado como ponto de referência para esta pesquisa. Seus posicionamentos refletem a dificuldade em exercer plenamente os direitos de escolha quanto à sua saúde, com consequências muito complexas ao sujeito no enfrentamento da doença.

Na resposta dada à pergunta I (Experiência de atendimento dentro do SUS, passando pelo Hospital, e depois que saiu de alta, dentro da rede de saúde), o usuário 05 expôs uma dessas situações resultantes de suas posições e escolhas.

Depois da minha primeira alta, passou mais ou menos um ano, e nesse tempo eu parei de tomar a medicação, porque eu quis mesmo, sabe. E esse foi meu erro... Porque passou um tempo e eu fui entrando em surto, foi me dando as crises, e dessa vez eu queria agredir o meu pai, eu sentia vontade de bater nele, só que eu entrei em desespero porque eu não queria fazer aquilo, foi quando eu tentei o suicídio, de novo... Aí eu voltei a ser internado agora por causa de suicídio, foi a segunda vez, né, e da mesma maneira, enforcamento... Eu vim, fiquei quase um mês, saí de alta, fui pra casa, fiquei em casa dois dias, eu acho, e depois deu vontade de eu agredir o papai de novo, mas deu vontade mesmo, aí me trouxeram de volta pro Hospital, outra vez. Aí a mamãe veio ficar comigo a terceira vez, eu fui melhorando, melhorando, e saí de alta, e agora depois dessa terceira internação eu tô melhor, tô me sentindo bem melhor. Eu vou ficar sendo acompanhado no Ambulatório, e continuar tomando as medicações, não vou parar mais não... (Usuário 05).

Segundo o usuário, a suspensão do tratamento medicamentoso por conta própria causou uma cadeia de fatos interligados, gerando a consequência de ter entrado em crise cerca de um ano depois, quando tentou agredir o seu pai e após cometeu a sua segunda tentativa de suicídio (a primeira tentativa foi dentro do Hospital, narrada neste estudo na análise da categoria sofrimento e crise do usuário, p. 93-95).

Após quase um mês hospitalizado, recebeu alta e voltou pra casa, mas outra vez buscou a agressão violenta contra seu genitor, quando foi novamente internado, pela terceira vez, e nessa oportunidade sentindo-se bem melhor na sua saída, quando no dia seguinte à alta hospitalar definitiva, participou desta pesquisa como entrevistado, de forma bem articulada e sem qualquer problema quanto ao seu discurso sobre os temas tratados.

O usuário 05 referiu na ocasião da entrevista a firme convicção de desta vez seguir com as prescrições medicamentosas, a fim de evitar crises futuras, as quais desestabilizariam novamente a sua vida emocional, social, profissional e familiar, afetando seus sentimentos e sua subjetividade.

Quando perguntado se havia sentido um cuidado proporcionado pela equipe de saúde durante a sua internação, em resposta à pergunta V (Que tipo de benefício pra você e pra sua saúde você acha que teve a partir desse cuidado psiquiátrico e psicológico, e dos demais profissionais que você recebeu? Você se sentiu sendo cuidado?), expressou assim o seu posicionamento quanto a práticas de cuidado integral obtida.

Não, não senti. Eu não me senti cuidado aqui. Eu me senti cuidado pela minha família, pela minha mãe. Nos serviços de saúde não. O que me ajuda lá é... A medicação, só. (Usuário 05).

O posicionamento do usuário foi o de não se sentir cuidado em suas internações, encontrando o verdadeiro ato de ser cuidado somente em sua casa, por seus pais e irmão. Para ele, a única coisa que fazia algum sentido nos serviços de saúde, principalmente os espaços hospitalares, era a medicação, a qual lhe trazia melhora dos sintomas e saída da crise e do sofrimento.

Diante disso, buscou-se saber se em outros locais da rede o usuário já havia se sentido acolhido, ou se o sentido do não-cuidado ocorria em relação aos serviços de saúde em geral, e somente em casa com a família encontrava as condições para o seu cuidado integral.

Em sua resposta à pergunta VII (O atendimento que você recebeu, em todos esses serviços que você passou, estava dentro do que você queria, do que você esperava, dentro do que você acha que merecia? Você teve as suas expectativas atendidas em relação a essa rede de serviços, e você teria algum exemplo pra falar sobre isso?), o usuário 05 posicionou-se tanto nas suas idéias quanto ao sistema de saúde, quanto a práticas de cuidado integral.

O melhor atendimento que eu tive foi com a psicologia, né, mas fora das internações. Dentro das instituições psiquiátricas, todas as internações foram traumáticas, essa última foi traumática também, mas menos que as outras, entendeu... Aqui na internação, com a psicologia, às vezes me aliviava conversar, mas parece que as pessoas não enxergam tão bem como o meu psicólogo que eu tive... A expectativa da gente acaba tendo uma resposta, de uma forma ou de outra, mas o serviço público, na verdade, não é bacana. Quando a gente procura um profissional fora da área da saúde pública, a gente consequentemente se sente mais à vontade, porque parece que o profissional ele te atende com mais zelo, com mais respeito, até. (Usuário 05).

O usuário 05 não sentia um cuidado integral à sua saúde dentro das internações nas instituições psiquiátricas, principalmente no serviço público, onde acabava tendo uma resposta no tratamento, mas onde também atribuía sempre um sentido traumático às hospitalizações, de forma que não conseguia ver a assistência na saúde pública como um fator positivo, mas como um dificultador das condições de recuperação.

No discurso do usuário, um melhor atendimento era encontrado no sistema de saúde privado, onde se sentia mais à vontade com os profissionais, identificando nesses casos uma forma de atender mais acolhedora, com mais zelo e mais respeito ao sujeito. A posição traumática atribuída pelo participante às suas internações corroboram o sentido dado ao não-cuidado, à ausência de um componente de integralidade do cuidado aos usuários da rede de saúde, portadores de sofrimento psíquico e submetidos aos tratamentos psiquiátricos.

E finalmente, quando respondeu à pergunta X (Disso tudo que você falou, você gostaria de acrescentar mais algum comentário, mais alguma opinião sobre o que você já disse, ou dizer mais alguma coisa que eu não lhe perguntei, mas você quer deixar registrado sobre essas suas experiências dentro dos serviços de saúde? Você quer dizer mais alguma coisa?), o Usuário 05 espontaneamente demonstrou um posicionamento muito pessoal acerca do sistema de saúde, afirmando que deveria haver investimentos na melhoria do atendimento.

Eu acho que tinha que ter uma revolução nessas provas de concurso... Devia ter tipo uma questão assim pra quando as pessoas vão querer entrar pra saúde no serviço público... Valorizar mais o lado humano, sei lá, das pessoas... Porque assim fica mais fácil, né, do doente se recuperar, entendeu... Investir nas pessoas, cursos na escola de governo... Tem várias opções pra pessoa fazer... Melhorar o atendimento... Falta só boa vontade. (Usuário 05).

Na opinião do usuário 05, para melhorar o atendimento dentro da rede pública de serviços de saúde seria necessário haver maior investimento nos profissionais e em sua formação, o qual depende apenas da boa vontade governamental e também de uma revolução nas profissões envolvidas, fazendo avançar a verificação do perfil pra quem deseja entrar na área da saúde, testar melhor as pessoas, preparar melhor, pois assim seriam criadas mais opções para a valorização do ser humano, e haveria mais facilidade em atuar para a recuperação das pessoas adoecidas.

Portanto, vimos nesta pesquisa o quanto a perspectiva específica do usuário dentro da rede de saúde ainda precisa ser avaliada como um saber sobre si próprio baseado não no conhecimento técnico nem acadêmico, e nem mesmo a partir das políticas públicas, mas sim das demandas do sujeito, de sua verdade, linguagem, do seu corpo e sentimentos. Para que o cuidado ocorra, são fundamentais as concepções sobre a integralidade das práticas em saúde.

Macedo e Dimenstein (2011) apontam nas práticas de cuidado no âmbito do SUS duas concepções do cuidado à saúde, uma como forma de intervenção especializada, baseada no saber instrumental, colocando o profissional numa posição de hierarquia e definição de rotinas como a melhor forma de condução do cuidado para com o outro, não respeitando o direito de escolha e os posicionamentos dos usuários.

E uma segunda, na qual as práticas se apoiam na reflexão sensível, na postura acolhedora e principalmente na responsabilização para com o outro, em uma produção pautada no exercício ético-político do encontro entre equipe-serviço-comunidade-usuário, respeitando as posições assumidas pelos indivíduos e as suas demandas em saúde. (Ibid.).

Cecílio (2006) pontua que para se pensar em uma dimensão acolhedora do cuidado ao usuário, pautada na lógica da integralidade da atenção, é necessário pensar em novas maneiras de realizar o trabalho em saúde, pois a integralidade não se realiza nunca em apenas um serviço, o cuidado integral do ser humano é um objetivo de rede.

Por exemplo, um episódio de internação hospitalar pode ser uma situação privilegiada para se estabelecer vínculos, mesmo que temporários, e se trabalhar a construção da autonomia do “paciente”. O atendimento em um serviço de emergência pode ser um momento crucial para a escuta da necessidade de consumo de certas tecnologias para melhorar e prolongar a vida e que estão disponíveis em outros serviços e não naquele pronto-socorro. Um paciente hipertenso, que esteja sem seguimento contínuo ou vínculo com um serviço ambulatorial, não pode deixar o pronto-socorro sem essa orientação, e de preferência, sair com uma consulta marcada. Uma consulta médica, por mais especializada que seja, não pode deixar de fazer uma certa escuta de outras necessidades do paciente que vão além da demanda “referenciada” que traz ao consultório. A intervenção do especialista não pode alcançar sua eficácia plena se não tiver uma boa noção do modo de andar a vida do paciente, inclusive seu vínculo com outra equipe ou profissional, seu grau de autonomia e a interpretação que faz de sua doença. (CECÍLIO, 2006, p. 119).

Para Lamas, Calvo e Freitas (2012) as mudanças nos serviços de saúde para ampliação do ato de cuidar passam, também, pela formação de profissionais críticos e reflexivos sobre a realidade social, os quais aprendam a lidar com saberes integrados dentro das equipes e dos serviços, alinhando o individual ao coletivo, o técnico ao subjetivo. Esses elementos inerentemente humanos são necessários para desenvolver habilidades e despertar capacidades no agir, refletir, e saber colocar-se na situação do usuário.

E mesmo já se conhecendo hoje as necessidades de trabalhadores e usuários para a melhoria das condições do cuidado nos serviços e redes de saúde, mesmo com as declarações de intenção já vistas, e até com as propostas formais existentes, a mudança na realidade das unidades de atenção vai para além das políticas, instâncias e estruturas, passando pela legitimação social de todos os atores envolvidos (governo, profissionais, usuários), na reformulação da formação profissional, das ações e políticas públicas, e das práticas em

saúde, que apesar de todo o conhecimento acumulado, ainda não estão ocorrendo na atualidade (Ibid.).

Nos contextos verificados neste estudo, as práticas discursivas dos usuários entrevistados nos relatam, predominantemente, situações de desrespeito e de uma prática em saúde que não tem como meta maior levar em consideração o que diz, pensa e sente o sujeito, mas continua a ser conduzida por esquemas de prescrições. O diálogo é substituído pelo comando, o posicionamento do sujeito é ignorado ou tratado como secundário. Em alguns casos, o usuário está tão condicionado por essa lógica, que continua agradecendo mesmo quando o cuidado recebido não modificou em nada a sua situação.

E ainda, o usuário precisa travar uma batalha individual para ter as suas necessidades contempladas. Mesmo contando com um número reduzido de participantes, representando apenas um pequeno recorte neste universo enorme que é o SUS, a prática de não-escuta das demandas concretas dos usuários aparece como maioria nos sentidos referidos pelos sujeitos aqui entrevistados, no atendimento recebido dentro da rede de serviços em saúde.

Os resultados são o sofrimento aumentado ou mantido, o acesso à assistência dificultado, a trajetória sinuosa em busca do atendimento que os contemple, e os seus posicionamentos desrespeitados pelas práticas de saúde vigentes no modelo biomédico atual.

Assim, o direito de escolha, a perspectiva de sofrimento e dificuldades comuns aos usuários, na forma como se relacionam com o SUS, na maneira como dão sentido à experiência na lógica das relações com os serviços e com os profissionais, fazem com que as críticas apareçam lado a lado aos elogios.

Os vínculos formados e lembranças boas aparecem ao mesmo tempo com reclamações e experiências traumáticas ou muito ruins em certos serviços, ou com certos profissionais, ou em certas ocasiões. Não há, portanto, uma linearidade regular no atendimento em saúde.

Há sempre uma verticalidade na combinação do sofrimento, da falta de estrutura encontrada, e do descaso de diversos profissionais no cuidado ofertado, mostrando “buracos” na rede e deficiências no sistema de saúde.

Ainda que existam, por outro lado, alguns fatores positivos em certos contextos de alguns serviços, onde a questão do posicionamento e das práticas individuais quando juntadas na equipe de saúde podem fazer diferença ao usuário, mostrando a importância da prática profissional conectada com os princípios da integralidade do cuidado em rede.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fazendo uma reflexão crítica nesta pesquisa sob a ótica da psicologia social, na interface entre psicologia social da saúde e saúde coletiva, nosso intuito foi analisar o sistema público de saúde a partir do discurso de seus usuários. A abordagem metodológica utilizada foi a do construcionismo social. O objetivo último e maior de todas essas disciplinas é o de contribuir para a transformação social, neste caso pela proposição de mudança nos modelos utilizados nas práticas em saúde.

Pensando nisso, abordamos neste estudo os sentidos dados pelos usuários do SUS ao adoecimento e à saúde, ao sofrimento enfrentado, às crises ocorridas nas trajetórias de cada um, as discriminações existentes, os problemas e as dificuldades encontradas, mas também as inserções sociais de enfrentamento, os recursos utilizados frente às adversidades, os posicionamentos e resolutividades criadas para o alívio do sofrimento, as tentativas de superação da doença e a busca incessante do acesso aos serviços de saúde.

A pesquisa se deu pela iniciativa do profissional-pesquisador diretamente em seu campo de prática, produzindo o conhecimento a partir do Hospital onde atua como psicólogo, porém utilizando esta instituição como ponto de referência para analisar as práticas de saúde no SUS, mas aqui através do discurso dos usuários e no sentido dado por eles à integralidade do cuidado em rede.

A proposta do estudo foi, então, a investigação com usuários do SUS a partir de um hospital público, mas incluindo também os discursos dos participantes nos aspectos por eles encontrados na rede de saúde, ou seja, focalizando as experiências dos indivíduos tanto na atenção hospitalar, onde foram localizados inicialmente, quanto por seus relatos em outros serviços utilizados antes e depois de passarem pelo hospital.

Portanto, adotando na pesquisa a interface entre psicologia social da saúde e saúde coletiva, os sentidos e as práticas discursivas dos usuários foram aqui tomados na perspectiva da integralidade do cuidado em rede, para verificação crítica do atendimento do usuário e das práticas de saúde atualmente adotadas nos serviços do SUS, contextualizando o sistema de saúde em geral a partir do sentido obtido nas falas dos usuários.

Dentro de uma relação dialógica e compartilhada, com posicionamentos tanto do usuário-participante quanto do pesquisador, se quis obter no próprio ato da pesquisa uma interação entre o sujeito-pesquisador e o sujeito-pesquisado na produção dos sentidos discursivos, com a intenção final de contribuir para a reflexão acerca do sistema de saúde e

das questões institucionais, políticas e governamentais envolvidas no processo saúde-doença e nas ações de saúde ofertadas aos usuários.

Na análise de dados se identificou três categorias com aspectos importantes para a análise crítica do SUS, a partir do próprio discurso dos sujeitos entrevistados. 1) Sofrimento e crise do usuário em função da doença. 2) Acesso e trajetória na rede de saúde. 3) Posicionamentos sobre as práticas de cuidado integral em rede.

Os resultados apontaram evidências acerca do SUS quanto a caminharem lado a lado na rede de serviços as tensões existentes no cuidado aos usuários dentro das práticas de saúde atualmente adotadas, visualizadas nas facilidades e dificuldades relatadas pelos participantes da pesquisa. Elogios fervorosos e críticas demolidoras aos profissionais dos serviços e à estrutura do sistema de saúde foram observados ao longo das entrevistas.

Situações inaceitáveis foram expostas, como histórias de usuários que ficam longos períodos percorrendo as unidades de atendimento apresentando sofrimento evidente, acessando vários serviços sem obter a assistência. Em outros casos, conseguindo o acesso ao cuidado somente com a ajuda de parentes e amigos, e ainda assim sem uma resolutividade ao seu caso. Com frequência os usuários não sabem dizer qual a causa do seu problema de saúde, mostrando desconhecimento sobre o(s) diagnóstico de sua(s) doença(s).

A falta de sensibilidade na condução do atendimento é outra das queixas veementes dos usuários, assim como a espera longa por agendamentos espaçados demais de exames e consultas, ou a demora em demasia dos resultados de exames, ou ainda a indiferença para com as demandas dos pacientes, a consulta rápida demais, a deficiência de encaminhamentos a outros profissionais, equipes e / ou unidades, a falta de leitos nos hospitais, a alta hospitalar sem solução da situação do usuário e sem considerar a sua possibilidade de escolha, as filas, a superlotação e a carência de boa infraestrutura nos serviços de saúde.

O acesso difícil e o referenciamento irregular entre os serviços surgiram no discurso dos usuários como uma das grandes dificuldades do SUS para se conseguir obter o atendimento, a internação ou o procedimento, afetando a continuidade do tratamento e a sequência do cuidado na rede, e comprometendo a resolutividade das consultas e exames, procedimentos e internações, tendo como uma de suas resultantes a baixa eficiência em resolver o problema dos usuários, em fornecer um diagnóstico, em esclarecer a causa de um problema de saúde, ou ainda simplesmente de informar o sujeito, de estimular o seu empoderamento quanto aos seus problemas, seus direitos, suas opções.

O continuum do cuidado na rede de saúde, passando pela co-responsabilidade entre a rede básica e a rede hospitalar, por exemplo, e o imperativo de que tais serviços estejam

organizados em um fluxo capaz de satisfazer as demandas por uma atenção integral à saúde no atendimento prestado, apresentam deficiência quanto à concretização cotidiana na rede, quando tais demandas são atendidas apenas parcialmente, com espera, sofrimento, expectativa e risco. A relação necessária de continuidade e complementariedade entre os vários serviços e unidades da rede de saúde apareceram no discurso dos usuários com problemas na qualidade do cuidado recebido, variando bastante de acordo com o local onde foram atendidos.

Os participantes da pesquisa em vários momentos deram indicações do quanto é sofrido para o usuário a busca pela assistência na rede de saúde, o que acaba gerando mais problemas ainda ao cidadão comum, em função da instabilidade encontrada no atendimento em cada serviço, do foco na realização de exames e procedimentos, das questões logísticas envolvidas na busca pelo alívio dos sintomas, nas consequências sociais relacionadas à doença / crise e no sofrimento causado ao usuário do SUS por todo um contexto de desigualdade social.

O fato de certos usuários acessarem várias unidades da rede antes de conseguirem ser atendidos, demonstra na prática que estes serviços não funcionam como pontos de acesso ou “portas de entrada” da rede de saúde em qualquer lugar, pois o usuário obtém o atendimento somente em alguns locais da rede, enquanto em outros o acesso termina não se efetivando.

O encaminhamento dos usuários a outros serviços da rede de saúde, seja para unidades hospitalares ou da rede básica, ou atendimento especializado, não ocorre com regularidade. Este referenciamento dos pacientes a outros locais do SUS fica totalmente a critério das equipes de saúde, podendo ser obtido adequadamente, apenas parcialmente, ou pode mesmo não ocorrer, em vários momentos. E mesmo quando o encaminhamento é realizado, não há garantia do acesso ao atendimento efetivo no serviço, que pode também não acontecer.

Segundo os usuários, há uma demanda enorme de pessoas para serem atendidas nas unidades do SUS, comprometendo a eficiência no tratamento, causando superlotação e fazendo o usuário esperar muito tempo, chegando a considerar essa espera como normal, existindo um tempo de espera por exames e consultas que pode variar entre dias, semanas e meses, o usuário podendo chegar a aguardar entre 01 mês e 03 meses para realizar um exame, e de 01 até 06 meses para obter uma consulta especializada.

A espera pode se dar também em relação aos leitos hospitalares, os quais podem não estar disponíveis no momento da necessidade de internação por adoecimento. Por outro lado, pode se dar também uma rotatividade do usuário do SUS entre os leitos da rede pública e os leitos da rede privada conveniada, a qual tem origem na superlotação de certos setores hospitalares, em função da grande demanda existente.

Portanto, alguns dos problemas que mais apareceram nos relatos sobre as deficiências da rede de saúde feitos pelos usuários nesta pesquisa foram as filas, a grande demanda e a superlotação dos serviços, o grande tempo de espera e a incerteza quanto aos bons resultados do tratamento, a demora em agendar consultas e receber o atendimento, dificuldades para realizar exames e obter diagnósticos de doenças, o não recebimento de encaminhamentos referenciados para outros serviços da rede, a não garantia de atendimento mesmo quando ocorre o encaminhamento, a insuficiência de leitos hospitalares, enfim, o sofrimento do usuário e os obstáculos que precisa enfrentar para conseguir o acesso, o acolhimento, o uso efetivo, o tratamento continuado, a assistência com eficiência dentro das unidades do SUS, e a universalidade, equidade e integralidade do cuidado na rede de saúde.

Às vezes se pode verificar, por outro lado, que o tratamento dos sujeitos nas redes de atenção à saúde, mesmo quando não é experimentado de forma tão negativa pode vir a provocar impactos e mudanças significativas nas histórias de vida, ou mesmo uma sensação de impossibilidade em lidar com a doença e os procedimentos a ela associados, causando assim uma não aceitação da condição atual e da terapêutica proposta, ainda quando esse quadro inicial da doença possa vir a ser modificado depois, porém não sem crises, sofrimentos e percalços, todos consequentes ao enfrentamento das situações de adoecimento.

O posicionamento dos usuários é o de que as coisas são bem difíceis no enfrentamento das doenças, gerando às vezes desespero e medo, mas ao mesmo tempo exigindo recursos pessoais para encarar os obstáculos do SUS, e também o aprendizado até a aceitação da doença, com riscos de óbito, desistência do tratamento, tempo demorado de recuperação, mudanças de humor e necessidade constante de cuidado para a superação da enfermidade.

Há um sentido de aflição inscrito repetidamente nas falas dos usuários, traduzindo certa indiferença nos serviços de saúde com as suas histórias pessoais, demonstrando uma ausência de foco na subjetividade dos sujeitos, num viés da competência dos serviços e dos profissionais medida mais na realização do trabalho técnico, com as práticas de saúde por vezes produzindo sofrimento nos usuários, ao invés de ofertar um cuidado integral.

Por outro lado, existiram também os relatos de vínculos, de amizades que nasceram dentro dos serviços de saúde, da gratidão em função de uma vida salva, do procedimento bem realizado, da atenção especial recebida, do cuidado personalizado obtido, da “segunda família” considerada nas relações entre usuário-profissional, no olhar acolhedor e na postura agradável, várias vezes encontrados nos caminhos trilhados pelos usuários.

O reconhecimento do usuário quanto ao cuidado recebido às vezes apareceu sem estar associado a críticas, mas sim com elogios ao trabalho das equipes de saúde. Surgiram então

aspectos favoráveis nos relatos dos indivíduos quanto ao acesso, ao uso efetivo da assistência, e ao sentimento de acolhimento nos serviços da rede de saúde. Um dos sentidos de adequação dado aos cuidados ofertados na rede ocorreu principalmente quando o usuário se vinculou a uma unidade e a uma equipe de referência em um serviço especializado, por exemplo. Essa vinculação ao serviço e à equipe pôde lhe facilitar o acesso ao atendimento emergencial, em certos casos, ou o encaminhamento a outras unidades especializadas, quando necessário.

Desse modo, analisar a diversidade de sentidos e trajetórias dos usuários do SUS significou refletir sobre os posicionamentos diversos e as relações entre as pessoas em seus múltiplos atravessamentos, tentando apreender o mundo do sujeito e as suas práticas discursivas, na interface com as questões ligadas às políticas públicas e ao sistema de saúde.

Utilizar a abordagem crítica da psicologia social tendo como aporte teórico o construcionismo social representou também adotar um posicionamento crítico e dialógico quanto às questões institucionais e governamentais envolvidas, os processos de trabalho no SUS, as demandas sociais, políticas e históricas que estão por trás do tema saúde-doença, permeando a vida através do campo da saúde, produzindo sujeitos e subjetividades.

Em nossa relação com a perspectiva do usuário e sua linguagem dentro do universo do Sistema Único de Saúde, privilegamos o olhar quanto à integralidade do cuidado na atenção à saúde em rede, e nos encontros com os entrevistados buscando as evidências de pesquisa, sim, mas principalmente a versão do indivíduo comum que estava sendo atendido na rotina dos serviços, em toda a sua potencialidade ao empoderamento como possibilidade de *transformação*, mesmo que esta empreitada possa ter os seus limites, o de contribuir para a *reflexão crítica* sobre o campo da saúde e suas práticas coletivas, mais do que afinal *modificá-las*.

No entanto, através de nossa inserção no próprio campo de prática (o hospital) para a produção do conhecimento, tentamos compreendê-lo em suas articulações com os demais serviços da rede de saúde. E no posicionamento teórico-político-científico-técnico aqui tomado, procuramos mostrar a perspectiva do usuário do SUS, demonstrando no seu discurso o sentido que é dado à vida, à saúde-doença, às relações sociais, às histórias individuais, pensadas no universo dos micro-processos para estendê-las aos macro-processos, quem sabe lançando sementes para futuras mudanças nas práticas de saúde, apostando em um reordenamento das políticas públicas, quiçá na direção das demandas coletivas e sociais, mais do que nas exigências mercadológicas-capitalistas.

O olhar e o fazer voltado ao usuário do sistema de saúde pressupõem, sobretudo, uma postura ética e reflexiva pautada na crítica à manutenção das desigualdades sociais, as quais por sua vez têm sido mantenedoras dos privilégios e monopólios históricos vistos em nossa

realidade social, na qual *o sujeito legítimo de direitos não vem sendo incluído plenamente no seu direito à saúde e à liberdade de escolha*, daí a importância da existência das redes de relações sociais, por um lado, e o funcionamento o mais adequado possível das redes de assistência à saúde da população, por outro, com efeitos no seu cotidiano e aperfeiçoamento nas tecnologias do cuidado, pautadas na perspectiva da integralidade e do cuidado acolhedor.

Tal discussão passa necessariamente pela consideração de que a rede de saúde pode e deve ser acessada pelo usuário em qualquer ponto. Seja no hospital, em outros serviços e unidades especializadas, seja na atenção básica, ou nos serviços ditos de saúde mental, ou ainda nas unidades de saúde da família, e nos núcleos de apoio à saúde da família - NASF.

Porém, a rede de saúde física e concreta, aquela dos serviços e das unidades projetadas, é efetivamente ativada pelos usuários e trabalhadores nas ações do cotidiano, quando ocorre a busca pelos serviços, sendo esta a rede viva por excelência, quando acionada e utilizada dentro das relações de cuidado, podendo-se também denominá-las de redes de relações, que entram em funcionamento a partir das pessoas, dos usuários e profissionais, gestores e fornecedores, estudantes e educadores, comunidade e população em geral.

Essas redes informais, então, podem ser constituídas entre os profissionais de saúde, nas ações de educação permanente (cursos, oficinas, supervisões) ou nas formas de gestão (linhas de cuidado, serviços substitutivos) com ampla divulgação a todos e entre todos os atores envolvidos. As redes sociais são outra forma importante de constituição informal das redes de serviços, e podem acontecer por iniciativa dos próprios usuários, centros comunitários, igrejas e coletivos diversos, mas também através de parcerias com empresas públicas e privadas, entidades beneficentes, filantrópicas, não-governamentais, etc.

Portanto, torna-se fundamental o diálogo e a relação entre os diferentes atores, e entre as diversas unidades, cada uma com seu nível específico de conhecimento e resolutividade, mas obedecendo aos mesmos princípios ao estabelecer *a vida como prioridade*, recuperando os princípios do Sistema Único de Saúde, a universalidade, a equidade e a integralidade.

No princípio da universalidade (a rede de serviços deveria poder ser acessada em qualquer ponto, a partir de qualquer porta de entrada, em qualquer unidade do SUS), cada profissional ou serviço da rede devendo-se responsabilizar em prestar a melhor assistência possível, referenciando os casos necessários, e acompanhando o seu desfecho, garantindo assim o direito à vida.

Respeitar-se ia então, com essas práticas em saúde privilegiando a vida do usuário acima de tudo, o princípio da equidade (todos os usuários, mesmo quando considerada a sua condição desigual, quanto aos aspectos sociais, culturais, econômicos, etc., teriam que ser

tratados com igualdade dentro da estrutura disponível de assistência à saúde). Atendimento e cuidado integral em qualquer lugar, igualmente ofertado a qualquer um.

Assim, seria também contemplado o princípio da integralidade (qualquer demanda do usuário tendo que ser atendida nos serviços de saúde, mesmo aquelas não inicialmente previstas, consideradas como demanda espontânea, e mesmo se verificada a ausência de doenças orgânicas, considerando o conceito ampliado de saúde). Ou seja, o atendimento deveria e poderia ser realizado em qualquer caso, e outros serviços da rede deveriam ser imediatamente acessados, quando e sempre que necessário.

Esse é o SUS ideal. E essas são as práticas de saúde desejadas e / ou assumidas quando se considera a ação e a concepção de saúde sobrepostas (e aqui adotadas), de transformação, mudança, modificação social, coletiva, política, histórica, científica. *Modifica-ação*. Seja pela pesquisa, pela reflexão crítica, na contribuição teórica e técnica, no chamado à mobilização, no movimento de conscientização, no redimensionamento das práticas em saúde, mas principalmente no cuidado prestado, permanentemente, no cotidiano dos serviços de saúde.

Espera-se aqui ter chegado, pelo menos parcialmente, a contribuir para o campo das práticas em saúde com esta pesquisa, pois pensamos que mesmo quando os resultados forem modestos, se a causa e os objetivos eram justos e valorosos, o percurso terá valido a pena, ainda que contenha as imperfeições e incompletudes por acaso existentes.

Ao analisar a diversidade de sentidos e relações que emergiram da perspectiva dos usuários do SUS, chegamos neste estudo necessariamente na reflexão quanto às deficiências estruturais e de gestão, do descompasso entre as políticas governamentais e a legislação, da insuficiência dos aportes institucionais e de financiamento, das ações e processos de trabalho inadequados nos serviços, e das práticas em saúde (não) adotadas pelos trabalhadores. Esse campo discursivo reflete um posicionamento social, político, histórico e epistêmico aqui adotado, de reflexão crítica e contribuição teórica, com a intenção de contribuir para a mudança qualitativa dos modelos atualmente adotados no sistema público de saúde.

Podemos concluir, ao final deste percurso, que as questões de saúde-doença seguem permeando a vida diária através do espaço ocupado pelo campo da saúde junto aos cidadãos, produzindo sujeitos e subjetividades pautadas ainda no paradigma biomédico, no qual o sujeito de direitos no Brasil de hoje, mesmo legitimado por toda uma legislação e por um sistema de saúde implantado e funcionando há algumas décadas, frequentemente não consegue ter reconhecido os seus problemas e suas opções, ficando como que obstruído pelas práticas de saúde vigentes, para poder exercer um direito de escolha com autonomia.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, I. L. **Do signo ao discurso: introdução à filosofia da linguagem**. São Paulo: Parábola Editorial, 2004.
- ANGERAMI-CAMON, V. (Org.) **Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: Cengage Learning, 2009.
- _____. (Org.) **Novos rumos em psicologia da saúde**. São Paulo: Ed. Thomson Pioneira, 2002.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.16-29, 2004.
- _____. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v.14, n.8, p.73-92, 2004.
- BASTOS, A. V. B.; ROCHA, N. M. D. **Psicologia: novas direções no diálogo com outros campos do saber**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.
- BATISTA, M. N.; DIAS, R. **Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- BELÉM. Secretaria Municipal de Saúde (SESMA). **Rede municipal de serviços de saúde**. Disponível em: <http://www.belem.pa.gov.br/app/c2ms/v/?id=12>. Acesso em 16 de janeiro de 2014.
- BERNARDES, A. G. Psicologia e o sistema indivíduo de saúde. In: GUARESCHI, N. M. F. et al. (Org.). **Psicologia, formação, políticas e produção em saúde**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010. p. 206-220.
- _____; GUARESCHI, N. M. F. Práticas psicológicas: enfrentamentos entre saúde pública e saúde coletiva. **Estudos de Psicologia**, v.15, n.3, p.269-276, 2010.
- BERNARDES, J. S.; RIBEIRO, M. A. T. O Procedimento acima de qualquer suspeita. **Saúde e Transformação Social**, v.4, n.3, p.52-57, 2013.
- BORGES, C. F.; SOUSA, V. C. O psicólogo hospitalar brasileiro: uma visão da representação enquanto profissional. **Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde**, v.3, n.5, p.15-18, 2007.
- BORGES, L. O. (Org.). **Os Profissionais de saúde e seu trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Câmara dos Deputados, – 40. ed. Edições Câmara, 2013. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao1988.html. Acesso em 03 de janeiro de 2014.
- _____. Lei Orgânica da Saúde – LOS. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em 03 de janeiro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da educação na saúde. Departamento de gestão de educação na saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005.

BUCHER, J. S. N. F. Psicologia da saúde no contexto da saúde pública. In: YAMAMOTO, O. H.; GOUVEIA, V. V. **Construindo a psicologia brasileira: desafios da ciência e prática psicológica**. São Paulo, 2003. p. 213-239.

CAMARGO JÚNIOR., K. R. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro, 2005. p. 35-43.

_____; CAMPOS, E. M. S.; TEIXERA, M. T. B.; MASCARENHAS, M. T. C.; MAUAD, N. M.; FRANCO, T. B. Aspectos metodológicos da avaliação na atenção básica. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: 2006. p. 223-241.

CAMPOS, G. W. de S. (et al). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2.^a Ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

CARPIGIANI, B. **Lugares da Psicologia**. São Paulo, Vetor, 2008.

CARVALHO, D. B. Psicologia da saúde crítica no contexto hospitalar. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.33, n.2, p.350-365, 2013.

CASTRO, E. K.; BORNHOLDT, E. B. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.24, n.3, p.48-57, 2004.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: 2006. p. 113-126.

_____; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: 2005. p. 197-210. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/media/artigoruben1.pdf>.

CECCIM, R. B.; et al. Unidade de aprendizagem: análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Texto 6 – Malha de cuidados ininterruptos à saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da educação na saúde. Departamento de gestão de educação na saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005, p. 105-113.

_____; FERLA, A. A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: 2006. p. 165-203.

CHIATTONE, H. B. C. A significação da psicologia no contexto hospitalar. In: Angerami-Camon, V. A. (org.). **Psicologia da saúde – um novo significado para a prática clínica**. São Paulo, 2000. p. 73-165.

DACAL, M. D P. O. **Universidade Federal da Bahia: significados e sentidos das práticas psicológicas no contexto de um hospital geral: uma construção dos profissionais de saúde.** 2012. 214 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal da Bahia, Instituto de Psicologia, Salvador, 2012.

DANELUCI, R. C. Psicologia e saúde como campo de interrogações. **Revista Psicologia e Saúde**, v.5, n.1, p.18-24, 2013.

DIAS, A. C. G. **Psicologia e saúde: pesquisas e reflexões.** Santa Maria: Ed. da UFSM, 2009. 192 p.

DIMENSTEIN, M.; SANTOS, Y. F. Avaliação em serviços de saúde: o que pensam usuárias da rede básica de Natal. In: BORGES, L. O. (Org.). **Os profissionais de saúde e seu trabalho.** São Paulo, 2005. p. 69-89.

ESPINHA, T. G; AMATUZZI, M. M. O cuidado e as vivências de internação em um hospital geral, **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 24, n. 4, p. 477-485, 2008.

FERLA, A. A. Relatório de Pesquisa. **Incorporação da tecnologia de linhas de cuidado na saúde suplementar: análise multicêntrica de experiências no ciclo mãe-bebê e em saúde mental nas regiões norte e sul do Brasil a partir de marcadores selecionados.** Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde.** Rio de Janeiro, Ed. FGV, 2007.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.** Rio de Janeiro: 2006. p. 459-473.

_____; et al. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde. **Revista Atenção Primária em Saúde**, v.10, n.2, p.106-115, 2007.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 5ª. Ed. 1985.

_____. **Resumos dos cursos do Collège de France.** Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

_____. **A ordem do discurso.** São Paulo: Edições Loyola, 5ª. Ed. 1999.

_____. **A arqueologia do saber.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 7ª. Ed. 2008.

FRANCISCO, A. L.; et al. Cartografia de uma ação em saúde: o papel do psicólogo hospitalar. **Revista da SBPH**, v.12, n.1, p.113-134, 2009.

FRANQUES, A. R. M.; ARENALES-LOLI, M. S. (Org.). **Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade.** São Paulo: Vetor, 2006.

GELMAN, E. A.; REIS, K. C.; MATOS, R. L.; DAHIA, S. N. O. Educação na saúde e autogestão de coletivos: da incerteza da prática a autoanálise do trabalho em saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p.75-85, 2012.

GERGEN, K. O movimento do construcionismo social na psicologia moderna. **Revista Internacional Interdisciplinar INTHERthesis**, Florianópolis, v.6, n.1, p.299-325, 2009. (Originalmente publicado em 1985).

GIOIA-MARTINS, D. F. (Org.). **Psicologia e saúde: formação, pesquisa e prática profissional**. São Paulo: Vetor, 2012.

_____. Psicologia da saúde e hospitalar: um novo campo de atuação. In: CARPIGIANI, B. **Lugares da psicologia**. São Paulo, 2008. p. 169-186.

GUANAES-LORENZI, C. A construção do cuidado no diálogo entre usuários e profissionais de saúde. **Saúde e Transformação Social**, v.4, n.3, p.43-51, 2013.

GUARESCHI, N. M. F.; et al. (Org.). **Psicologia, formação, políticas e produção em saúde**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Quando a dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, 2006. p. 37-56.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, supl.2, p.331-336, 2004.

IBÁÑEZ, T. La Psicología Social como Dispositivo Desconstruccionista. In: IBÁÑEZ, T. **El conocimiento de la realidad social**. Barcelona, Sendai Editores, 1989, p. 109-133.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativa da População**. 2013. Acesso em 15 de janeiro de 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=150140&idtema=119&search=para|belem|estimativa-da-populacao-2013>.

ISMAEL, S. M. C. (Org.). **Temas de prevenção, ensino e pesquisa que permeiam o contexto hospitalar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

JACÓ-VILELA, A. M.; FERREIRA, A. A. L.; PORTUGAL, F. T. **História da psicologia: rumos e percursos**. 2ª. Ed. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2011.

JUSTO, J. S.; SANCHES, R. R.; ROZENDO, A. S. Psicologia e as tramas do social no contemporâneo. **Revista Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v.2, n.1, 2006, p. 32-46. Disponível em: <http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/ecos/article/view/812>. Acesso em 13 de janeiro de 2014.

KIND, L. Psicologia e saúde: a produção de estilos de pensamento. **Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online**, v.7, n.1, p.113-129, 2010. Disponível em: http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/latin_american/v7_n1/psicologia_e_saude.pdf. Acesso em 26 de novembro de 2013.

LAMAS, A. E.; CALVO, M. C. M.; FREITAS, S. F. T. A dimensão profissional na gestão das redes de cuidado: mobilizar saberes diante de novas atribuições. **Saúde e Transformação Social**, v. 3, n. 4, p.83-88, 2012.

LACERDA, A.; VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B.; LIMA, C. M. As redes participativas da sociedade civil no enfrentamento dos problemas de saúde-doença. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: 2006. p. 445-457.

LOPES, R. M.; L. M. V. SILVA; Z. M. A. HARTZ. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.2, p.283-297, 2004.

MACEDO, J. P. DIMENSTEIN, M. Psicologia e a produção do cuidado no campo do bem-estar social. **Psicologia & Sociedade**, v.21, n.3, p.293-300, 2009.

MARCON, C.; LUNA, I. J.; LISBOA, M. L. O psicólogo nas instituições hospitalares: características e desafios. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 24, n.1, p.28-35, 2004.

MATTA, G. C. Da doença renal ao renal crônico. **Revista Physis**, v. 10, n. 1, p. 65-100, 2000.

_____. Medicalização e gestão do cuidado em saúde. **Saúde e Transformação Social**, v.4, n.3, p.37-42, 2013.

_____. CAMARGO JUNIOR. K. R. O processo saúde-doença como foco da psicologia: as tradições teóricas. In: SPINK, M. J. (Org.). **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo, 2010. p. 129-174.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R.; Mattos R.A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, 2006. p. 39-64.

MEDICI, A. C. **Da atenção primária às redes de saúde: novos caminhos para a regionalização do SUS**. 2010. Disponível em http://monitordesaude.blogspot.com.br/2010/06/da-atencao-primaria-as-redes-desaude_19.html. Acesso em 17 de abril de 2012.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDONÇA, H. M. M. Práticas de avaliação e formação profissional em políticas públicas voltadas para consolidar a esfera pública no SUS. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: 2006. p. 151-164.

MERHY. E. E. **Universalidade, equidade e acesso sim, mas não bastam**. Mimeo. Apresentado na 5ª Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte, MG. Março, 1995. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-10.pdf>. Acesso em 04 de janeiro de 2014.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112.

_____. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro, 2005. p. 195-206.

_____. Integralidade: implicações em xeque. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. **Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade**. Rio de Janeiro, 2006. p. 97 - 109.

_____; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n.65, 2003, p.316-323.

_____; FRANCO, T. B. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro, 2005. p. 181-193.

MORAES, D. C. P. **Universidade Federal do Pará: as ouvidorias de saúde pública no Estado do Pará: uma relação dialógica entre governo, medicina e sociedade?** 2012. 103 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Belém, 2012.

MORAIS, C. A.; KOLLER, S. H. Serviços de saúde no Brasil: panorama das demandas e da acessibilidade aos serviços. In: DIAS, A. C. G. **Psicologia e saúde: pesquisas e reflexões**. Santa Maria, 2009. p. 139-159.

PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

PEREIRA, F. M. **Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ: a inserção do psicólogo no hospital geral: a construção de uma nova especialidade**. Rio de Janeiro. 2003. 104 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Curso de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde, Rio de Janeiro, 2003.

PEREIRA, S. S.; SANTOS, L. F.; ROSSI, V. E. C. Qualidade de vida dos pacientes em tratamento hemodialítico em uma cidade do interior de Minas Gerais. **Saúde e Transformação Social**, v.3, n.4, p.54-61, 2012.

PIANI, P. P. F. **Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: sobre a possibilidade de integração de saberes locais no SUS: um estudo sobre mangueiras na ilha do Marajó, Pará**. 2007. 229 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Instituto de Psicologia Social, São Paulo, 2007.

_____. **A Integralidade na saúde: ordenamento jurídico e desafios de implementação**. Paper. Núcleo de Altos Estudos Amazônicos - NAEA / UFPA, 2009. Disponível em: <http://www2.ufpa.br/naea/pdf.php?id=269>. Acesso em 29 de agosto de 2013.

PINHEIRO, O. G. Entrevista: uma prática discursiva. In: SPINK, M. J. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo, 2004, p.183-214.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS / UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2005.

_____. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESQ/ ABRASCO; 2005.

_____. **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: CEPESC / UERJ / ABRASCO, 2005.

_____. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2006.

_____. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2006.

_____. **Ateliês do cuidado - VII seminário do projeto integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde.** Rio de Janeiro: 1ª ed., CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2008.

_____; SILVA JR, A. G. **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde.** CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, Rio de Janeiro, 2011.

_____. Implicações da integralidade na gestão da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.** Rio de Janeiro: 2006. p. 11-26.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: 2006. p. 65-107.

_____; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro, 2005. p. 21-36.

_____; LUZ, M.T. Práticas eficazes X modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro, 2005. p. 7-34.

PINHO, L. B.; KANTORSKI, L. P.; SAEKI, T.; DUARTE, M. L. C.; SOUSA, J. A. Integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [serial on line], v.9, n.3, 2007. p. 835-846.

POLI, M. C.; et al. Psicologia da saúde e qualidade de vida: pesquisas e intervenções em psicologia clínica. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, v.14, n.1, p.384-397, 2006.

PONTES, A. P. M.; CESSO, R. G. D.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, v.13, n.3, p.500-507, 2009.

PORTO, M. F. S.; LACAZ, F. A. C.; MACHADO, J. M. H. Promoção da saúde e intersetorialidade: contribuições e limites da vigilância em saúde do trabalhador no sistema único de saúde (SUS). **Saúde em Debate**, v.27, n.65, p.192-206, 2003.

ROCHA, C. M. F. As redes em Saúde: entre limites e possibilidades. In: **Fórum nacional de redes em saúde.** Belo Horizonte: Organização Pan-Americana da Saúde / OPAS, 2005.

RODRIGUES, M. R. O. **Universidade Federal do Pará: com a voz os usuários: discursos sobre as práticas de cuidado em saúde mental em um CAPS do Estado do Pará.** 2013. 224 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Belém, 2013.

ROMANO, B. W. **Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: o psicólogo clínico em hospitais.** 1987. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Instituto de Psicologia, São Paulo, 1987.

_____. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

_____. **Manual de psicologia clínica para hospitais.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

ROSA, A. M T. **Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS: competências e habilidade em psicologia hospitalar.** Porto Alegre. 2005. 77 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Porto Alegre, 2005.

ROSO, A. Psicologia social da saúde: tornamo-nos eternamente responsáveis por aqueles que cativamos. **Aletheia**, n.26, p.80-94, 2007.

SÁ, A. K. J. M.; et al. Psicólogo hospitalar da cidade de Recife – PE: formação e atuação. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.25, n.3, p.384-397, 2005.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamenha Salud Publica**, v.31, n.3, p.260-268, 2012.

SANTANA, J. P. Desafios para as redes no campo da saúde. In: **Fórum nacional de redes em saúde.** Belo Horizonte: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/forumnacionalderedesensaude.pdf>. Acesso em 15 de setembro de 2012.

SANTOS, F. M. S.; JACÓ-VILELA, A. M. O psicólogo no hospital geral: estilos e coletivos de pensamento. **Revista Paideia**, v.19, n.43, p.189-197, 2009.

SANTOS, L. J. **Universidade Federal de Sergipe: formação e atuação do psicólogo nos hospitais e maternidades do estado de Sergipe.** 2011. 110 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Sergipe, Aracajú, 2011.

SEBASTIANI, R. W. **Psicologia da saúde no Brasil: 50 anos de história.** 2003. Disponível em: <http://www.nemeton.com.br/>. Acesso em 21 de março de 2010.

_____; MAIA, E. M. C. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v.20, supl.1, p.50-55, 2005.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SILVA, J. P. V.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. S. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do setor saúde. Rio de Janeiro: **Saúde debate**, v.27, n.65, p.234-242, 2003.

SILVA, L. B. C. A psicologia na saúde: entre a clínica e a política. **Revista do Departamento de Psicologia - UFF**, v.17, n.1, p.61-77, 2005.

SILVA, L. P. P. **Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS: o percurso histórico do serviço de psicologia do hospital de clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre. 2005. 87 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Porto Alegre, 2006.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro, 2005, p. 77-89.

_____; CARVALHO, L. C.; SILVA, V. M. N.; ALVES, M. G. M.; MASCARENHAS, M. T. C. Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: 2006. p. 61-89.

_____; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro, 2005. p. 113-128.

SILVA, V. M. N.; et al. Trajetória assistencial em Piraí: uma prática avaliativa amistosa à integralidade. In: PINHEIRO, R., SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro, 2011, p. 225-232.

SOUZA, A. V; MOREIRA, A. C. G; OLIVEIRA, P. T. R. A Integralidade em saúde e a formação em psicologia: reflexões sobre a prática clínica do psicólogo no contexto do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.86, n.34, p.413-418, 2010.

SPINK, M. J. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3ª. Ed. São Paulo, Cortez, 2004.

_____. **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 7ª Ed., 2010.

_____. (Org.). **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Caso do Psicólogo, 2010.

_____. Interfaces entre a psicologia e a saúde coletiva: um olhar a partir da psicologia social. In: BASTOS, A. V. B.; ROCHA, N. M. D. **Psicologia: novas direções no diálogo com outros campos do saber**. São Paulo, 2007. p. 379-405.

_____; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M. J. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo, Cortez, 2004, p.93-122.

_____; MATTA, G. C. A prática profissional *psi* na saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In: SPINK, M. J. (Org.). **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo, 2010. p. 25-51.

_____; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo, Cortez, 2004, p.41-61.

_____; SPINK, P. A psicologia social na atualidade. In: JACÓ-VILELA, A. M.; FERREIRA, A. A. L.; PORTUGAL, F. T. **História da psicologia: rumos e percursos**. Rio de Janeiro, 2011. p. 565-586.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.2, p. 190-198, 2004.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. **Psicologia em Estudo**, v.6, n.2, p. 49-56, 2001.

_____. **A psicologia social e o trabalho em saúde**. Natal, RN: Editora da UFRN, 2008.

TEIXEIRA, M. C. T. V.; CARREIRO, L. R. R. Estado da arte sobre pesquisas em psicologia da saúde publicadas em periódicos científicos brasileiros de acesso aberto. In: GIOIA-MARTINS, D. F. (Org.). **Psicologia e saúde: formação, pesquisa e prática profissional**. São Paulo, 2012. p. 213-240.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. Integralidade e saúde da população: a construção da estratégia saúde da família em distrito brasileiro. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Ateliês do cuidado - VII seminário do projeto integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde**. Rio de Janeiro: 2008. p. 183-95.

VIEIRA, C. M. A. M. **Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: a construção de um lugar para a psicologia em hospitais de Sergipe, São Paulo**. 2006. 164 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Instituto de Psicologia Social, São Paulo, 2006.

VIEIRA, E. W. R. **Universidade Federal de Minas Gerais: acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do município de Jequitinhonha, Minas Gerais**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2010.

WILLRICH, J. Q.; et al. Periculosidade *versus* cidadania: os sentidos da atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Physis**, v.21, n.1, p.47-64, 2011.

YAMAMOTO, O. H.; GOUVEIA, V. V. **Construindo a psicologia brasileira: desafios da ciência e prática psicológica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

_____; O. H.; TRINDADE, L. C. B.; OLIVEIRA, I. F. O Psicólogo em hospitais no Rio Grande do Norte. **Psicologia USP**, v.13, n.1, p.217-246, 2002.

ZURBA, M. C. (Org.). **Psicologia e saúde coletiva**. Florianópolis: Tribo da Ilha, 2011.

_____. Contribuições da psicologia social para o psicólogo na saúde coletiva. **Psicologia e Sociedade**, v.23. (n. spe.), p.5-11, 2011.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**Discursos de usuários do SUS sobre a integralidade do cuidado em rede num hospital público em Belém -
Pará**

APÊNDICES

Apêndice A – Roteiro de Entrevista

- I- Como você pode descrever a sua experiência de atendimento no SUS, desde o início na rede de saúde, depois passando pelo Hospital, até o acompanhamento após a alta?
- II- Qual a sua opinião sobre o atendimento psicológico e / ou psiquiátrico que você recebeu no Hospital? Para que locais você foi encaminhado a partir do Hospital? Ao ser encaminhado, na rede de saúde, você continuou recebendo atendimento? Como você descreve esse atendimento?
- III- Por qual motivo ou motivos você recebeu atendimento psicológico e / ou psiquiátrico quando estava internado(a) no Hospital, depois no Ambulatório e nos outros serviços?
- IV- Você continua em acompanhamento psicológico e / ou psiquiátrico atualmente? Onde?
- V- Que tipo de benefícios pra você e para a sua saúde você teve a partir do cuidado psicológico e / ou psiquiátrico recebido? Você se sentiu sendo cuidado(a)?
- VI- E qual a sua opinião sobre o atendimento que você recebeu dos demais profissionais de saúde nesse(s) serviço(s)? Você se sentiu sendo cuidado(a)?
- VII- O atendimento que você recebeu na rede de saúde estava ou não dentro daquilo que você pensava, sentia ou desejava para você? Tem algum exemplo sobre isso?
- VIII- Você tem alguma facilidade a destacar sobre o atendimento, tratamento ou cuidado que você recebeu no SUS por todos esses profissionais de saúde por quem foi atendido? Poderia citar um ou mais exemplos que foram facilitadores do atendimento?
- IX- Você tem algum aspecto dificultador a destacar sobre o atendimento, tratamento ou cuidado que você recebeu no SUS por todos esses profissionais de saúde por quem foi atendido? Citaria um ou mais fatos que foram dificultadores pra você?
- X- Gostaria de acrescentar mais algum comentário ou opinião sobre o que conversamos, ou dizer mais alguma coisa que não foi perguntada a você, mas quer deixar registrado sobre o seu percurso dentro dos serviços de saúde onde foi atendido?



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

Discursos de usuários do SUS sobre a integralidade do cuidado em rede num hospital público em Belém - Pará

**Apêndice B – Entrevistas com os Usuários
Entrevista 01 (Usuária 01)**

Entrevistada: A. M. B. D.
Sexo: Feminino
Escolaridade: Superior incompleto
Idade: 33 anos
Profissão: Técnica em Contabilidade (Autônoma)
Estado civil: Casada (03 filhos)
Data da Entrevista: 13 de setembro de 2012.

TRANSCRIÇÃO DE ENTREVISTA USUÁRIA 01

I- Como você pode descrever a sua experiência de atendimento no SUS, desde o início na rede de saúde, depois passando pelo Hospital, até o acompanhamento após a alta?

É... Eu iniciei o tratamento já tem 01 ano e 02 meses, mas faz 01 ano e 06 meses que eu ando tendo crises que ainda não estavam sendo definidas, né? Porque até então era uma coisa muito nova, de ter crises como se eu estivesse infartando, então por não saber do que se tratava, eu tive um desmaio, dores no peito, dores no braço esquerdo, apagou tudo, eu desmaiei. Meu marido... Como nós já pagamos 03 planos de saúde, e fica realmente pesado, né? Pagar mais, e pra minha idade, 33 anos eu acho que já seria, eu acredito, uns 300 reais mais ou menos que entraria a mais no orçamento, eu não tenho plano de saúde e procurei a rede pública. Meu marido me colocou no carro, me levou desesperado... Até porque eu tenho bloqueio do ramo direito, eu tenho um eletro que tem esse laudo. Mas chegando lá na porta do Hospital, simplesmente nós não conseguimos entrar! Eu com a respiração muito baixa, batimento cardíaco lá embaixo, gelada, sem cor... Nós não conseguimos entrar na emergência, o porteiro disse que era ordem médica que eu não podia ser atendida mais, era mais ou menos umas 07 horas da noite num domingo... Com isso entrou uma ambulância, meu marido pegou e entrou com o carro a força pra que eu fosse atendida. Nisso a minha mãe tá vindo e não queriam me atender porque eu tava brincando, foi isso que nós ouvimos, mas com muita insistência eu fui atendida por dois médicos que falaram que eu não tinha nada, e com isso afirmaram que eu fui desrespeitosa com a equipe médica, de ter tirado o direito de atendimento de quem realmente precisa, que meus exames não deram nada, e mandaram eu procurar um psiquiatra ou um psicólogo, e a partir disso nós saímos de lá sem ter sido feito uma consulta adequada. Então eu posso dizer que na emergência foi uma experiência ruim, porque naquele momento eu não tive o atendimento, porque e se eu tivesse infartando? Eu morreria na frente do hospital. Como as dores no peito permaneciam, eu comecei a tentar o atendimento em várias unidades, e aí como eu não tive muito sucesso, foi que eu procurei o posto de saúde por conta própria, fui atendida por outro cardiologista, pode dizer o nome? O Dr. X. Isso por conta da minha mãe que é técnica de enfermagem que trabalha no posto, ela que me ajudou. Porque as crises continuaram, e como são crises que te deixam muito debilitada fisicamente, eu tinha que continuar procurando solução. Então eu procurei o Posto de Saúde 01 e lá eu fui atendida pelo Dr. X, que me pediu alguns exames. Como a rede pública oferecia exames pra 02 meses, 03 meses, eu fiz todos particulares, ecocardiograma, exames de sangue pela rede particular, tudo pela rede particular, eu fiz todos os exames e retornei. O único que eu fiz pela rede pública foi o holter e depois, meses depois, repeti pela rede particular. Essa experiência no posto de saúde também não foi boa, cada consulta do Dr. X não dura mais que 02 minutos... Ele é um médico que não te ouve, ele só olha teus exames, ele não verifica, não toca em ti pra saber, pra verificar, pra fazer uma ausculta, pra verificar tua pressão, coisa que a maioria dos médicos fazem isso, né? Então ele não fez isso, ele nem te olha, só te entrega um papel e manda tu fazer aquilo e eu já tive 03 consultas com o Dr. X e todo mundo sai de lá perplexo, ele atende 40 pessoas assim em 40 minutos, é impressionante.

II- Qual a sua opinião sobre o atendimento psicológico e psiquiátrico que você recebeu no Hospital? Para que locais você foi encaminhada a partir do Hospital? Na rede de saúde, você continuou recebendo atendimento? Como foi esse atendimento?

Eu não fui encaminhada, o médico só mandou que eu procurasse algum psicólogo ou psiquiatra. Eles achavam que eu não tinha nada, fui super destrutada. Depois de muito procurar por várias unidades, eu fui através de uma amiga da minha mãe que conseguiu um encaminhamento pro psicólogo lá no Ambulatório e uma consulta, uma avaliação com a psiquiatria do Hospital e eu fui no dia, na hora marcada. Não tô lembrada o nome do psiquiatra, mas ele foi atencioso, perguntou o que eu sentia, eu expliquei, levei todos os meus exames ele olhou e disse assim: “Mas você tem uma arritmia aqui”. Me fez várias perguntas, se eu tinha fobia social, se eu tinha medo de tá em multidões, se eu não conseguia falar com as pessoas e conforme eu fui respondendo ele foi descartando síndrome do pânico e eu não voltei mais com ele. Ele (psiquiatra) pediu que eu continuasse o tratamento com o cardiologista já que ele (cardiologista - grifos nossos) não tinha me liberado. O atendimento da psicologia em si eu fui mais ouvida do que os outros atendimentos que eu procurei. O atendimento da cardiologia no Hospital, que eu tava inconsciente, eu só escutei o que a minha família relatou e depois que eu voltei a si foi quando eu vi, nós fomos praticamente escorraçados de lá. Já no Posto de Saúde é que eu fui mais ouvida, porque no Ambulatório do Hospital foi mais rápido, só fui 02 vezes. A gente ainda tem que sofrer muito pra conseguir uma consulta, são vários dias de espera, né? Quando você precisa de um exame você tem que aguardar pelos menos 03 meses se for pela rede pública. Então como a gente já consegue pagar um exame particular, então a gente vai procurar pra tentar agilizar, mas aí você já fica com o exame na mão. Porque teu retorno já fica complicado em razão da demanda que é grande, tu já fica nessa, é... Não tem assim um tratamento eficiente por conta da demanda que é muito grande.

III- Por qual motivo você recebeu atendimento psiquiátrico e acompanhamento psicológico no Ambulatório do Hospital e nos outros serviços?

Minha família e eu começamos a desconfiar que eu tinha, ou tenho, síndrome do pânico, porque nenhum médico diz o que eu tenho; na verdade só disseram que eu não tenho nada. E como eu tenho alguns sintomas de insônia, dores no peito, uma sensação ruim por dentro, eu não tenho força nos meus braços, olha, é uma fraqueza, um mal estar, eu tô assim estourada, então eu acho que é... Eu não procurei o psicólogo e nem o psiquiatra no hospital e nem me encaminharam também, os médicos da emergência que disseram pra eu ir. Foi aí que a minha mãe conseguiu com a amiga dela uma consulta com o psiquiatra e com a psicóloga do Ambulatório do Hospital. Aí eu fiz só uma avaliação com ele (psiquiatra) e fui liberada, ele só me mandou de volta pro cardiologista. E eu fiz 02 atendimentos com ela (psicóloga - grifos nossos) lá e depois eu fui pro Posto de Saúde 01, porque ela também é psicóloga de lá, é com quem eu tenho ido.

IV- Você continua em acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico atualmente? Em que local?

Sim, com a psicóloga no posto. E eu procurei depois uma psiquiatra ótima lá no lá no (Centro de Referência).

V- Que tipo de benefícios pra você e para a sua saúde você teve a partir do cuidado psicológico e psiquiátrico recebido?

Olha... Eu não tenho muito bem como avaliar, assim... Ela me ouviu bastante, tem uma forma de te ouvir, olhar, diferente dos médicos que me atenderam no hospital e até no próprio posto, mas eu não tive uma resposta, eu quero saber o que eu tenho de fato. Ela diz pra eu sempre continuar no cardiologista, mas ainda não sabe que eu procurei, por conta própria, uma psiquiatra, que a minha mãe também conseguiu pra mim lá no (Centro de Referência), a Dr^a. X, porque depois do último atendimento com a psicóloga, olha... Eu fiquei muito mal, passei mal, mal, mal, parece que eu piorei, então eu achei melhor procurar uma psiquiatra, ela me passou umas medicações e eu melhorei. Eu tenho até que remarcar minha consulta com a psicóloga, porque como eu viajei a trabalho esses últimos dias não tive como ir pras últimas consultas com ela. Ela me fala que meu trabalho é puxado, é muita responsabilidade, tenho 03 filhos pequenos e nada disso é fácil. Eu acho que eu fui assim pra uns 06 ou 07 atendimentos com ela lá no posto...

VI- E qual a sua opinião sobre o atendimento que você recebeu dos demais profissionais de saúde nesse(s) serviço(s)?

Olha, até agora, com a psiquiatra, a Dr^a. X foi uma das profissionais mais coerentes no atendimento que eu achei, ela me passou duas medicações que eu tenho dormido bem melhor, eu gostei muito dela, dela e do Dr. X2 que é o outro cardiologista do posto que eu comecei a ir depois, porque com o Dr. X não dava mais, né... Mas os outros médicos eu não gostei muito não, eles tem que ouvir melhor, olhar pro paciente. Eu tive no Hospital, não fui atendida direito, né, na emergência principalmente, nem queriam deixar eu entrar. No Ambulatório, foi aquela coisa assim, só um ou dois atendimentos, foi bom, mas eu não tive a resposta que eu queria. Aí depois eu fui pro posto, por conta própria. Lá eu gostei muito de um médico, do outro não. Como eu não tava satisfeita, eu procurei o (Centro de Referência), aí a médica lá me atendeu, me medicou, aí eu gostei. Mas eu te digo assim, a gente até quer elogiar, mas é difícil, porque dá tanto trabalho chegar até um profissional bom, o serviço público é complicado, a gente desanima. Mas eu consegui encontrar bons médicos, isso foi bacana. Agora satisfeita eu não fiquei, faltou alguma coisa, eu não sei direito o que eu tenho até hoje.

VII- O atendimento que você recebeu na rede de saúde estava ou não dentro daquilo que você pensava, sentia ou desejava para você? Tem algum exemplo sobre isso?

Tenho. Eu fui atendida por esse outro profissional, eu troquei de cardiologista, passei pro Dr. X2 como eu falei, aí é como se eu tivesse sido atendida num consultório particular, eu fui ouvida, ele fez a minha escuta, ele procurou entender o que tava acontecendo comigo, foi me indicando os melhores caminhos pra tomar, então ele foi um profissional bem mais profissional. Então esse atendimento está dentro do que eu penso, sinto e desejo, sim, esse e o da Dr^a. X, a psiquiatra, esses dois profissionais estão, mas os demais não estão... Seria o mínimo você pelo menos ouvir o que o paciente tem a dizer, se o profissional tá do outro lado e ele não escuta o que o paciente tem a dizer, então ele não tem como saber o que ele sente, se tá doendo, se não tá, se a medicação que ele receitou tá fazendo efeito ou não, então isso seria o mínimo que em geral não acontece.

VIII- Você tem alguma facilidade a destacar sobre o atendimento, tratamento ou cuidado que você recebeu no SUS por todos esses profissionais de saúde por quem foi atendido? Citaria um ou mais exemplos que foram facilitadores do atendimento?

Tenho. O profissional da cardiologia, o Dr. X2, como eu já falei antes, ele tem sido o profissional que tá me dando mais retorno, mais respostas. Eu já fiz vários atendimentos com ele e não mudou esse padrão, as outras profissionais do posto tipo as enfermeiras, a farmacêutica, em nível menor eu também fui bem atendida, porque eu digo assim que não foi igual como é com ele, eu acho melhor a consulta dele. Mas até mesmo na recepção e tudo, lá com quem eu passei no geral eu acho que eu fui atendida bem, o posto bem mais que o hospital, né, desde a minha entrada até na minha saída. Lá no hospital já não foi legal, eu só entrei depois, através da minha mãe que falou com a amiga dela, e de novo a minha mãe que conseguiu pra mim lá no posto e depois no (Centro de Referência) com a Dr^a. X.

IX- Você tem algum aspecto dificultador a destacar sobre o atendimento, tratamento ou cuidado recebido no SUS por todos esses profissionais de saúde por quem foi atendida? Pode citar um ou mais exemplos que foram dificultadores pra você?

Só o que eu já tinha citado do hospital mesmo, porque eu te digo assim, se eu tivesse um plano de saúde, certamente eu seria atendida. Em relação à psicóloga eu penso assim, eu não sabia direito como era, como ela ia me atender, o que eu quero até hoje é uma resposta se eu tenho ou não tenho síndrome do pânico, e eu acho que eu tenho... Então eu não sei ainda, eu tô buscando ainda saber, e eu tô sendo atendida por ela, entendeu... Eu vou voltar lá pra marcar de novo.

X- Gostaria de acrescentar mais algum comentário ou opinião sobre o que conversamos, ou dizer mais alguma coisa que não foi perguntada a você, mas quer deixar registrado sobre a sua experiência vivida dentro dos serviços de saúde onde foi atendida?

Não.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

Discursos de usuários do SUS sobre a integralidade do cuidado em rede num hospital público em Belém - Pará

**Apêndice B – Entrevistas com os Usuários
Entrevista 02 (Usuário 02)**

Entrevistado: P. S. F. A.
Sexo: Masculino
Escolaridade: Ensino médio completo
Idade: 58 anos
Profissão: Músico
Estado civil: Casado (01 filha)
Data da Entrevista: 21 de junho de 2013.

TRANSCRIÇÃO DE ENTREVISTA - USUÁRIO 02

I- Como é que você pode descrever o seu percurso durante o seu atendimento no SUS, desde o início quando você precisou ser atendido, e depois quando entrou já no Hospital, até a sua saída, e também depois da alta, como é que foi o seu atendimento dentro da rede de saúde?

Olha, o que eu posso te dizer... Eu fui muito bem atendido a primeira vez. Eu cheguei infartando no Hospital, providenciaram os primeiros procedimentos, eu fiz o cateterismo, foi aquela coisa rápida mesmo. Aí eu passei dois meses no Hospital, fiz a cirurgia. Eu fui muito bem atendido. Eu não tenho nenhuma queixa do Hospital. Durante a minha internação foi tudo muito bom. Mas depois... Depois da cirurgia, uns três meses depois, eu precisei, eu senti um desconforto uma noite, e eu precisei. Quando eu cheguei na emergência eu me surpreendi quando eu vi igual como a televisão mostra aqueles pronto socorros cheio de gente pelos corredores... Pra você ter uma idéia, eu tenho impressão que lá nessa emergência cardiológica tem umas 04 enfermarias eu acho, e cada enfermaria comporta duas ou três pessoas no máximo. Nesse dia as enfermarias tavam lotadas, tinham três macas nos corredores, e tinham pessoas sendo atendidas em cima das cadeiras, como eu fui atendido lá. Só que como eu tô lhe dizendo, isso foi na segunda vez, quando eu precisei agora. Então eu até me surpreendi, certo, de ver que na primeira vez eu fui muito bem atendido, e na segunda eu já encontrei tipo o Pronto Socorro da Prefeitura, horrível... Aí chegou alguém infartando, ou era um AVC, uma coisa assim, e não pôde ser atendido porque não tinha como atender. Eu nem sei se aquela pessoa até morreu lá na porta ou se foi embora... Então é o que eu digo, na primeira vez eu fui muito bem atendido, né, mas na segunda, o que eu vi... Porque na primeira eu já fiquei internado, não tenho uma queixa, fiz cirurgia fiz tudo, passei dois meses lá, fiz quatro pontes de safena. Já agora dessa vez eu senti um desconforto, segundo os médicos qualquer desconforto, sabe, é melhor ter cuidado. Então eu fui uma madrugada lá e me surpreendi com o que eu vi, era umas duas da manhã quando eu fui, eu fiquei assim tipo decepcionado, entendeste, quando eu fui pela primeira vez e quando eu fui na segunda vez, de ver lá no dia aquela situação de não ter como atender as pessoas, eu vi gente tomando soro e oxigênio sentada em cadeiras. Aí nesse dia, pra mim, como foi uma coisa menos grave, foi rápido né, fizeram em mim um eletrocardiograma, eu sentei numa cadeira dessas, tomei lá umas medicações e depois fiquei ali aguardando, fiquei em observação e três horas depois eu voltei pra casa. Então o meu caso não era tão sério como eu vi de pessoas lá, né. Mas como eu tô lhe dizendo, pode ter sido um caso isolado, então eu não posso fazer logo um julgamento e dizer que é sempre assim, pode ter sido esse dia que tava lotado e não tinha mesmo onde colocar ninguém, né. Na primeira vez que eu fui internado, com relação ao meu atendimento no hospital, quando eu cheguei lá, os exames, depois o diagnóstico de infarto, a cirurgia, essa coisa toda, eu não tenho uma queixa, eu fui muito bem atendido, a minha cirurgia foi um sucesso. Eu tava com 04 artérias entupidas, eu sou diabético, e eu já tinha sentido umas dores no peito, aí eu fazia um tratamento e tomava uns remédios, mas só que eu abandonei, não liguei muito, aí quando veio mesmo foi de uma vez, né. Na época eu fui aqui no Posto de Saúde 02, procurei o clínico, ele me indicou um cardiologista, eu fui no (Hospital Universitário), fiz uma consulta no

cardiologista, depois na nutricionista. Só que eu parei o tratamento. Eu não tomei mais os remédios e complicou pra mim, foi por isso que eu infartei. Aí também tem a minha parcela de responsabilidade, eu não fiz a minha prevenção, né. E por causa disso eu tive que passar por toda essa situação, entendeste. Eu sofri demais pra sair dessa, e eu tive que lutar muito pra ficar vivo e lhe contar essa história aqui como eu tô contando. Agora, falando assim em termos do atendimento, no Hospital eu já falei, foi muito bom. Aqui no posto de saúde foi normal né, aquela coisa assim, passaram o remédio, muita gente, né... Lá no (Hospital Universitário) foi a mesma coisa, eu esperei, mas fui atendido. No cardiologista, lá na emergência na segunda vez que eu fui, eu fui medicado, tudo direitinho. Eu acho que no geral foi o de sempre... Alguns lugares como no Hospital, foi muito bom, e em outros nem tanto, alguns profissionais muito bons, mas a estrutura ruim, a maioria é assim. Agora não é culpa dos profissionais, dos médicos, nem dos outros. Umás vezes o atendimento é bom, e no mesmo lugar outra vez já não é mais, entendeu. Não tem essa coisa assim, não é todo tempo igual, nem sempre é bom, e devia ser sempre eu acho...

II- Qual a sua opinião sobre o atendimento psicológico que você recebeu no Hospital enquanto esteve internado? Você recebeu algum encaminhamento depois que saiu de alta do Hospital, pra psicólogo ou outro profissional? Você continuou recebendo atendimento psicológico ou outro na rede de saúde?

Eu posso te dizer que eu até me surpreendi. Porque eu não esperava que houvesse um trabalho desses lá dentro do Hospital. Eu acho que nos dois meses que eu passei lá eu fui atendido por uns 04 profissionais. Muito bem atendido. Começou assim, no terceiro andar eu me lembro bem da psicóloga que me acompanhou. Passei pro quinto andar, mais duas psicólogas me acompanharam. Quando eu fui pra UTI, de novo o psicólogo de lá, sabe... Foi os que me atenderam nesse tempo que eu fiquei internado. E eu posso lhe dizer que me ajudou muito. Até no momento que eu fiquei um pouco nervoso, quando eu vi um paciente passando mal, o psicólogo tava em cima, me tranquilizando e tal, dizendo que eu tava bem, quem tava mal era o outro, assim, assim, assim... Eu achei interessante. Foi muito bom. Agora, encaminhamento, deixa eu lembrar... Na realidade quando eu recebi alta foi a minha filha que foi lá, eu não tive aquele contato com a assistente social, aquela coisa toda, mas deve ter alguma coisa, sim. Eu não me recordo direito. Parece que tinha alguma coisa de fisioterapia, mas eu não me lembro se tinha pra psicologia. Agora, encaminhamento pós-cirurgia, pra fora de lá eu não recebi. As minhas consultas são feitas lá no Hospital mesmo. Quem me atende é uma médica cardiologista que eu não me recordo o nome dela, é no Ambulatório lá. Aí quando eu saí, como eu sou matriculado aqui no (Posto de Saúde 02), eu procurei, porque eu senti dores nas pernas, e eu fui informado que eu preciso de um angiologista. Aí eu tenho duas consultas semana que vem, uma no (Hospital Público Pesquisado) com a cardiologista, e outra com o angiologista. Eles me mandaram aí do posto lá para o (Hospital Privado 01), lá no Bairro A. E do (Hospital Público Pesquisado) me mandaram pra lá mesmo, pro Ambulatório.

III- Qual você acha que foi o motivo que lhe levou a receber acompanhamento psicológico quando estava internado no Hospital?

Foi porque... Por exemplo, você passa dois meses dentro do hospital, te dá o tédio, uma série de coisas... Fragilidade, você fica fragilizado. No meu caso, eu ia fazer uma cirurgia que a gente sabe que é de risco, então eu tava necessitado naquele momento, eles vinham, me ofereciam o atendimento, perguntavam se eu queria, aí eu dizia que eu queria, porque eu tava precisando disso, então foi vindo um, foi vindo outro, aí como eu lhe falei, eu fui atendido por 04 profissionais diferentes.

IV- Você continua em acompanhamento psicológico atualmente? Em que local(is)?

Não. Eu não fui atrás até porque eu acho que eu não tenho a papelada, não me foi indicado. Mas se eu tivesse sido encaminhado eu iria, com certeza.

V- Você viu assim algum benefício pra sua saúde em função do cuidado de todos os profissionais que você recebeu? Você se sentiu sendo cuidado?

Com certeza. Como eu lhe falei, eu fiquei muitas vezes entediado, dois meses ali dentro, eu me sentia sozinho, eu fiquei bem fragilizado. E mais ainda quando foi chegando a hora de fazer a cirurgia, né. Eu ali tava lutando pela minha vida. Hoje eu tô lhe contando tudo aqui, me sinto bem, mas quando eu tava internado era diferente, eu não sabia o que ia acontecer comigo, se eu ia voltar ou não, a cirurgia era de alto risco, às vezes eu sentia

medo, e coisa e tal. Então esse serviço ele é de vital importância pro paciente. Eles cuidaram de mim, sim, muito. Durante o tempo que eu fiquei lá, toda semana, duas três vezes por semana eu tava conversando com o psicólogo, eles traziam livros, a gente conversava mesmo, eu ia até a biblioteca, entendeu. Muito bom. E a minha cirurgia foi um sucesso, né, graças a Deus. O médico que me operou, os enfermeiros que cuidaram de mim, todos me ajudaram muito. Eu fiz até amizade com os médicos, com a equipe toda... Com outros pacientes, eu fiz muitos amigos lá, sabe. Eu tenho facilidade pra fazer amizade também, rrsrrsrs. Então eu só tenho a agradecer... Agora já depois eu que saí do hospital, me deu um problema de circulação, eu fui no Posto de Saúde 02, aqui do (Bairro B), eu não tinha nenhum encaminhamento, mas já tinha cadastro lá. Uma assistente social me atendeu muito bem, e aí ela já me mandou pro médico, foi um atendimento agradável, eu gostei dele. Eu passei com a nutricionista também, muito simpática ela, que eu já conhecia. E olha que eu tô te falando isso depois de ficar no calor lá e esperar 04 horas em pé, viu, rrsrs. Eu precisava ir no angiologista, mas antes eu tive que passar no clínico, então teve uma hora que eu já tava quase passando mal. Eu precisei ir porque eu tava sentindo as pernas pesadas, aí começou a demorar muito, eu pensei que eu ia sair de lá pior até, mas aí chegou a minha vez... Eu vi que eu vou ter que continuar me cuidando agora, depois da minha cirurgia, né. Aí do posto me encaminharam pro angiologista lá no (Hospital Privado 01). E eu também fui encaminhado e sou atendido no Ambulatório do (Hospital Público Pesquisado) por um cardiologista que também já é muito meu amigo, rrsrrsrs. Então, os profissionais que cuidaram de mim até hoje, eles foram maravilhosos, e como eu lhe falei, eu só fiz amizades, eu tenho muitas coisas boas pra falar... Agora já depois que eu saí do hospital, e também do tempo que eu fiquei internado, eu tenho várias histórias pra contar que até me emocionam, porque todos eles foram muito bons comigo.

VI- Eu quero saber mais sobre os outros profissionais que lhe atenderam... Os médicos, os enfermeiros, nutrição, fisioterapia, ou qualquer outro. O que é que você achou desse atendimento e o que poderia falar sobre isso? Você se sentiu cuidado?

Olha, na realidade eu nunca tinha ficado hospitalizado na minha vida, então pra mim era tudo novidade. Mas tudo o que se aproximava era bom, por exemplo, fisioterapia, eu conheci esse atendimento, muito bom. Terapia ocupacional, muito bom por sinal. Quer dizer, eu não tenho queixas, nutrição também, teve até um negócio diferente, um programa da TV, sobre alimentação hospitalar, e eu fui convidado pra participar, foi muito legal. Agora, depois da alta, lá no Ambulatório do Hospital, aqui no posto, na emergência, pra mim os profissionais são ótimos, eu não encontrei nenhum pra eu dizer assim, poxa me tratou mal, não. Todos me trataram muito bem, não sei se eu tô dando sorte, eu fui muito bem tratado, isso aí eu posso te afirmar...

VII- O atendimento que você continua recebendo na rede de saúde está ou não está dentro daquilo que você imagina, espera e sente que é pra você? Tem algum exemplo sobre isso?

Eu posso falar aqui no próprio Posto de Saúde 02, porque fica aqui perto de casa, apesar de muita gente, aquela fila, aquela coisa, mas no final, a assistente social, o próprio médico que me atendeu, os atendentes... Os profissionais são muito bons. Até porque, eles não tem um certo conforto aí, é um calor violento, sabe, é tudo estreito, tudo apertado, as pessoas ficam aí dentro assim mesmo, eles são uns heróis aí, já pensou atender desse jeito, não tem nenhum ar condicionado, não tem nada. Mas como eu tô dizendo, eu fui muito bem tratado, já é a terceira vez que eu vô aí, é pequenininho e tal, mas nunca tive problema com nenhum profissional. A gente tem com o sistema, aquela coisa, funciona mal, né... O problema que eu acho é que é muita gente, eu acho que precisa de mais profissionais pra melhorar isso aí, a estrutura também, né, porque a gente vai doente pra um lugar assim, passa quatro, cinco horas lá, sai mais doente. Como aconteceu, por exemplo, eu não posso ficar muito tempo em pé, eu passei 04 horas em pé no posto de saúde, eu já tava me sentindo mal... Mas eu acho que tudo é uma questão de gestão, né, colocar um número maior de profissionais, e os locais também, melhorar né, por exemplo, esse Posto aqui do (Bairro B), o prédio é um ovo, é calorento, é estreito, tem que arrumar um prédio melhor, que eu acho que é até alugado esse aí... Só lá no (Hospital Universitário) que eu achei muito bom o espaço físico, e o atendimento também eu gostei, fui bem atendido tanto lá quanto aqui no posto...

VIII- Você tem alguma facilidade a destacar sobre esses atendimentos, esses tratamentos, o cuidado que você recebeu dentro do SUS por todos esses profissionais, nesses locais que você foi atendido? Você tem um ou mais exemplos que foram facilitadores do atendimento pra destacar, pra comentar?

Pra te ser sincero, por tudo o que eu tenho acompanhado pelo noticiário, do nosso sistema de saúde, que eu posso te dizer assim, tá falido, mas eu particularmente fui muito bem atendido, como eu acabei de dizer. Tanto aqui no

posto de saúde, apesar de pequenino, essa coisa toda... No Hospital, eu não tenho queixa, eu acho até que eu tive sorte, eu fiz a minha cirurgia, tô me recuperando ainda, tô sendo acompanhado, sabe... Lá no (Hospital Universitário) também, como eu já falei. A única deficiência que eu acho é isso, tem que ter um prédio melhor, mais profissionais. Eu acho que o governo tem que olhar melhor pra esse lado. Porque é difícil, é só abrir o jornal a gente vê, morreram 38 crianças na Santa Casa, né, então você olha assim e diz, meu Deus eu tenho muita sorte, porque eu fui muito bem atendido. Porque comigo foi diferente... Por exemplo, no hospital, foi até engraçado, pra mim foi hilário esse episódio, quando eu saí da sala de cirurgia eu fui pra UTI, e quando eu acordei, quer dizer, acordei em termos, eu abri os olhos, por que eu não me lembro de nada, aí eu fiquei muito agitado, eu queria tirar o tubo, aquela coisa toda, eu não entendo direito porque isso foi o que as minhas filhas me contaram, aí de repente tiveram que me amarrar, me sedaram de novo, eu fiz o maior escarcéu lá dentro. Aí o que aconteceu, no dia seguinte apareceu um rapaz e me disse assim, “Seu X, eu queria lhe pedir desculpas”. Eu disse, “Desculpas de quê?” Aí ele me contou a história também, que eu tava muito agitado e ele foi obrigado a ser um pouco mais ríspido comigo, precisou me segurar. Aí eu disse, “Que nada rapaz, quem deve pedir desculpas sou eu, você tava fazendo o seu trabalho, se eu tava agitado eu precisava ser contido, né”. Aí quando eu fui ver, ele era o psicólogo... E esse mesmo psicólogo, no outro dia, eu vi um paciente muito mal, mal mesmo, aí quando eu vi começou a apitar lá aquele equipamento, aí correu todo mundo, médico, enfermeiro, e o psicólogo veio, aí eu vi aquilo, eu fiquei agitado, emocionado e tal, aí ele olhava pra pessoa que tava lá mal, e olhou pra mim, aí ele veio em cima de mim e disse, “Seu X, o senhor tá bem, ele tá mal, mas o senhor tá bem”. Aí quer dizer, eu achei interessante aquilo, por isso que eu te digo que é muito importante esse acompanhamento, muito mesmo, porque me tranquilizou naquela hora. “O senhor tá bem, preste atenção, ele é que tá passando mal, o senhor tá bem, não se emocione”. Eu achei muito legal, foi marcante, eu nunca esqueço essas coisas, sabe. E como eu te digo, quando você tá lá, aí chega aquele tédio, né. Porque começa assim a tua rotina, cinco da manhã, chega a enfermeira e diz, “Bom dia, vamo tomar o remédio”. Aí todo mundo tomando o remédio, aí daí a meia hora, “Vamos pesar”. Aí vai todo mundo pra balança, aí quando começa a fazer aquilo todo dia, aí depois café da manhã, lanche, que a gente chamava o carrinho da alegria, depois almoço, e assim vai, aí começa a se tornar repetitivo, começa a entediado, como eu tenho menos de 60 anos, eu não tinha direito a acompanhante, aí é muito legal quando você tem alguém pra falar com você, vai no leito, aí você pede um livro, aí diz vamo ali na biblioteca, esse trabalho eu achei muito interessante. E o trabalho também da terapeuta ocupacional, que até violão trouxeram pra eu tocar lá, descobriram que eu era músico, então no final eu fiz muitos amigos no hospital, perdi alguns também, né, dos que não se cuidaram, porque na realidade, esse número de óbito, eu prestei atenção, era mais das pessoas que retornavam. Por exemplo, fez a cirurgia, aí não se cuida, aí três ou quatro anos depois volta, aí não tem mais jeito, então eu perdi umas cinco ou seis pessoas lá nessa condição, já tinham feito a cirurgia, ficaram bem, aí sei lá, aquele processo, se acomoda, “Ah eu tô bem”, e não se cuida mais. Todos as pessoas que eu conheci que faleceram, já tinham feito a cirurgia há cinco anos atrás, aí foi também falta de cuidado, e isso é importante que seja falado, né. No meu caso eu tô com medo, não quero voltar pra fazer esse caminho de novo. O médico que me atendeu até brincou comigo, ele falou assim pra mim, “O seu X é uma das pessoas que enfrenta os maiores problemas de peito aberto, literalmente”, rrsrrsrs.

IX- Você tem alguma queixa sobre o atendimento no SUS? Tem um ou mais de um exemplo de algum fato dificultador que você poderia citar?

É, por exemplo, o meu cartão do SUS, eu me matriculei no Posto de Saúde 02 em 2011, aí eu já tive consultas com... Eu já fui pra cardiologista, pra nutricionista, essa coisa toda. Quando foi agora que eu precisei do angiologista, agora em 2013, pra minha surpresa o meu número do meu cartão do SUS tava no nome de uma senhora, aí me deu o maior problema, aí essa senhora mora lá pro (Bairro C), eu teria que ir lá e eu não posso me locomover, nem tô andando de ônibus porque eu tô com uma cirurgia ainda recente, ficou complicado isso aí, eles erraram, eu não sei o que aconteceu, eu sei que trocaram, eu passei uma semana indo pra lá, pra poder resolver... Só que já resolveram, agora eu tô com outro número no cartão do SUS, que eu não sei se vai me dar problema no INSS porque eu tô naquele processo de auxílio-doença, tá entendendo, aí eu dei um cartão do SUS na época, e agora eu tô com outro número, eu não sei se isso vai me causar algum tipo de problema depois... Esse foi o único problema que eu tive, não com relação aos profissionais, né... E o que eu lembrei agora foi em relação à emergência lá do Hospital, nessa minha volta que eu vi lá aquela agonia, como eu tava te falando, foi a única coisa que eu me decepcionei, a gente vê que é o único do governo, é muita gente, a procura é muito grande, e as pessoas tavam pelos corredores, foi isso que eu vi né, mas de qualquer forma as pessoas tavam sendo atendidas... Eu acredito que, sei lá, o governo pode olhar um pouco melhor... Porque de técnicos o hospital tá bem servido, mas eu achei que o problema é que falta, por exemplo, lá na UTI, eu não posso dizer que o material é sucateado porque eu não entendo, mas por exemplo, os aparelhos que tavam ligados em mim de vez em quando apitavam, davam sinal de que eu tava passando mal e eu não estava, aí era aquele corre-corre, eu tava bem e a máquina tava dizendo que eu não tava. Mas graças a Deus como eu te disse, os técnicos são muito bons,

aí olhavam e diziam assim, “Impossível isso aqui, tá dizendo que ele não tá bem mas ele tá bem”. Aí foram lá e tiraram a minha pressão que aparecia alta e tava normal...

X- Você quer acrescentar mais alguma coisa, um comentário, uma opinião, sobre tudo o que nós conversamos, ou mais alguma coisa que eu não lhe perguntei, mas você quer falar, deixar registrado, sobre o seu percurso dentro dos serviços de saúde onde você foi atendido? Qualquer coisa que você queira, pode falar...

É aquilo que eu te falei. Eu acho que tecnicamente, o Hospital ele tá bem. Dos profissionais que eu conheci, muito bem. Agora eu acredito que falta, tipo assim, mais equipamentos, sabe... Muitas das vezes eu sentia assim, por exemplo, a nutricionista, ela queria te oferecer uma coisa melhor, mas não tinha, tá entendendo? Eu perguntava assim, eu posso comer a minha torradinha com uma margarina becel? Não, não pode. Por quê? Porque eu sei que não tinha. Eu penso assim, sabe... Existia a boa vontade, mas faltava alguma coisa. Por isso que eu te digo quando eu falo assim do poder público, precisava olhar melhor pra aquilo ali, é muito bom aquilo ali. Eu nunca me imaginei chegando num hospital assim do SUS. Eu pensei, eu vou sofrer, rrsrrsrrs. Mas graças a Deus, não. Eu acho que é só uma questão de olhar melhor, investir mais... Eu não sei se eu dei sorte, porque eu já levei amigos meus no Pronto Socorro Municipal, e quando eu vi aquilo, parece que eu tava vendo um filme de guerra, e os soldados chegando feridos... Era assim que eu via o Pronto Socorro da Prefeitura, aquela coisa triste mesmo, as pessoas gritando, era um negócio horrível, horrível. Aí era isso que eu tinha medo, sabe, eu vou ser internado, será que eu vou ficar assim, nessa situação? Graças a Deus não. Eu dei sorte... Mas talvez nem tenha sido isso. Ali tava todo mundo na mesma situação que eu tava... E outra coisa, eu não via ninguém se queixando, as pessoas não viviam se queixando assim, do tratamento, era um caso isolado às vezes, um caso ou outro, um velhinho nervoso, se aborrecia de alguma coisa... Se eu dei sorte eu não sei, eu sei que onde eu cheguei, apesar da estrutura física ser aquela coisa apertada, mas os técnicos, por exemplo, o médico que me atende no posto aqui do (Bairro B), muito bom, sabe. O cara te ouve e tal, eu sinto até que as pessoas gostam dele, sabe, chega um, “Ah o doutor tal”, as pessoas chegam, “Ah o doutor fulano”, então eu percebi que ele é uma pessoa agradável, entendeu. Com certeza tem outros profissionais que não são assim, tem profissionais e profissionais, né, mas não cruzaram o meu caminho, ainda bem. Graças a Deus eu não tive nenhum problema ainda, com ninguém.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

Discursos de usuários do SUS sobre a integralidade do cuidado em rede num hospital público em Belém - Pará

**Apêndice B – Entrevistas com os Usuários
Entrevista 03 (Usuário 03)**

Entrevistado: A. F. V.
Sexo: Masculino
Escolaridade: Ensino médio incompleto
Idade: 47 anos
Profissão: Vigilante
Estado civil: Solteiro, sem filhos
Data da Entrevista: 27 de junho de 2013.

TRANSCRIÇÃO DE ENTREVISTA - USUÁRIO 03

I- Como é que você pode descrever a sua experiência de atendimento dentro SUS, não só aqui no Hospital, mas em todos os locais onde você foi atendido, desde o início do seu problema de saúde, até quando veio para o hospital, e depois que você saiu de alta, nos locais onde foi atendido, qual é a sua opinião sobre o atendimento e como é que foi o seu percurso dentro da rede SUS?

Quando eu tô dentro do hospital é um atendimento bom, tem medicamento, tem acompanhamento médico, psicológico... Na internação até que foi bom, que eu fiz o controle da diabetes, controle da nutricionista que eu tava muito debilitado, quanto a isso eu não tenho nada que reclamar, é um atendimento padrão, nota 10, principalmente a nutricionista. Eu tomei remédio pra diabetes, fiz vários exames de sangue, eu tive melhora. Só que foi difícil eu conseguir me internar. Eu vim pra uma consulta com uma médica gastro no ambulatório (do Hospital Público Pesquisado – grifo nosso) em fevereiro, eu tava botando sangue coagulado, com muita dor, meu intestino inchado. Ela viu minha situação e mandou me internar... Aí durante a minha internação foi bom, porque eu melhorei um pouco. Agora quanto ao SUS em geral, demora muito a consulta, você marca um retorno passa 03 meses, marca um exame passa 02 meses pra poder conseguir fazer. Passa esse tempo, a doença vai evoluindo e você vai perdendo tempo devido o período de consulta. É isso... E a espera é normal, você tem que esperar, muita gente, a demanda é grande. É isso... Eu considero que é muito tempo que a pessoa leva pra poder fazer um exame. Essa ressonância aqui eu passei 03 meses pra poder liberar pra fazer. Então, se fizesse com 01 mês... E uma consulta, eu saí do hospital em março, o meu retorno com o proctologista eu consegui só pra agora final de junho, então é muito tempo que você espera... Até agora o tratamento que eu fiz não tá resolvendo o meu problema. Eu continuo com dor, o intestino inchado, botando sangue coagulado, não melhora. Nem eu ficando internado quase um mês não resolveu o meu problema, eu continuo inchado e com dor, até hoje eu não tenho diagnóstico, faz um exame dá uma coisa, faz um exame dá outra. Mas eu continuo me consultando, enquanto há vida há esperança, eu não posso ficar esperando a morte de braço cruzado. Os médicos do Hospital me deram uns encaminhamentos depois que eu tive alta. Aí eu marquei as consultas quando eu saí. Minha consulta essa semana é com o proctologista, nesse Ambulatório daqui. E em agosto com a Dra. X2, que é a minha gastro, só daqui a quase dois meses. E em julho é uma na (Unidade de Referência 01), com o urologista. E semana que vem tem uma aqui também com a psicologia, que é a primeira, marcaram quando eu vim me consultar depois da alta. Mas nada de melhorar... Esse meu problema eu tenho desde muito tempo. Eu fiz uma colonoscopia no (Hospital Público de Urgência – HPU) e deu tipo uma ferida na passagem anal. Aí na época eu fui com um proctologista... O Dr. X3 lá do (Hospital Filantrópico 01), ali no (Bairro D), ele fez uma raspagem, aí eu fiquei bom. Só que o que eu sentia na época não é o que eu tô sentindo hoje, eu não sentia nada no intestino... Assim que inaugurou o (HPU) ele atendia o pessoal do (Bairro D), a secretaria de saúde mandava pra lá fazer exame, aí o Dr. X3 me passou uma colonoscopia e me encaminharam pro (HPU), que ele tinha feito outro exame em mim, tinha me examinado com o aparelho, olhava e não via nada, aí lá no (HPU), através da colonoscopia com a foto,

que foi detectada uma ferida que eu tinha. Agora não faz mais esses exames lá, hoje em dia é só pra quem vai esfaqueado, acidentado, aí entra lá... Mas assim que ele inaugurou ele atendia exame assim complicado como colonoscopia. Aí eu fiquei bom, passou um tempo, quando foi agora, tá com dois anos e cinco meses, eu fiquei com uma dor no meu reto, aí foi aumentando pro intestino, foi, foi, tô até hoje... Botando as fezes com sangue coagulado, sinto inchado dentro do meu reto, e sem diagnóstico. Essa última colonoscopia que eu fiz não deu nada, deu só intestino inchado, cólon redundante... Eu só quero descobrir o que tenho, eu quero viver normal, não quero viver assim... Eu não tô aguentando. Se for preciso operar, ou outra coisa, eu vou. Eu não posso é ficar assim, não é fácil, não...

II- Vamos falar um pouquinho sobre esse atendimento psicológico que você recebeu dentro do Hospital. Qual a sua opinião sobre esse atendimento? Para onde você foi encaminhado quando teve alta do hospital? Você continuou recebendo atendimento psicológico?

No atendimento psicológico me deram muita palavra de estímulo. E também, embora o meu problema não seja psicológico, mas a gente com um problema sem resolver há dois anos e cinco meses, todo tempo, a pessoa fica com a estrutura abalada. É isso... Eu me senti ajudado na colonoscopia, que o Dr. X4 não queria nem fazer aí as psicólogas botaram pressão, aí ele fez... Só que mesmo assim não deu nada, deu só intestino inchado, né, não deu ferida. Nesse sentido eu refleti e eu vi que as psicólogas pressionaram ele pra poder fazer, eu achei bom, né. Porque eu não tenho ninguém pra se virar junto comigo pra fazer um exame, nada, eu que tenho que correr atrás. Eu não tenho parente que trabalha em hospital, nada, eu tenho que ir atrás de tudo eu mesmo. Aí depois da alta o Dr. X4 me deu encaminhamento pro proctologista, e pra acompanhamento psicológico, aí quando eu fui marcar me agendaram em agosto pra minha gastro (cinco meses depois), pro proctologista em junho (três meses depois - grifos nossos) e pro psicólogo em julho, é semana que vem agora, a minha primeira consulta. Mas foi eu que pedi só pra agora, porque eu pensei assim, o meu caso ele não é psicológico, é real, não é um negócio assim que tenha alguma coisa mental, aí eu dei prioridade pra marcar com a gastro e com o proctologista. É isso... Na gastro eu já tinha me consultado antes de internar. Foi essa gastro que me encaminhou pra me internar aqui quando eu vim consultar com ela em março...

III- Por qual motivo ou motivos você recebeu acompanhamento psicológico quando estava internado no Hospital, no Ambulatório e nos outros serviços?

O médico achou que eu não tava doente de verdade e falou que ele ia pedir pra me atenderem, ele não sabia mais o que dizer pra mim, porque os exames que eu levei e os que ele fez lá não davam nada, e eu dizia que eu queria resolver o meu problema né, fazer uma cirurgia, fazer outro exame, e eles queriam que eu fosse de alta, e eu não queria. Aí veio uma psicóloga, me atendeu, eu falei tudo pra ela o que eu sentia, que era muita dor, eu me sentia inchado, aí no outro dia quando ela voltou veio mais duas com ela, eu acho que eram alunas de lá, e ficavam voltando comigo pra saber como tava o tratamento, eu dizia. Elas falaram com o meu médico, o Dr. X4 pra ele autorizar mais uma colonoscopia, e ele concordou depois, mas primeiro ele disse que não precisava mais porque eu já tinha feito lá outro exame com um nome difícil, e também deu normal, era o exame do retossigmoide, aí eu fiz os dois, como não deu nada assim pra operar, só intestino inchado, eles conversaram comigo que iam me dar alta. Eu fiquei sendo acompanhado até eu sair, no dia da minha alta elas foram lá, conversaram comigo, eu falava que eu não tenho problema psicológico nenhum, nem uma dificuldade assim pra esse lado mental, mas eu achei o atendimento bom. Quando eu saí me deram o encaminhamento pro psicólogo junto com o outro do proctologista. Eu marquei pros dois quando eu saí de alta. Pra gastro eu consegui falar com ela e eu fiz uma consulta nesse dia, foi logo depois da alta. Aí eu remarquei pra agosto, e o procto marcaram pra hoje, por isso que eu vim...

IV- Então já que você tem uma consulta marcada na semana que vem, você pretende continuar em acompanhamento psicológico aqui no Ambulatório do hospital, não é isso?

É... Porque eu acho que pode me ajudar, se não for em termos disso que eu lhe falei, que não é psicológico o meu problema, o que eu tenho é dificuldade pra andar, eu me sinto inchado, me dói tudo o tempo todo. Pra mim vir pra cá eu pego 04 ônibus, então é esse o meu problema... Mas eu acho que pelo menos pode me ajudar em outras coisas, um encaminhamento pra um outro tipo de médico, por exemplo... Agora se for só pra um negócio psicológico, alguma coisa desse tipo, não. Não adianta porque o meu caso não é esse... Mas a consulta tá marcada.

V- Você sentiu algum benefício pra você e para a sua saúde a partir desse cuidado do psicólogo e dos demais profissionais que você recebeu? Você se sentiu sendo cuidado?

Não. Benefício assim de melhora, não. Benefício eu tive, né, eu fiz essa colonoscopia, foi um benefício. E também só da pessoa dar um apoio, uma conversa com uma pessoa que vive doente que nem eu já é uma grande coisa, é um grande benefício. Mas em termos de melhora, eu não consigo me lembrar, eu ainda tô desse jeito... Dizer assim que me cuidaram pra eu ficar sem o que eu tinha, isso não...

VI- Qual é a sua opinião sobre o atendimento que você recebeu dos outros profissionais nesse(s) serviço(s), do médico, do enfermeiro, da nutricionista, etc. Você se sentiu sendo cuidado?

O atendimento médico, eu tive acompanhamento do Dr. X4, agora tive acompanhamento com essa médica que eu vou, a gastro, Dra. X2, agora melhora eu não tenho não, e o urologista na (Unidade de Referência) eu também vou lá de novo levar uns exames pra ele ver, mas até agora eu continuo sem ter resultado nenhum pra eu voltar a ter saúde mesmo, então eu acho que não cuidaram de mim direito, não. É isso... Da nutricionista no hospital foi um bom atendimento, eu até pedi pra ela repetir as minhas refeições porque eu sentia muita fome, a diabetes que eu tenho aumentou até 400, e ela fazia, atendia, vinha tudo em dobro, o café, a merenda, botavam bastante porção no almoço. Quanto às enfermeiras também eu não tenho nada que me queixar, os remédios vinham tudo na hora certa. Agora eu é que infelizmente piorei, não consegui me operar, não melhorei.

VII- O atendimento que você recebeu na rede de saúde, antes de ser internado, aí em seguida no Hospital durante a internação, e depois que você saiu, no Ambulatório do Hospital, na Unidade de Referência, está ou não dentro daquilo que você sentia que era o ideal, e pensava que ia ser assim, e queria que fosse? Tem algum exemplo sobre isso?

Olha, quando a gente vai numa consulta, marcar um exame, eu pelo menos, eu vou com muita dor, todo inchado, eu vou me arrastando. Aí a gente tem dificuldade, acha ruim, porque é muita gente, você fica na fila, você espera, infelizmente pra mim já virou uma coisa normal. Aí eu faço um exame, eu consigo, eu batalho, as coisas até saem, só que eu não tenho melhora. Então, se chegarem comigo assim, vambora te operar, vambora tirar a tua próstata, tirar a parte do teu intestino que tá estragada... Só que não tem nem o diagnóstico... Eu me sinto doente, faço exame, não dá ferida, já dá o intestino inchado. Aí o outro já dá próstata inchada, o outro já dá uma coisa no rim... Aí eu fico numa situação difícil. Às vezes eles nem sabem mais o que fazer por mim... Por exemplo, eu tava com muita diarreia, tava botando sangue coagulado demais, como se tivesse uma ferida dentro de mim, no reto, no intestino, sei lá, não sei se tem alguma coisa com a próstata, com a bexiga... Aí essa médica que me internou, a Dra. X3, eu vim com ela, falei o que eu tinha, ela mandou me internar, não resolveu meu problema, mas me ajudou, né. Eu não sei agora o que ela vai fazer por mim, que tipo de exame ela vai passar... O meu caso, pelo que eu sinto só uma operação, porque remédio não dá mais jeito, não.

VIII- Você tem alguma facilidade pra falar sobre o seu atendimento, tratamento ou cuidado que recebeu no SUS, de todos esses profissionais de saúde que lhe atenderam? Poderia citar um ou mais fatos que pra você foram facilitadores do atendimento?

Quanto aos médicos que me atenderam, o uro, gastro, procto, eles passam exame, eu faço, infelizmente eles não chegam a um denominador comum, um diagnóstico. Aí eu passo pra outro, vou em um, vou em outro, todos me dão atenção, só que até hoje não tem um êxito assim, o diagnóstico certo, vamo operar, é isso... Agora quanto ao tratamento eles me tratam bem, normal, e o tempo de cada consulta também é limitado, que é muita gente, né. Às vezes tem médico que é mais curto, devido ter muita gente. Tem outros que demoram mais um pouco consultando a gente...

IX- Você tem algum relato de dificuldade que encontrou nesse atendimento, tratamento ou cuidado recebido no SUS? Citaria um ou mais fatos que você acha que dificultaram a sua passagem pela rede de saúde?

Tem, eu tive dificuldade porque eu tô com colonoscopia, com ressonância, com tomografia, e até hoje eu não consigo um diagnóstico e nem uma cirurgia, e eu só tô piorando. Eu passo o dia inteiro com dor, isso é permanente, desde quando eu me acordo até eu me deitar, durmo mal porque me incomoda, sentindo dor e como

se eu tivesse inchado por dentro, e as minhas fezes sanguinolentas. É isso... É o lado negativo que eu vejo, que eu não tô vencendo isso... Eu não desejo pra ninguém o que eu tô sentindo aqui, eu dou graças a Deus que eu ainda consigo andar e dormir, mesmo com dificuldade. Se eu não conseguir mais nem dormir nem andar aí eu me acabo de vez, porque eu não vou poder resolver mais nada sozinho como eu ainda faço hoje, eu não tenho ninguém pra resolver nada por mim... E eu sinto que isso tudo tá só aumentando, aí é triste...

X- Dentro de tudo o que você falou, gostaria de falar mais alguma coisa, um comentário ou opinião sobre tudo o que nós conversamos, ou dizer mais alguma coisa que eu não lhe perguntei, mas quer deixar registrado sobre suas experiências dentro dos serviços do SUS onde foi atendido?

Eu quero é que me ajudem a vencer essa doença, me operar se for o caso, fazer um exame, uma consulta. Eu não tô aguentando. Eu quero resolver o meu problema, ninguém nasce com dor, ninguém fica doente tanto tempo, eu tô há dois anos e cinco meses doente, a minha vida é limitada, sempre ando com dor, chego em casa tenho que me deitar pra poder aguentar, que eu moro sozinho, é triste. Eu quero um diagnóstico e quero me operar se tiver que ir, isso que eu tenho não é normal.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

Discursos de usuários do SUS sobre a integralidade do cuidado em rede num hospital público em Belém - Pará

**Apêndice B – Entrevistas com os Usuários
Entrevista 04 (Usuário 04)**

Entrevistada: L. S. R.
Sexo: Feminino
Escolaridade: Ensino fundamental completo
Idade: 39 anos
Profissão: Governanta
Estado civil: Separada, sem filhos
Data da Entrevista: 05 de julho de 2013.

TRANSCRIÇÃO DE ENTREVISTA - USUÁRIA 04

I- Como é que você pode descrever a sua trajetória de atendimento no SUS, desde o início, nos locais onde você passou antes de ser internada, durante a sua internação no Hospital, e depois que você saiu, como foi esse percurso na rede de saúde e como é até hoje?

Olha, pra mim foi muito bom, porque tipo assim, quando me deu esse problema, eu não queria aceitar, então desde quando eu fui internada a primeira vez o médico conversava muito comigo, aí eu fui aceitando o tratamento, que eu não queria aceitar de jeito nenhum... Então foi essas pessoas que me ajudaram a aceitar o problema que tinha acontecido comigo, entendeu? Pra mim foi muito importante isso, tanto no hospital onde eu fiquei antes quanto aqui, é até surpreendente... Tanto é que quando eu falto eles querem saber o motivo, me dizem que não é pra mim faltar, que é muito importante eu vir fazer o tratamento as 03 vezes por semana. Então se não fosse essas pessoas me tratarem tão bem, eu acho que eu já tinha desistido, sinceramente... Eu já tinha desistido mesmo, porque é muito difícil, muito. Outro dia me deu uma dor, que eu tenho problema de vesícula, aí eu fiquei pensando, meus Deus, pra onde eu vou, aí eu vim aqui (no Hospital - grifo nosso) e a médica na hora me atendeu. Mandou as enfermeiras fazerem uma medicação, passou a minha dor, eles me acolheram aí, mandaram eu deitar lá na emergência, eu deitei, fizeram o medicamento, aí eu fiquei em observação, não tinha nada a ver com a diálise, não. Mesmo assim eu fui atendida por pessoas que realmente me ajudam muito, tanto no meu tratamento de hemodiálise, como na maneira como eles tratam a gente... Agora, esse meu problema foi assim, eu não sabia o que eu tinha. Eu comecei a ficar inchada, aí eu fui lá no (Hospital Privado 02). De lá eu fui pro (Hospital Privado 03), foi lá o meu diagnóstico. Aí quando eu saí de lá conseguiram aqui no (Hospital Público da Pesquisa) pra mim. Eu passei também pelo Ambulatório daqui, com a psicóloga. Aí quando eu cheguei no (Hospital Privado 02), lá não tinha clínica de hemodiálise, eu tinha plano de lá, mas eu tinha que sair de lá pra ir fazer noutro local, aí tava mais difícil pra mim, né, porque quando o meu rim parou eu fiquei precisando muito de hemodiálise, tipo assim, logo no início eu tinha que fazer todo dia, e lá no (Hospital privado 02) eu tinha que fazer só as 03 vezes que o plano cobria só isso, eu ia pra uma clínica que eles me mandavam, aí não deu. Era nefro alguma coisa o nome da clínica, e lá era muita gente, eles não conversavam direito com a gente, eu não me adaptei muito não. De lá eu fui pro (Hospital Privado 03), aí lá a sala de hemodiálise era bem do lado do meu apartamento. Aí todo dia eu fazia as 03 horas. Lá no (Hospital Privado 03) foi ótimo, eu passei um mês e vinte dias lá, porque lá que descobriram tudo o que tinha acontecido, fizeram a biópsia, me deram o diagnóstico, me disseram o que eu tinha, mesmo, aí depois que eu descobri o que eu tinha, que eu comecei a fazer o tratamento, eu recuperei rapidinho, aí não tinha mais porque eu ficar lá, porque o meu plano tinha que pagar por diária lá pro (Hospital Privado 03), é muito caro. Aí eu saí de alta de lá e conseguiram aqui no (Hospital Público da Pesquisa) pra mim. Assim que conseguiram aqui pra mim eu comecei a fazer a diálise aqui... Me encaminharam pra cá, mas aí eu já tava bem, entendeu, já tava fazendo só as 03 vezes por semana, não era mais todo dia, igual logo quando eu entrei lá. Eu tinha desinchado já, bastante, eu já tava fazendo xixi,

eles conseguiram isso lá, depois de um mês o meu xixi voltou, porque antes eu não fazia xixi nem pingado. Então, depois disso eu vim pra cá, eu já nem fiquei internada, eu vinha só fazer as sessões de hemodiálise e voltava pra casa, isso foi desde maio de 2004, já tem 09 anos, um bom tempo já, né... Aí é isso, no começo eu não queria aceitar, não queria vir, eu dizia, “Ai meu Deus, o que é que eu vou fazer?”, aí falaram em transplante pra mim, eu não queria, foi uma loucura. Aí depois eu coloquei na minha cabeça, “Não, eu vou ter que superar isso aí”. Eu não quis o transplante porque era o meu irmão que ia me doar, aí eu fiquei com aquela impressão que ia fazer falta pra ele, mas depois não, a gente foi pra uma palestra, eles explicaram tudinho, que não tem nada a ver, aí agora eu só tô esperando resolver esse problema dessa vesícula, que eu acho... Eu acho não, eu vou fazer esse transplante. Ele é 100% compatível comigo, deu as linhas cruzadas, tudo, ele já fez todos os exames, a parte dele tá fechada, ele tá só me esperando. Aí agora eu vou levar a sério e vou fazer, chega já, eu decidi fazer.

II- Qual a sua opinião sobre o atendimento psicológico que você recebeu no Hospital? Como você pode descrever esse atendimento? Você chegou a ser encaminhada daqui pra algum outro local?

Olha, as psicólogas foram as pessoas aqui assim que eu tive mais afinidade, porque passaram por mim aqui três psicólogas, né, então uma é diferente da outra, entendeu, aí eu me identifiquei mais com uma delas, a X, e pra mim foi muito bom, foi ótimo, me ajudou muito, muito mesmo, porque eu sou uma pessoa assim, esclarecida, né, só que nessa parte do que aconteceu comigo eu não tava me vendo fazendo hemodiálise, foi muito difícil pra mim. Então essa parte aí dela conversar comigo foi muito importante pra mim, né, que aí agora hoje em dia eu converso, as pessoas me perguntam “Ah o que é isso no teu braço?”, eu já consigo falar o que é, tem gente que não sabe “Ah, mas o que é?”, antes eu era grossa, eu dizia, “Ah, não interessa, tudo vocês querem saber, que coisa...”, hoje em dia não, eu já falo direitinho o meu tratamento, eu sei tudinho, eu falo, eu passo pras pessoas, entendeu, eu falo sobre o remédio que eu tomei sem receita médica e me deu a nefrite, fez parar os meus rins, aí eu digo pra eles, “Olha não façam isso, não pode, foi isso que me prejudicou”. Então antes de eu fazer esse acompanhamento eu não conseguia falar assim, era diferente, era mais difícil pra mim, eu não aceitava. Eu acho que eu passei a aceitar melhor, entendeu, e tudo foi melhorando com o tempo... Depois que eu aceitei fazer o transplante eu vou assim lá no (Hospital Público 02). É lá que tem médico que cuida de transplante de rins mesmo, que aqui não tem, aí ele passa os exames todinhos pra mim, aí eu venho e faço todos aqui, mas nunca mais eu fiz consulta lá... Só o que eu não tenho aqui é dentista, eu tenho que fazer fora.

III- Qual foi o motivo que levou você a receber acompanhamento psicológico no Ambulatório e no setor de hemodiálise, depois que você iniciou o seu tratamento aqui no Hospital?

Eu não fiz acompanhamento psicológico assim direto, entendeu, mas quando eu iniciei o tratamento aqui eu faltava muito de manhã, no primeiro turno era bem difícil pra mim, eu tinha que acordar muito cedo, vinha de ônibus, sabe como é, né, aí psicóloga foi uma pessoa que se preocupou muito comigo, ela dizia assim pra mim, “Poxa, mas você é jovem, bonita, pára com isso, não te entrega, vem fazer o teu tratamento, faz o transplante”, ela me deu a maior força, foi muito legal, eu gostei de ouvir assim ela me chamar pra conversar comigo, sabe... Me ajudou muito, muito mesmo, porque quando você vem pra esse programa você fica fechada, às vezes você não quer falar sobre o assunto, e com ela eu consegui falar sobre o assunto, o que tava acontecendo comigo, porque às vezes a tua família chega, eu dizia “não, tá tudo bem”, sempre eu corria do assunto, e com ela não, eu consegui me abrir... Eu lembro que ela me dizia “Olha, o que tá acontecendo, me fala, por que você não tá fazendo o seu tratamento direito?”, aí era que eu falava pra ela “Ah, eu tô cansada já disso, eu quero fazer outras coisas, tem dias assim que preciso fazer outras coisas e eu tenho que vir pra cá”. Aí foi que ela disse assim “Não, mas se você não vier pra cá fazer o seu tratamento você não vai fazer nada na tua vida, você pode ficar internada, pode te dar uma coisa pior, então você nunca foi internada aqui, você é uma mulher aparentemente saudável, então pára com isso, depois que te der alguma coisa pior não vai ter volta”. Aí eu fiquei pensando... É, realmente, as coisas vão ter que esperar, né, pra eu fazer o meu tratamento primeiro. Aí foi que eu falei assim pra ela “Eu não quero fazer esse transplante agora, mas eu vou me organizar, e eu vou mudar...”. E foi o que aconteceu, eu mudei, mudei mesmo, de vez em quando eu faltava, mas como era antes não, antes era pior. Aí foi nessa época que eu tinha até parado o meu tratamento, aí eu voltei depois. Primeiro marcaram umas consultas pra mim no Ambulatório com o nefrologista, aí depois foi que ele me mandou de volta pra diálise de novo. Aí nesse tempo eu fui atendida também pela psicóloga lá no Ambulatório, mas eu fiquei pouco tempo lá, quando eu voltei pra cá eu já fiquei de novo com a psicóloga da hemodiálise. E agora eu voltei a fazer os exames, né, pro transplante, eu fiz tudinho, por aqui mesmo. Mas levou um tempo pra eu querer...

IV- Você continua em acompanhamento psicológico atualmente?

Não. Agora eu não tô sendo mais acompanhada. Só às vezes quando eu quero falar alguma coisa mais minha mesmo, aí eu procuro ela, e a gente conversa. Porque no início foi tipo assim, eu não parava, né, eu nunca tinha tempo de ir lá com ela, então às vezes ela vinha aqui conversar comigo, entendeu. Só quando era muito particular mesmo que ela me chamava lá na sala, e até hoje é assim, só que sou eu que chamo ela às vezes quando eu preciso...

V- Que tipo de benefício ou de ajuda pra você e pra sua saúde você acha que teve a partir desse cuidado recebido, pelo psicólogo e demais profissionais? Você se sentiu sendo cuidada?

Olha, eu me senti cuidada sim, pra mim foi tudo... Porque do jeito que eu tava querendo fazer, eu acho que essa hora eu não tava nem aqui mais... Pra mim foi tudo, foi muito importante. Tipo assim, né, eu aceitei meu problema... Eu sentia que eles tinham assim um cuidado comigo, todos eles. Eu passei a não comer mais besteira, eu comia muita besteira, gostava muito de refrigerante, de lanche no shopping. Hoje em dia é tudo controlado. Eu posso até tomar, mas não é todos os dias, sabe. Uma vez ou outra, quando tem um aniversário, assim, né, pra ficar diferente um pouco, só provo assim, antes era muito que eu queria comer, beber, era de tudo. Mas eu tomo suco, a minha água eu tomo normal. Tudo isso eu fico pensando, meu Deus tem gente que nem prova água, só um pouquinho... Eu tomo água, eu tomo suco, hoje em dia eu não como mais carne gordurosa, eu tirei, sabe. Quer dizer que até isso foi bom pra mim, que eu agora como umas coisas mais saudáveis, sei lá... Não como mais hambúrguer pela rua, essas besteiras... Eu não faço mais isso de jeito nenhum.

VI- Esse atendimento que você recebeu dentro da rede de saúde, particular e depois no SUS, esse tratamento, esse cuidado que você recebeu, qual a sua opinião sobre o atendimento de todos esses profissionais de saúde nesse(s) serviço(s) que você passou?

Olha, eu não achei tanta diferença do atendimento particular pro público, não foi tanta diferença, porque como eu tô lhe falando, me trataram super bem aqui e lá, entendeu, qualquer coisa que eu sentia eu falava, na hora eles vinham me ajudar, porque no começo eu usei cateter, né, aí eles tentavam muito, era muito difícil pra mim, entendeu, aí eles vinham, aliviavam, passavam alguma coisa, sabe, faziam de novo o curativo, então eu não senti tanta diferença. O que foi difícil foi eu entrar aqui, foi difícil porque tipo assim, se não fosse uma pessoa conhecida eu não teria entrado... A minha patroa, que eu era governanta dela, entrou em contato com a pessoa que ficava no banco de atendimento daqui, explicou a situação pra ela, ela disse “Tá, assim que tiver uma vaga eu falo pra você”. Aí eu achei que depois disso não foi tão difícil, assim, não demorou muito, né, porque as pessoas comentam que é difícil entrar, né... Sem isso eu acho que tinha demorado demais, porque eu já vi muita gente reclamando que demora muito, eu não tinha noção disso... Depois que eu entrei aqui que eu fui passar a observar, a ouvir as coisas, né, muita gente reclamando, “Poxa, demorou muito”, ou então “Eu quero ir embora pra minha cidade, não tem vaga, aí eu tenho que ficar aqui internado”. Eu não tinha noção dessas coisas, sabe... Aí depois que eu entrei pra cá foi que eu fui perceber que eu tive sorte então, né, não demorou, foi rápido que arranjaram a vaga pra mim, eu tava bem já. Aí no atendimento, como eu já falei, eu sempre fui muito bem tratada, eu acho que aqui eles cuidam da gente mesmo, entendeu, e deles todos eu me identifiquei mais com a psicóloga, como médico, o Dr. X5, também, que é o médico de todo mundo aqui, mas a vida dele é corrida, ele chega e tal, mas não fica muito, aí também não tem muito o que falar dele. Agora, os residentes médicos, são excelentes. Eles entram, eles perguntam, eles se preocupam, passam receita, e vamo supor, quando a pessoa faz hemodiálise, ela não pode comer várias coisas, aí quando o meu potássio tá alto, ela me chama particular, “Olha, dá uma maneirada que o teu potássio tá alto”. Eu acho isso muito legal, porque tem médico que não tá nem aí, né, faz a parte dele e vai embora, e os residentes daqui eles são assim, eles são muito gente boa. E os enfermeiros também, são bem legais, um diferente do outro né, tem uns que são mais legais. Eu acho que se eu for pra outro lugar eu vou estranhar muito, porque eu tô muito acostumada aqui já com todo mundo...

VII- O atendimento que você recebeu estava dentro da sua expectativa, naquilo que você imaginava do SUS, do que você pensava que era a rede de saúde, do que você queria pra você mesma? Você acha que o tratamento preencheu as suas expectativas? Tem algum exemplo sobre isso?

Olha, eu tenho, sim. Porque quando eu saí de lá do outro hospital eu fiquei com medo de vir pra cá, eu pensava “Meu Deus, esse lugar pra onde eu vou, será que é bom será que não é”, então no começo eu fiquei meio assustada assim, sabe. Mas depois não, graças a Deus me trataram muito bem aqui. E no começo eu fazia de

manhã, então era muito difícil pra mim, eu tinha que acordar 05 da manhã e vir pra cá de ônibus. Era muito difícil, muito difícil. Aí depois não, eu fui me organizando, já pedi pra trocar pra tarde, pro segundo turno, aí já juntei dinheiro, consegui comprar um carro, agora tá legal, né, mas não foi fácil, não.

VIII- Você tem alguma facilidade a destacar sobre o atendimento, tratamento ou cuidado que você recebeu no SUS por todos esses profissionais de saúde por quem você foi atendida? Você poderia citar um ou mais fatos ou exemplo de aspectos facilitadores que aconteceram com você?

Tenho. Tipo assim, olha esse exemplo dessa fístula aqui, eu fazia nesse braço aqui direito, ficou muito feio. Ficou feio, feio, feio... Aí eu conversando com o médico ele falou “Não, eu vou trocar pra você”, eu disse “Mas e se não der certo?”, ele disse “Não, vai dar certo sim”, aí eu fiquei com duas fístulas no braço, ele fez outra, essa aqui era feia, era horrível, cresceu muito o meu braço direito, aí ele fez essa aqui do lado esquerdo, aí não deu muito certo, depois ele veio pra cá mais em cima no mesmo braço, foi que deu certo. Quer dizer, são coisas assim que eu acho que em outro lugar eles iam dizer “Não, você tá com uma fístula aí, vai ficando aí”, mas não, ele fez essa, depois passou mais de um mês foi que ele desligou essa do lado direito, aí diminuiu bastante, aparece a marca ainda, mas era muito feio e já não tá mais. Então são coisas assim que sei lá, eu acho que é muita atenção, entendeu. E na hora de punccionar, também, doía muito, aí eles diziam “Não, a gente vai fazer com cuidado”. E ainda teve outra história, faz uns três meses começou a me dar uma dor aqui no abdômen, eu não sabia o que eu tinha, aí eu falei, “Poxa, mas eu não comi nada de errado”, era muita dor, uma dor horrível, toda essa parte aqui do abdômen, aí eu fiquei pensando “Pra onde eu vou? Eu não vou pro Pronto Socorro de jeito nenhum”, aí eu disse pra minha mãe “Meu Deus mãe, o que é que eu tenho, isso não é normal, não é uma simples dor de estômago”, porque eu sou uma pessoa forte, uma dorzinha de estômago não me abate. Aí eu vim pra cá na emergência, aí a minha médica me disse “O que você tá fazendo aqui?”, eu disse pra ela “Ai doutora, eu não sei o que eu tenho, eu tô com muita dor, muita dor”, foi que ela mandou fazerem uma ultrassom, aí deu pedra na vesícula, foi que ela passou o medicamento, não deu nem dez minutos passou aquela dor horrível... Aí eu comecei a fazer o tratamento, eu vou ter até que operar aqui, já tá tudo marcado pra cirurgia. Aí eu peguei conversei com o médico “Ah, mas a gente vai ter que cortar?”, aí ele falou “Mas por quê?”, eu disse “Não, porque eu não queria que cortasse, porque eu já vou fazer o transplante aqui”. Ele falou “Então eu vou abrir uma exceção pra você, abrir uma prioridade, fale com o seu médico se você pode fazer”. Ele disse que se eu pudesse fazer, ele ia fazer a laser, não ia nem cortar nada. Aí eu vim, falei com o médico, aí o Dr. X5 me deu um laudo, eu levei pra ele, aí foi marcado agora pro início desse mês que vai entrar... Aí eu me informei, se eu fosse fazer particular eu ia pagar... Eu vou fazer aqui pelo SUS de graça, né, então eu fiquei muito feliz, então são coisas assim que me agrada muito, pra mim o atendimento é excelente, excelente mesmo, apesar de todos os problemas que a gente sabe que acontece, né.

IX- Você tem algum aspecto dificultador a falar sobre esse atendimento, tratamento, cuidado aqui dentro do SUS, de todos esses profissionais que lhe atenderam, você tem um ou mais exemplos de dificuldades, de problemas que ocorreram com você aqui?

Com os profissionais não, nenhum. Do hospital sim, uma vez faltou material, né, sempre falta assim a agulha certa, uma vez colocaram uma agulha mais fina do que essa que ta aí hoje, isso aí deu o maior problema, inchou o meu braço ficou desse tamanho assim, enorme... São coisas assim que a gente lamenta, né. Agora nunca mais aconteceu nada disso, graças a Deus, e também porque eu não reclamo de nada, né, por exemplo, não tem a almofada da cadeira, pode pôr um lençol, não tem problema pra mim. Aí às vezes não tem gaze, esparadrapo, essas coisas que acontecem, né, que não é só aqui, eu acho que em todo lugar tá acontecendo isso, até no plano de saúde, que é pago, uma vez eu fui levar o meu sobrinho lá, não tinha nem leito pra ele ficar, ele ficou lá numa cadeira esperando desocupar... Aí eu fiquei pensando “Ah, então eu não tenho motivo pra reclamar do Hospital, porque até no plano de saúde que é pago tá acontecendo essas coisas”. Eu tive que comprar o remédio pra ele, porque não tinha lá, então a saúde tá em crise, né, mas Deus o livre, eu tô sendo bem atendida. Essa semana eles tavam fazendo greve aqui, rrsrrs, aí eu disse “Ai meu Deus, e agora, eu acho que não vai ter ninguém lá”. Que nada, a enfermeira ficou, depois teve outra que ficou, eu só não fiquei aqui porque... Eu disse “Ah não, eu vou é pra casa”, rrsrrsrs. Mas ela me falou e eu vi também, foi atendido todo mundo, eles saíram até mais cedo porque nem todo mundo veio, e outros foram embora, que nem eu. Se eu soubesse eu teria ficado então pra fazer a minha sessão, rrsrrsrs...

X- Você gostaria de acrescentar mais algum comentário, alguma opinião sobre o que a gente conversou, ou dizer alguma coisa que eu não lhe perguntei, mas você quer deixar registrado, sobre a sua passagem pela rede de saúde, pelo Hospital, na forma como você foi atendida?

Ah, a minha experiência é assim, que quando acontece alguma coisa com a pessoa assim, né, a pessoa não tem que ficar desesperada, não tem que ficar com medo, porque em todo lugar eu acho que existem pessoas boas, né, que podem talvez cuidar de você, que podem, sei lá, de repente te dar força... No meu caso, por exemplo, quando eu comecei a ficar inchada, que eu não sabia o que eu tinha, eu não aceitava isso no início, entendeu. Quando o meu rim parou, mudou tudo na minha vida, no meu corpo, tudo ficou diferente, era um pesadelo quando falavam em transplante, eu fazia a hemodiálise todo dia, aí depois ficou só 03 dias por semana, né. Mas passou muito tempo até eu aprender a aceitar... E aqui eu encontrei assim uma segunda família, porque eu passo 04 horas aqui 03 vezes por semana na hemodiálise, então às vezes eu fico mais aqui do que na minha casa, que na minha casa só é praticamente no final de semana que eu fico, então eu acho que se não fosse isso, as pessoas me tratam tão bem aqui, sei lá... Eu já teria desistido. E eu acho importante assim também às vezes a pessoa tem um problema, né, às vezes a pessoa fica mal humorada, e desconta nos outros, né, e eles seguram mesmo ali, sabe, “Não, não é assim, calma”. No meu caso, por exemplo, eu nunca consegui me acostumar 100% com o meu problema, mas hoje eu aceito melhor do que antes, por que eu senti ajuda aqui, eles cuidam da gente aqui, entendeu. É complicado ficar aqui 04 horas pra mim, às vezes eu tô sem paciência, eu quero que acabe logo, e fica demorando. Mas às vezes não, eu fico tranquila esperando mesmo as horas passarem, então a gente é assim, né, o ser humano, cada dia pode ficar de um jeito, depende do dia, eu acho... Tem dias assim que eu não quero vir mesmo, sabe. Aí eu digo “Mas e se acontecer alguma coisa comigo?” Ah eu vou correr esse risco, sabe. Eu acho que é isso, a mensagem que eu posso deixar é que a gente não pode deixar a doença tomar conta da gente, e eu consegui, graças a Deus, mesmo com esse problema, levar uma vida quase normal, com o pouco que eu recebo eu montei um negócio pequeno pra mim, juntei um dinheirinho, comprei um carro pra vir pra cá, e hoje eu tenho uma condição de vida e de saúde um pouco melhor do que antes, mas a duras penas. Depois que eu me conscientizei de que era eu mesmo que tinha que fazer a minha parte, aí a coisa ficou melhor, porque as pessoas me ajudavam, mas eu mesma tive que aprender me ajudar também, né. Foi duro, eu sofri bastante, mas valeu a pena...



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**Discursos de usuários do SUS sobre a integralidade do cuidado em rede num hospital público em Belém -
Pará**

**Apêndice B – Entrevistas com os Usuários
Entrevista 05 (Usuário 05)**

Entrevistado: G. L. M.
Sexo: Masculino
Escolaridade: Ensino médio completo
Idade: 23 anos
Profissão: Servidor público
Estado civil: Solteiro, sem filhos
Data da Entrevista: 24 de julho de 2013.

TRANSCRIÇÃO DE ENTREVISTA - USUÁRIO 05

I- Como você pode descrever a sua experiência de atendimento dentro do SUS, desde o início quando você precisou procurar ajuda, tratamento, passando pelo Hospital, e depois que você saiu de alta, como você descreve essa experiência dentro da rede de saúde, como foi isso pra você?

Quando eu comecei o tratamento com o psiquiatra, não foi pelo SUS, mas quando eu fui morar no (Bairro E), que eu tive o meu contato com o SUS, foi um bom atendimento, a médica era atenciosa, não tinha muita gente, no CAPS lá foi muito bom... Depois eu troquei, porque eu já tava me apaixonando pela médica. De lá eu fui pra outro lugar, uma outra (Clínica Privada 01) com um médico, eu fiquei lá um tempo, só que aí eu parei de tomar o remédio, né, aí eu voltei a ter surto, né, foi aí que eu vim pra cá pro (Hospital Público Pesquisado). A primeira vez internado foi terrível, eu tava sozinho, foi um choque pra mim entrar aqui porque a agente se vê sozinho, sem nada pra fazer, e passa milhares de coisas pela cabeça da gente. Não tinha ninguém comigo porque na primeira vez eu não tentei suicídio, né, eu só agredi o meu irmão, e eu fiquei sozinho, não tinha com quem conversar, a minha família sabia, eles vinham me visitar, mas não podiam ficar comigo. Foi terrível, eu passei amarrado aqui... Teve dia de eu passar três dias amarrado, com fezes, urina, fome, sede, entendeu... Porque aqui é o seguinte, com a mente vazia que a gente fica, aí às vezes você não quer ficar lá desenhando, e também tem aquela sensação... Às vezes a gente se sente mal naquele lugar, na terapia ocupacional, porque são vários tipos de pessoas, cada um com o seu problema, né, aí enfim, fica muito espaço pra reflexão, muito tempo livre. Aí vem na cabeça... Olha o que veio na minha cabeça, se eu agredisse o rapaz que me recusou uma caneta, lá no refeitório, eu ia sair do Hospital, me passou essa ideia na cabeça, entendeu... Aí o que foi que aconteceu, eu agredi o rapaz, não era um funcionário, era um outro paciente, até maior que eu, pois é. Aí eu fui marrado porque eu comecei a briga, né, e eu ainda apanhei dele, digamos assim. Aí foi que eu fiquei amarrado muito tempo... Aí toda vez que eu tomava uma medicação, não sei o que era que acontecia, eu ficava agressivo, dava uma vontade de bater, era como se o meu psicológico tivesse contra o efeito da medicação, aí foi uma experiência muito traumática, a primeira internação. Tão traumática que eu cheguei a tentar o suicídio aqui dentro do Hospital. Eu peguei a contenção com a qual eu tava amarrado, me desamarrei, amarrei em cima do refeitório, e coloquei como se fosse uma corda, enrolei assim, virei, subi na cadeira e cheguei a deitar a cadeira, aí eu vi a morte chegando, né. Só que teve um paciente, um menino de 17, 18 anos, que me salvou na hora do negócio... Ele viu, e tinha mais pacientes olhando, só que os pacientes ficaram parados olhando, só ele que foi. Aí ele salvou a minha vida esse rapaz, e a gente tem que ser grato, né, eu agradei muito pra ele depois... Aí foi um desespero total no Hospital, todo mundo veio, e como foi uma tentativa de suicídio, eles disseram que precisava de um parente pra vir pra cá, aí eu melhorei, veio a minha mãe e eu melhorei... Eu passei uns 20 dias internado no Hospital, mais na (Clínica Privada 02) uns 10 dias. Eu fui pra lá antes, de lá eu vim pra cá. Na verdade eu comecei assim. Eu fui pro CAPS, iniciei lá depois da primeira crise. Depois como eu sou funcionário público eu resolvi usar o meu plano, fui pra (Clínica Privada 01). Eu achava que lá eu ia ser melhor atendido. E foi lá nessa clínica que o

médico disse que eu precisava de internação, que uma vez eu fui lá com ele e eu tive uma crise lá na sala de espera. Como não tinha internação lá ele encaminhou pro (Hospital Público Pesquisado). Aí como não tinha leito, eu fui pra outra (Clínica Privada 02). Quando teve leito eu vim pro Hospital... Eu fiquei lá nessa clínica 10 dias, não deu resultado, aí me trouxeram pro Hospital. Isso foi no ano passado, eu tava com 22 anos eu acho, aí depois que eu saí daqui eu passei um tempo em tratamento, foi isso... Depois da alta eu voltei pro CAPS. Depois fui de novo pra (Clínica Privada 02) que eu já tinha ficado internado, mas só pra consulta... Mas aí eu parei a medicação e fui internado de novo. Agora depois dessa última alta eu vou ficar no Ambulatório com a psiquiatria, não vou largar mais... Depois da minha primeira alta, passou mais ou menos um ano, e nesse tempo eu parei de tomar a medicação, porque eu quis mesmo, sabe. E esse foi meu erro... Porque passou um tempo e eu fui entrando em surto, foi me dando as crises, e dessa vez eu queria agredir o meu pai, eu sentia vontade de bater nele, só que eu entrei em desespero porque eu não queria fazer aquilo, foi quando eu tentei o suicídio, de novo... Aí eu voltei a ser internado agora por causa de suicídio, foi a segunda vez, né, e da mesma maneira, enforcamento... Eu vim, fiquei quase um mês, saí de alta, fui pra casa, fiquei em casa dois dias, eu acho, e depois deu vontade de eu agredir o papai de novo, mas deu vontade mesmo, aí me trouxeram de volta pro Hospital, outra vez. Aí a mamãe veio ficar comigo a terceira vez, eu fui melhorando, melhorando, e saí de alta, e agora depois dessa terceira internação eu tô melhor, tô me sentindo bem melhor. Eu vou ficar sendo acompanhado no Ambulatório, e continuar tomando as medicações, não vou parar mais não...

II- Qual a sua opinião sobre o atendimento psicológico e psiquiátrico que você recebeu, antes da internação, e depois dentro do Hospital? Você foi encaminhado pra algum lugar quando saiu? Você acha que lhe ajudou, como você descreve esse atendimento?

Bom, os psiquiatras eu acho muito bom, eles é que me passam os remédios que eu tomo e eu meloro com isso. Mas no atendimento psicológico há uma frieza muito grande por parte dos psicólogos aqui... Excetuando o Dr. X, os outros psicólogos são de uma frieza muito grande. Eu não me sinto à vontade com eles. Nas minhas internações isso, entendeu... Encaminhamento... Eu fui encaminhado quando eu saí daqui da outra vez, eu fiquei fazendo tratamento com o Dr. X6, residente de psiquiatria, aí no Ambulatório. Pela psicologia eu não fui atendido pelo Ambulatório, só por lá pela internação, porque quando eu saí, eu não fui pro Ambulatório, eu voltei com o meu primeiro terapeuta. E com ele foi assim... Ele cuidou de mim pelo menos né, que naquele momento a minha vontade de me suicidar por tristeza tava muito forte, porque na última vez que eu tentei foi por desespero, eu quis agredir o meu pai, aí eu quis me entregar pra morte, que eu queria a morte. Acabou que ele mesmo me salvou, o meu pai, ele viu que eu tava desamarrando a corda e ia colocar a corda pra me pendurar, foi lá e me tirou. Na verdade quando ele me viu desamarrando a corda ele sabia o que eu queria fazer, eles já estão acostumados né, já sabem que é sério... Já o meu segundo terapeuta... Era bom, mas só que o método dele era freudiano né, e eu já tava... Ficava um pouco ligado demais a ele. Eu nunca tive dúvidas quanto à minha sexualidade, assim, pra mim eu sempre fui homem, fui homem e fui homem. Mas no decorrer da terapia eu fui tendo uma admiração muito grande por ele. E acabou que eu me apaixonei por ele, também. Não sei como foi que isso aconteceu, mas... Eu saí por causa disso... Que nem aconteceu lá com a médica do CAPS, eu acabo me apaixonando né, porque eu não tenho um outro ambiente, e ninguém pode viver sem amor, né...

III- Qual você acha que foi o motivo pelo qual você recebeu atendimento psiquiátrico nesses locais todos por onde você passou? E qual você acha que foi a causa que levou você a ser acompanhado pela psicologia?

Pra mim seria o conflito né, a agressividade, o suicídio, eu acredito que seja essa a minha questão. Eu sinto um sofrimento terrível.

IV- Você está recebendo atendimento psiquiátrico e acompanhamento psicológico atualmente? E antes de ser internado?

Atendimento com psiquiatra eu tenho desde o CAPS, quando eu tive a primeira crise. Com psicólogo eu tive aqui enquanto eu tava internado. Agora eu vim marcar uma consulta no Ambulatório, que me encaminharam pra continuar sendo acompanhado aqui, pela psicologia e psiquiatria. E antes da internação eu já tava algum tempo sem nada. Eu parei de tomar os remédios. Eu larguei a psicoterapia. Eu acho que eu preciso de uma nova abordagem, que não seja freudiana.

V- Que tipo de benefício pra você e pra sua saúde você acha que teve a partir desse cuidado psiquiátrico e psicológico, e dos demais profissionais que você recebeu? Você se sentiu sendo cuidado?

Não, não senti. Eu não me senti cuidado aqui. Eu me senti cuidado pela minha família, pela minha mãe. Nos serviços de saúde não. O que me ajuda lá é... A medicação, só. Já a minha mãe é a minha base. Ela me sustenta... Ela me ajuda muito. Mas mesmo ela, não é que eu me sinta cuidado, ela me ajuda, mas eu sinto que essa ajuda é só pra preencher o ego dela, entendeu... Eu não me sinto verdadeiramente amado por ela, e nem pelo meu pai, nem pelo meu irmão. Quer dizer, eu me sinto amado pelo meu irmão, mas ele tá muito distante de mim agora, ele tá casado, saiu de casa. Então pra mim, se na minha família é assim, o atendimento no SUS, o atendimento é o de menos... Porque eu acredito assim, ninguém pode conviver com a gente pra sempre, entendeu. Porque se eu faço terapia, as pessoas me colocam muito pra cima, aí eu fico como se fosse numa fase de mania, aí pra conter essas fases maníacas que eu tenho, de muita euforia, aí eu evito terapia o máximo possível. Até o meu diagnóstico eu só li o CID, parece que é CID10 F20.9. Eu não sei o que é, mas eles mandam a gente não se preocupar com rótulos... Eu não quero saber, eu só sobrevivo... Aliás, essa foi a maior contribuição do meu segundo terapeuta, porque eu sei que eu sou uma pessoa como qualquer outra, só que eu penso diferente, eu tenho os meus defeitos, eu não respeito limites, entendeu. Aí é isso...

VI- E qual a sua opinião sobre o atendimento dos outros profissionais, enfermeiro, médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, e qualquer outro, você acha que esse atendimento lhe ajudou de alguma forma, e você se sentiu sendo cuidado?

Olha, a terapia ocupacional me ajudou muito, eu gostei muito. Enfermeiros, quase não tenho contato, mas nessa última internação agora, até se interessavam por mim. E médicos, são muito bons, por conta da medicação...

VII- O atendimento que você recebeu, em todos esses serviços que você passou, estava dentro do que você queria, do que você esperava, dentro do que você acha que merecia? Você teve as suas expectativas atendidas em relação a essa rede de serviços, e você teria algum exemplo pra falar sobre isso?

O melhor atendimento que eu tive foi com a psicologia, né, mas fora das internações. Dentro das instituições psiquiátricas, todas as internações foram traumáticas, essa última foi traumática também, mas menos que as outras, entendeu... Aqui na internação, com a psicologia, às vezes me aliviava conversar, mas parece que as pessoas não enxergam tão bem como o meu psicólogo que eu tive... A expectativa da gente acaba tendo uma resposta, de uma forma ou de outra, mas o serviço público, na verdade, não é bacana. Quando a gente procura um profissional fora da área da saúde pública, a gente conseqüentemente se sente mais à vontade, porque parece que o profissional ele te atende com mais zelo, com mais respeito, até. Os técnicos de enfermagem da saúde pública, por exemplo, são muito grossos. Nem todos, há umas exceções, nem todos, mas... Eles são grossos.

VIII- Você tem algum exemplo a falar de algum aspecto facilitador desse atendimento, tratamento, cuidado, que você recebeu, no SUS, por todos esses profissionais por quem você foi atendido, você teria um ou mais exemplos que você poderia citar?

O melhor exemplo que eu tive na internação foi que um dos psicólogos me deu o número do telefone quando eu saí, e quando o meu pai me salvou que eu tentei o suicídio de novo, ligaram lá de casa pra cá, e depois ele retornou a ligação. Aí quando ele ligou pra mim de volta, não sei o que foi que ele fez, que ele falou com a minha mãe, com mais alguém, depois outra pessoa, até chegar em mim, quando chegou em mim eu desabei em choro. Alguma coisa aconteceu ali e ele enxergou isso, entendeu... Dele ter retornado a ligação naquele momento de desespero lá em casa. A cena foi muito forte... Então esse foi um lado positivo que eu vi, e depois ele ter me dado apoio quando eu voltei aqui pra terceira internação. Porque assim... Eu acho que aqui no Hospital eu só tive piora, depois que eu vim pra cá na segunda vez, eu saí pior do que quando eu entrei... Talvez seja da própria degeneração da doença, né, porque eu passei muito tempo sem tomar remédio, acho que foi isso. Eu digo assim, mesmo eu me sentindo melhor hoje, essas internações, não é legal pra mim, eu tenho que passar um tempo em casa. Eu preciso fazer as pazes de novo com o meu pai, porque o meu pai é que é a chave da agressividade... A gente é muito distante, ele é muito simples, e eu sou meio que orgulhoso... Eu tenho que ter força pra isso, porque eu ainda tô com raiva dele...

IX- Você tem um ou mais exemplos de algum aspecto dificultador do seu atendimento, tratamento, cuidado, dentro do SUS? Alguma coisa ligada a uma dificuldade com o atendimento desses profissionais todos com quem você passou?

Lá no CAPS não. Mas aqui no Hospital, sinceramente, representa a desvalorização do doente mental... Estrutura física, banheiros imundos, vasos entupidos, os banheiros decentes são só pros funcionários... Atendimentos dos técnicos de enfermagem muito ruim... Então, a gente não pode dizer que tem alguma coisa de positivo. A única facilidade que tem aqui são algumas pessoas que ainda tentam fazer uma coisa boa, digamos assim, cinco por cento de todo mundo... E ainda é muito...

X- Disso tudo que você falou, você gostaria de acrescentar mais algum comentário, mais alguma opinião sobre o que você já disse, ou dizer mais alguma coisa que eu não lhe perguntei, mas você quer deixar registrado sobre essas suas experiências dentro dos serviços de saúde? Você quer dizer mais alguma coisa?

Eu acho que tinha que ter uma revolução nessas provas de concurso... Devia ter tipo uma questão assim pra quando as pessoas vão querer entrar pra saúde no serviço público... Valorizar mais o lado humano, sei lá, das pessoas... Porque assim fica mais fácil, né, do doente se recuperar, entendeu... Investir nas pessoas, cursos na escola de governo... Tem várias opções pra pessoa fazer... Melhorar o atendimento... Falta só boa vontade.

ANEXO**Anexo A
Parecer consubstanciado do Comitê de Ética de Pesquisa - CEP****Discursos de usuários do SUS sobre a integralidade do cuidado em rede num hospital público em Belém - Pará**

(Nome da Instituição proponente da pesquisa retirado por opção ética do autor da pesquisa).

PROJETO DE PESQUISA

Título apresentado ao comitê de ética: Práticas discursivas de usuários dos serviços de psicologia do SUS em Belém do Pará: itinerários do atendimento na rede de saúde e a integralidade no cuidado.

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 06359412.4.0000.001689.081

Pesquisador: José de Arimatéia Rodrigues Reis

Instituição: (Nome da Instituição proponente da pesquisa retirado por opção ética do autor da pesquisa).

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 89.081

Data da Relatoria: 31/08/2012

Apresentação do Projeto:

O Pesquisador apresenta adequadamente sua pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Deixa claro os objetivos da pesquisa que poderão ser alcançados com a metodologia escolhida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresenta os riscos e benefícios da pesquisa para os sujeitos e para a comunidade científica e social.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa esta descrita adequadamente em seu Projeto e terá condições de ser realizada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão todos anexados adequadamente.

Recomendações:

O pesquisador atendeu às recomendações deste comitê, tanto no que diz respeito aos procedimentos de seleção de sujeitos, que serão selecionados a partir de indicação do Serviço de Psicologia do ambulatório da (Nome da Instituição proponente da pesquisa retirado por opção ética do autor), quanto aos cuidados éticos com o manuseio de prontuários, quanto ao TCLE adaptando-o a uma linguagem acessível para os sujeitos, incluindo procedimentos de entrevistas com uso de gravador e incluindo o roteiro das mesmas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Com o atendimento das recomendações elaboradas por este CEP, o Projeto de Pesquisa está aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado.

Necessita Apreciação da CONEP:

Não.

Belém, 03 de Setembro de 2012.

Assinado por:

(Nome do Coordenador do CEP retirado por opção ética do autor da pesquisa).
(Coordenador)