

Compreensão de uma comunidade rural acerca dos princípios do sus: estudo sociopoético

Comprehension of a rural community about sus principles: sociopoetic study

Wesley Soares de Melo¹ • Maria Janaína Nogueira da Silva² • Vitor Dowily Ferreira de Oliveira³
Samara Pereira Souza Mariano⁴ • Paulo Jorge de Oliveira Ferreira⁵ • Flávia Paula Magalhães Monteiro⁶

RESUMO

Objetivo: Explicitar, através de uma abordagem compreensiva, as noções advindas de vivências dos processos de saúde junto ao SUS, de uma comunidade rural no interior do Ceará, em termos dos princípios. **Método:** Estudo qualitativo, descritivo, de abordagem sociopoética. Os dados foram coletados/produzidos através de seis oficinas durante os meses de setembro a novembro de 2014. Baseou-se na análise de Bardin. Foram respeitados os preceitos éticos. **Principais resultados:** Participaram do estudo 24 sujeitos, estes relataram diferentes falas sintetizadas em nove unidades temáticas inter-relacionadas com os princípios do SUS: religiosidade, modelo biomédico e o uso de medicamento, estrutura e organização, ambiente, relações políticas, escuta e diálogo, bem-estar familiar, educação alimentar, e atendimento imediato. **Conclusão:** Os usuários possuem conhecimento teórico sobre os princípios do SUS a seu modo. No campo prático, estes reconhecem os seus direitos, e compreendem bem que quando há falhas no sistema de saúde, não há o atendimento das suas necessidades.

Palavras-chave: Enfermagem; Sistema Único de Saúde; Percepção social; Participação da comunidade; Democracia.

ABSTRACT

Objective: To explain, through a comprehensive approach, the notions derived from experiences of health processes with SUS, from a rural community in the interior of Ceará, in terms of the principles. **Method:** Qualitative, descriptive, sociopoetical study. The data were collected / produced through six workshops during the months of September to November 2014. It was based on the analysis of Bardin. Ethical precepts were respected. **Main results:** Twenty-four subjects participated in the study, which reported different speeches synthesized in nine thematic units interrelated with SUS principles: religiosity, biomedical model and drug use, structure and organization, environment, political relations, listening and dialogue, family welfare, food education, and immediate care. **Conclusion:** The users have theoretical knowledge about SUS principles in their own way. In the practical field, they recognize their rights, and understand well that when there are failures in the health system, there is no meeting of their needs.

Keywords: Nursing; Public Health Systems Research; Social Perception; Consumer Participation; Democracy.

NOTA

¹Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Departamento de Enfermagem. Endereço: Rodovia CE 060, Km51, Acarape-Ce, Brasil. E-mail: wesley_161@hotmail.com

²Enfermeira. Especialista em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública do Ceará. E-mail: jana343_2@hotmail.com

³Farmacêutico. Centro Universitário Católica de Quixadá. E-mail: vitor.dowilly@gmail.com

⁴Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Residente Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública do Ceará. E-mail: samarapereiradesouza@gmail.com

⁵Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Coordenador do Curso de Enfermagem da Faculdade Católica Rainha do Sertão. E-mail: paulojorge@unicatolicaquixada.edu.br

⁶Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. E-mail: flaviapmm@unilab.edu.br



INTRODUÇÃO

A própria história da saúde em nosso país e no mundo inteiro representa um exemplo de luta comum e do quanto é importante a participação da população na formulação de políticas de saúde, como também na sua transformação quando estas são insuficientes às necessidades da população.

Compreende-se, hoje, que saúde não se faz apenas da ausência de doença, mas envolve uma integração dos serviços em uma rede interligados em um menor ou maior nível de complexidade.

No Brasil, a construção do atual sistema de saúde foi resultado da ação de populares engajados na luta por melhores condições de saúde, discutindo suas insatisfações junto à intelectuais, profissionais de saúde e políticos. Esta imagem redundou na VIII Conferência Nacional de Saúde tornando-a muito mais representativa que as anteriores definindo novos rumos para o setor ⁽¹⁾.

Em 1988, a promulgação da nova Constituição Brasileira estabeleceu o lema: “Saúde é direito de todos e dever do Estado”, ou seja, todo brasileiro tem garantido por lei o acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Nesse processo, foi idealizado o Sistema Único de Saúde – SUS ⁽²⁾, integrando uma rede regionalizada e hierarquizada, organizado segundo princípios e diretrizes: 1) Universalidade no acesso e equidade; 2) Integralidade na assistência; 3) Participação da comunidade; 4) Descentralização, regionalização e hierarquização de ações e serviços de saúde⁽³⁾.

A participação da comunidade, regulamentada pela lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, é o princípio que garante o direito da população em participar do processo de formulação de diretrizes e prioridades para a política de saúde, da fiscalização do cumprimento dos dispositivos legais e normativos do SUS⁽³⁾.

Sendo sua formação enraizada sob as reivindicações e necessidades enxergadas, principalmente da população menos favorecida, a construção do SUS é um importante representativo deste novo momento. Mas, será que a população está satisfeita com esse serviço? Será que essa política vem atendendo as necessidades da população, brasileiros vitimados, exatamente do que vem de contramão do que é ter saúde, da falta de água potável, de alimentação, de terra pra produzir, de moradias dignas e da própria educação? Como fazer para diminuir a distância entre o discurso e as ações geradas na ponta? Definida a política que orienta a organização e funcionamento do sistema de saúde brasileiro, há de se convir que se a organização popular contribuiu largamente para a sua produção, ela deveria ser ainda mais efetiva para colocar em prática seus princípios.

Diante desta inquietação, este trabalho justifica-se pela necessidade de fortalecimento da participação po-

pular, consubstanciada na compreensão e aplicação dos princípios do SUS, fundamental para o bom entendimento da política de saúde no Brasil. Ter acesso às noções de saúde comunitárias pode representar uma forma de construir ações mais coerentes com as reais necessidades das pessoas, protagonizando o cuidado e, consequentemente, a própria saúde, em uma região com todas suas peculiaridades e adversidades. Compreendendo também que, o envolvimento da comunidade nos processos de produção e regulação na saúde só se dará por meio da construção coletiva de conhecimento.

A enfermagem cada vez mais tem tido suas atividades reconhecidas na área da saúde, principalmente, por ser o enfermeiro que está à frente da identificação das necessidades do cuidado à população, bem como na promoção, proteção da saúde dos indivíduos em suas várias dimensões. Por esse fato, a enfermagem é essencial ao sistema de saúde local, nomeadamente por sua característica de cuidado integral em saúde, tanto no sentido de promover quanto de proteger a saúde dos indivíduos, famílias e comunidade⁽⁴⁾.

O estudo tem o objetivo de explicitar, através de uma abordagem compreensiva, as noções advindas de vivências dos processos de saúde junto ao SUS, de uma comunidade rural no interior do Ceará, em termos dos princípios: 1) Universalidade no acesso e equidade; 2) Integralidade na assistência; 3) Participação da comunidade; 4) Descentralização, regionalização e hierarquização de ações e serviços de saúde.

MÉTODO

Tipo de estudo

Estudo de natureza qualitativa, descritiva, baseado na abordagem sociopoética.

A sociopoética é “um novo método de construção coletiva de conhecimento”⁽⁵⁾. Essa metodologia reconhece o ser humano como ser político e social, auxiliando na busca da compreensão dos significados que os sujeitos atribuem às suas vivências e experiências. O método permite o surgimento de coisas geralmente esquecidas, recalcadas, permitindo o diálogo, a troca e a produção de conhecimentos entre as pessoas. Considera-se a participação efetiva dos sujeitos nos Grupos-Pesquisadores (GP), reconhecendo-os como co-pesquisadores junto ao pesquisador institucional que funciona como um facilitador da investigação científica⁽⁶⁾.

Cenário do estudo

Realizou-se a pesquisa em uma comunidade rural de uma cidade, na região sertão central do estado do Ceará. Nessa comunidade, a maioria das famílias é carente, não existe água encanada e esgoto e, o atendimento de saúde mais próximo está há 8 km, sendo o acesso por estrada

carroçal. A principal representatividade da comunidade se dá através do associativismo. A escolha desse cenário deu-se pela proximidade dos pesquisadores com a localidade, ao perceberem a dificuldade da população no acesso aos serviços de saúde.

Fonte dos dados

O grupo co-pesquisador foi composto por moradores adultos da comunidade. Os critérios de inclusão: ser maior de 18 anos, residir na comunidade e ter necessidade de atendimento de saúde pelo SUS no último ano; E de exclusão: não participar de todo o desenvolvimento das oficinas de produção sociopoética. Após um levantamento local sobre os sujeitos com este perfil foi realizado o convite em suas residências, sendo estes esclarecidos quanto ao objetivo do estudo. O grupo co-pesquisador foi composto por uma amostra de 24 moradores da comunidade.

Coleta e organização dos dados

Os dados foram produzidos pelo grupo-pesquisador, através de quatro oficinas promovidas pelos pesquisadores/facilitadores e, mais uma oficina de análise de dados extraídos das produções do GP. As oficinas foram realizadas entre os meses de setembro a novembro de 2014, privilegiando as práticas/produções artísticas e/ou dinâmica do grupo, precedidas sempre de etapas de relaxamento, fazendo aflorar a sensibilidade e o incentivo do imaginário do GP. As produções (cordel, desenhos e colagem) foram destinadas à discussão do GP. Os dados foram organizados por categorização das falas dos participantes dando origem a nove unidades temáticas e um diagrama que caracteriza o entendimento destes sobre os princípios do SUS.

Etapas do trabalho

Oficina 1 – Negociação

Foram repassadas informações sobre o propósito da pesquisa e sobre a história do SUS. Falou-se principalmente da importante participação popular para as transformações ocorridas, introdução sobre os princípios do SUS e, por fim, foram decididos os próximos encontros.

Oficina 2 - Tema gerador: Universalidade no acesso e equidade na assistência.

Deu-se início com uma peça teatral, a brega e a chique, uma dramatização comédia que representa a disparidade entre duas personagens, uma brega e uma chique, onde a primeira tenta imitar a segunda em situações engraçadas. O grupo foi convidado a participar de uma dinâmica de relaxamento, todos fecharam os olhos e foi proposto que fizessem uma viagem ao mundo da personagem “brega”, seus sentimentos e angústias. A peça foi muito bem aceita,

trazendo assim as discussões, que discorreram sobre discriminações vividas e presenciadas nos serviços de saúde. Foi dada uma breve explanação sobre os princípios da Universalidade e Equidade. Pediu-se para que se colocassem no lugar da personagem brega e que falassem como se sentiam, se já sofreram discriminação ou já presenciaram. Em seguida, foi expresso em formas de desenhos o que para eles significa equidade e universalidade.

Oficina 3 - Tema gerador: Integralidade na assistência

Pedi-se que procurassem relaxar, deixassem aflorar a sensibilidade do corpo, os sentimentos. Foi utilizado um recurso áudio visual intitulado integralidade, uma encenação de 14 min. que trata tanto da totalidade que diz respeito às dimensões do ser humano, como também a integralidade entre os serviços do SUS. O GP pôs-se em círculo e iniciou-se uma discussão acerca do vídeo. Perguntou-se o que viram no vídeo acontecia com eles? O que achavam dessa situação? E como se sentiam diante de uma situação dessas? Formaram-se 03 grupos de 04 pessoas e 01 grupo de 05. Foram distribuídas revistas e lançado o desafio: retratar, através de colagem, o que seria atenção integral a saúde na realidade da comunidade local. Em seguida, pediu-se para que apresentassem suas produções e suas respectivas explicações. Toda discussão foi gravada e a produção fotografada, e o material recolhido para análise dos facilitadores.

Oficina 4 - Tema gerador: Participação da comunidade

Todos foram convidados a formar um círculo para a exposição do vídeo “o dia em que o SUS visitou o cidadão”, história contada em forma de cordel que fala sobre os direitos do cidadão na rede SUS. O vídeo faz parte da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, intitulado Humaniza SUS. Essa Política visa implantar os princípios do SUS no atendimento ao usuário, tornando-o mais humanizado. Em seguida, foi lançado o seguinte questionamento: “a população é consciente de sua importância na participação de criação e mudanças na política do SUS?”. A partir disso, formaram-se duplas para que estes pudessem escolher uma palavra representativa da participação da comunidade na construção daquilo que queremos para nós. Nesse contexto, emergiram as palavras: organização, dinheiro, união, igualdade, escolha, educação, convenção e diálogo. Em seguida, cada dupla se uniu com outra e resultaram mais palavras: comunicação, fiscalização, respeito, denúncia. E, por último, dois grupos resultando em duas palavras: sociedade e esperança. Somando-se assim 14 palavras-chaves. O último passo foi a construção coletiva de um cordel utilizando as 14 palavras-chave.

Oficina 5 - Tema gerador: Descentralização, regionalização e hierarquização de ações e serviços de saúde.

Foi utilizado o recurso audiovisual “Regionalização: tecendo redes entre a gestão e o cuidado” com duração de 36 min., um trabalho realizado pela Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. O uso deste instrumento objetivou promover discussões no Grupo Pesquisador sobre o processo de regionalização da saúde. Formou-se um círculo para que os co-pesquisadores expusessem suas experiências e, que através destas fossem percebidas a inclusão dos princípios do SUS, com intuito de não se distanciar de suas realidades. As discussões foram gravadas e transcritas.

Oficina 6 - Oficina de análise

Neste momento, os facilitadores apresentaram ao GP uma pré-análise do material produzido durante as oficinas anteriores, expostos em papel madeira e explicados de maneira clara para que todos compreendessem e a contra análise estivesse fidedigna. A partir da exposição e do feedback do GP, as devidas alterações iam sendo realizadas para que não houvesse distorção entre o resultado final e o real entendimento dos co-pesquisadores.

A contra análise possibilita ao grupo aceitar, acrescentar, alterar ou rejeitar. Na sociopoética, os dados produzidos das experimentações do GP são registrados, decodificados e validados pelo próprio GP. Este é livre para traçar seu próprio caminho para análise. Desta forma, a maneira como os dados são analisados pode suscitar um olhar inesperado, sobretudo com relação aos materiais não discursivos como as pinturas e colagens⁽⁷⁾.

Análise dos dados

Toda produção sociopoética foi organizada das seguintes formas: textos escritos das falas acerca da produção, desenhos e colagens, discussões dos vídeos e um cordel sobre a participação da comunidade. De posse do material, foi realizada uma primeira leitura chamada flutuante, que segundo Bardin⁽⁸⁾ faz parte da primeira fase da pré-análise, que consiste na organização, flexibilidade e escolha do material a ser analisado. A segunda fase consistiu na exploração do material e sua preparação para análise por meio de codificação, categorização e quantificação das informações a partir de todo material resultante das produções. Resultaram deste processo as nove unidades temáticas a partir das falas dos co-pesquisadores, ou seja, a transformação do material em uma representação do conteúdo de forma a oferecer informações sobre as características gerais do material, subsidiando o estabelecimento de índices e de unidades. A terceira fase foi o tratamento dos resultados, visando a interpretação

qualitativa dos mesmos. Esse resultado foi apresentado em forma de diagrama, que correlaciona às unidades temáticas e os critérios do objetivo do estudo, ou seja, os princípios do SUS.

Aspectos éticos

A pesquisa em questão obedeceu a todas as recomendações advindas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde⁽⁹⁾. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa via Plataforma Brasil, da Faculdade Católica Rainha do Sertão (FCRS) sob nº de protocolo 756.175. Os sujeitos foram identificados com a letra “P” seguidas de uma numeração assim ficando P1 a P24, a fim de manter o anonimato e melhor compreensão.

RESULTADOS

O diagrama a seguir foi gerado a partir da necessidade de uma síntese explicativa que facilitasse a articulação, congruência e discussão dos resultados. Foram encontradas nove unidades temáticas inter-relacionadas entre si como também aos princípios do SUS, englobando o cuidado em saúde do usuário. Fazendo entender que, não existe cuidado em saúde se não for levado em consideração o saber que vem do usuário, o contexto em que este está inserido em consonância com a política de saúde que o atende.

A partir das nove unidades temáticas geradas no diagrama através da fala dos co-pesquisadores do estudo (Religiosidade; Modelo biomédico e o uso do medicamento; Estrutura e organização; Ambiente; Relações políticas; Escuta e diálogo; Bem-estar familiar; Educação alimentar; e Atendimento imediato), estas foram dispostas, respectivamente, nos seguintes tópicos (Viver a saúde a partir da religiosidade; O modelo biomédico e o uso indispensável de medicamento ainda enraizado na cultura popular; A estrutura e a organização dos serviços como requisito indispensável para uma boa saúde; O ambiente como contexto produtor de saúde; A importância das relações políticas na produção da saúde coletiva; A escuta e o diálogo como fundamentais para um atendimento integral e provedor de boas relações; O bem-estar familiar como fator importante para se alcançar a saúde; A educação alimentar como estratégia para se alcançar saúde a curto, médio e longo prazo; O atendimento imediato que alivia as dores e diminui a ansiedade, fundamental para sentir-se cuidado).

DISCUSSÃO

Viver a saúde a partir da religiosidade

No esteio da relação entre religiosidade e saúde, o enfrentamento por parte do sertanejo às muitas condições adversas à saúde parece ter nessa visão de mundo: esperança, fé, vida saudável e bem estar.

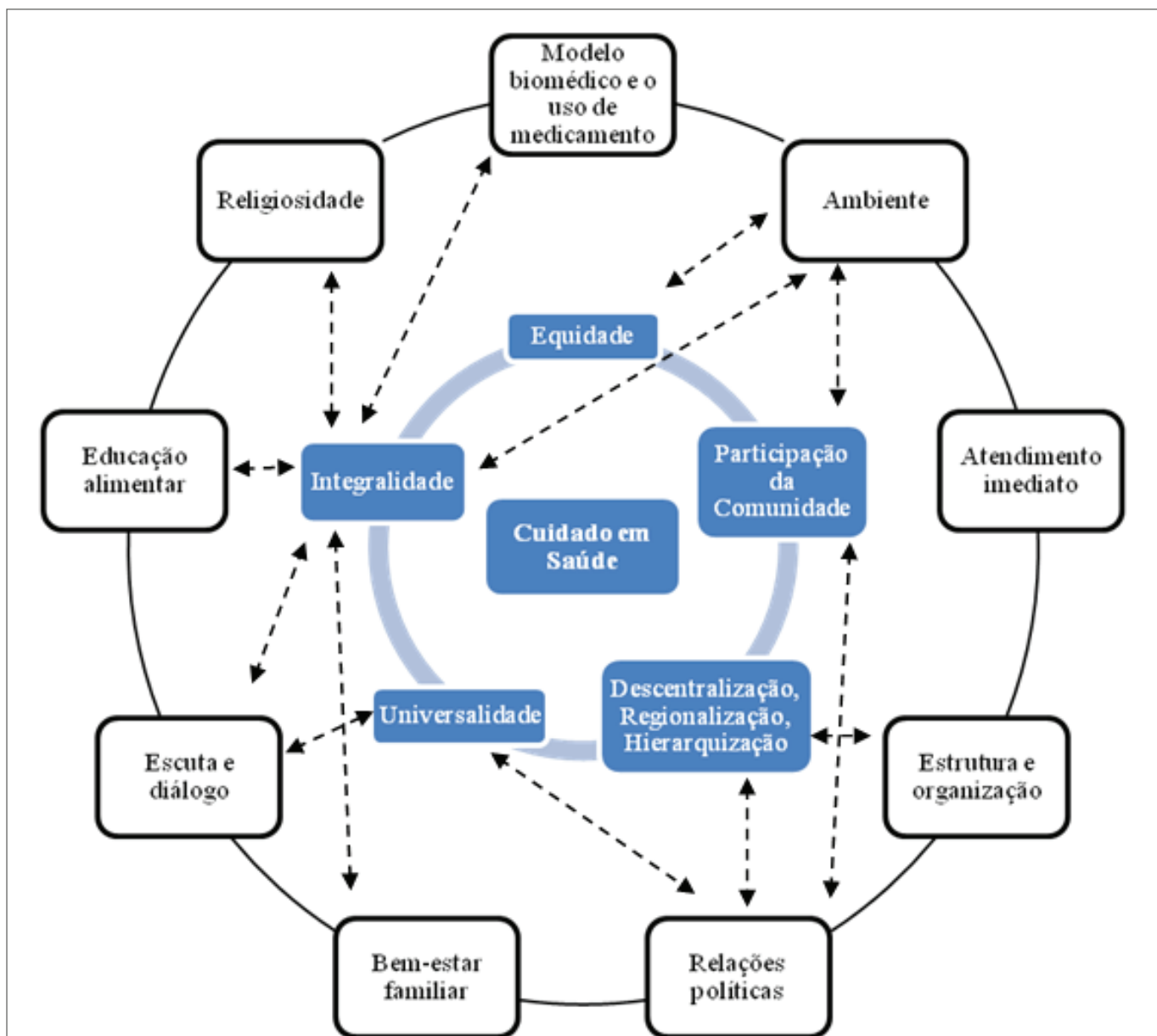


DIAGRAMA 1 – Inter-relação entre os Princípios do SUS e as Unidades Temáticas produzidas na pesquisa, Quixadá, CE, Brasil, 2014.

Fonte: dados da pesquisa.

A prática de vida, os ritos e mitos expressados por esse povo representam sua religiosidade, onde encontram respostas aos seus questionamentos. Essa religiosidade apresenta-se como manifestação de um ser que traça um caminho a ser seguido na busca da realização de um anseio profundo. Deslumbra-se aí a Fé, fruto da religiosidade do sertanejo, a prioridade absoluta embasada num ser do qual depende todo caminho e todas as coisas⁽¹⁰⁾.

Neste sentido, essas manifestações surgem como um fator de proteção contra as doenças e uma opção, caso não haja uma possibilidade médica. É o caso de crenças em santos e milagres, advindos de promessas e sacrifícios.

Eu levei uma grande queda no meu quintal, me vali de São Francisco e graças a eles num senti nada (P1).

A fala do co-pesquisador leva a entender a fé como

um recurso de esperança quando as possibilidades se esgotam e pelo fato das pessoas acreditarem na existência de um ser supremo e piedoso, este ser os dará a proteção contra os males e doenças.

No século XX, cientistas e intelectuais de grande influência no meio acadêmico, mesmo sem embasamento, atribuíam à religiosidade um efeito negativo para o funcionamento psicológico, hoje muitos estudos investigam a relação entre religiosidade e saúde buscando testar e avaliar como crenças e comportamentos religiosos se relacionam ou interferem na saúde⁽¹¹⁾.

Autores relatam o número crescente de estudos que apontam de modo consistente uma relação entre religiosidade e melhores indicadores de saúde relacionados a hábitos de vida, suporte social e capacidade de enfrentamen-

to. Essas pessoas apresentam maior capacidade de lidar com circunstâncias adversas de vida baseado no escopo religioso. Neste sentido, as representações encontradas podem evidenciar que as vivências religiosas, no que tange à vida saudável, significam o partilhamento do mundo com a construção de vínculos sociais, um suporte para enfrentamento e até superação de problemas, inclusive os de ordem biológica⁽¹¹⁾.

Sendo a religiosidade tão presente na vida da população, é importante que a política de saúde assim como os profissionais dê uma melhor atenção para esse aspecto da vida da população, dispensando um cuidado focado nas dimensões do ser humano, contribuindo com a integralidade como um princípio do SUS dentro da abordagem à pessoa humana.

O modelo biomédico e o uso indispensável de medicamento ainda enraizado na cultura popular

A figura do médico e a receita ao final do atendimento ainda é fator atuante e bastante almejado como condição decisiva na cura. O modelo de saúde vigente na comunidade ainda está fortemente centrado na doença e/ou medicalização da doença.

[...] a gente vai pro postinho e o dōtor diz que a gente tem que fazer as coisas diferente, num passa nenhum remédio, só conversa. É mermo que nada (P5).

A figura médica é retratada também pelo GP fazendo súplica a um atendimento mais humanizado.

E eu escolhi esse homem como médico, essa seria a forma que eu gostaria de quando chegar no hospital, eles me atendessem com atenção, olhando pra mim entendeu? E se comunicando comigo, isso é muito importante (P18).

A maior queixa do GP é a falta de atenção no atendimento, a falta de interesse pelos problemas do paciente, o atendimento centrado nos sintomas.

Para que o profissional da saúde desenvolva um cuidado resolutivo, autêntico e de qualidade, voltado para a integralidade do indivíduo em suas necessidades, é preciso lançar mão de aspectos essenciais às relações pessoais como: a conversa, a escuta, o toque, a troca de ideias, a demonstração de preocupação com seus problemas⁽¹²⁾.

Ultimamente, tem-se dado mais ênfase a um atendimento humanizado, principalmente porque nem toda queixa decorre de problemas orgânicos. A enfermagem tem nesse contexto uma abertura para promover ações de prevenção e promoção da saúde uma vez que as pessoas estão mais sensíveis ao diálogo e a novas experiências. Resgatando o ambiente comunitário e familiar como provedor de saúde, desmedicalizado, e com cuidados primários que deveriam ser pautados em coisas mais simples, na boa convivência e educação, a exemplo.

O ser humano não deve ser visto como um compos-

to de partes, mas sim como um “todo estrutural” indissociável, dimensão biopsicossocial, e que para a resolução de muitos problemas carece do profissional ter uma visão de integralidade do paciente, constituindo tal fato como princípio do SUS.

A estrutura e a organização dos serviços como requisito indispensável para uma boa saúde

Para além da questão do médico e da medicalização, a estrutura e a organização dos serviços de saúde são representadas pelo GP através, principalmente, da necessidade de transporte para pessoas que estejam doentes. Afinal, nem todos têm condições de acesso e como “o carro da saúde” já é uma cultura instalada eles o veem como item primordial e obrigatório.

O carro do hospital ta sempre quebrado [...], quando a gente precisa nunca tem. A gente não tem hora pra adoecer e o carro tem que ta ali pra gente, e quando a gente chega lá no hospital e que é transferido pra outro lugar nem sempre tem ambulância não (P4).

De fato o veículo, como já discutido, representa uma necessidade para acesso ao serviço de saúde. No entanto, parece haver outro tipo de explicação, desta vez de ordem psicológica. É como se o carro fosse uma garantia de que aquele serviço que parece estar tão distante pudesse ser alcançado mais facilmente, tornando realidade um atendimento incerto.

Além das dificuldades locais já apresentadas, o GP menciona ainda a falta de escolas para seus filhos estudarem:

Num é justo botar as criancinha pra estudar tão longe de casa, quando aqui poderia ter uma creche. Por isso tem muito pai que não bota os fie pra estudar e cresce tudo igual a nós, sem entender bem as coisa (P8).

A educação é tida hoje como fundamental para uma saúde de qualidade. Além do analfabetismo ser considerado como fator de risco para várias enfermidades tanto no contexto individual quanto coletivo, torna seres humanos cegos diante dos problemas e incapazes de lutar por uma realidade melhor.

A escola deve ser vista como um espaço gerador de autonomia, participação crítica e criatividade, no qual permita que o escolar desenvolva suas potencialidades, formando futuras gerações com conhecimento, habilidade e destrezas necessárias para cuidar de sua saúde, da saúde de sua família e da saúde da comunidade⁽¹³⁾. Ademais, queixas como a falta de estrutura e organização dos serviços refletem muito bem como essa comunidade tem enxergando o princípio da descentralização, regionalização e hierarquização de ações e serviços de saúde.

Concernente ao serviço de referência e contra referência, embora haja um desconforto com a necessidade desse serviço para encaminhamentos e referências, há um

entendimento da necessidade desse instrumento como forma de organização e resolubilidade das necessidades:

Por isso eu acho esse prontuário uma coisa muito boa. Nesse prontuário já vai escrito tudo que a gente sente (P5).

Já em relação à contra referência, o que se observa nas vivências e isso já vem sendo um dos grandes desafios do SUS citados por profissionais e usuários, é a falta de um vínculo que aproxime usuário e sistema.

Eles botam pra tratar em Fortaleza e num tem resposta nenhuma se ficou boa ou se não ficou, né?(P23).

Nesse caso, a co-pesquisadora fala dos tratamentos realizados nos hospitais de referência em outro município e que a equipe de sua região não tem informação de como findou esses tratamentos. Estudo demonstra que, a receptividade e o acompanhamento dos resultados terapêuticos têm propiciado a criação de vínculo dos usuários com os profissionais e serviços, aumento da adesão às terapêuticas, valorização e melhora da autoestima dos sujeitos, estímulo e motivação ao autocuidado⁽¹⁴⁾.

Infelizmente, os serviços ainda não são operados com efetividade, tornando-se fragilizado. Gestores e profissionais da saúde ainda precisam ser sensibilizados e preparados para a importância de se trabalhar a integralidade da rede de serviço de saúde e oferecer um serviço mais condizente com a necessidade da população. As ferramentas já são poucas e a sua não utilização dificulta ainda mais a prestação do cuidado, ferindo o princípio da descentralização, regionalização e hierarquização.

O processo de hierarquização das ações e serviços de saúde pode acontecer de forma regular. No entanto, pelas condições precárias de atendimento (falta de profissional, medicamentos e materiais) na atenção primária, há uma tendência a quebrar essa cadeia, principalmente pelo imediatismo, como às vezes são vistas as demandas do processo saúde-doença. Por esta lógica, o princípio também da hierarquização torna-se desacreditado pelo usuário, uma vez que não é utilizada como previsto em sua política.

O ambiente como contexto produtor de saúde

O GP também evoca o meio ambiente como fator predisponente para a saúde, principalmente por estar nele a fonte de sustento.

Vamo pedir a Deus pra chover né porque tá tudo seco e assim não sobrevive nada e nós como vamo ficar sem prantar e sem beber água? (P15).

A preocupação se vai haver chuva o suficiente para produzir e colher o alimento necessário para o sustento da família, a água apropriada para o consumo da população e animais, as altas temperaturas que trazem várias consequências para os organismos são fatores que podem contribuir para que haja ou não saúde numa comunidade enraizada e inteiramente dependente das condições climáticas.

Outros fatores podem estar relacionados aos fatores ambientais, como: residências de pau a pique, não ter água encanada e banheiros, o livre trânsito de animais dentro das casas e nas ruas; a manutenção do lixo a céu aberto, estradas em péssimas condições, e a falta de áreas próprias para o lazer e diversão. Esses são fatores que merecem atenção e interferem diretamente no nível de saúde dessa população, as quais ferem o princípio da integralidade.

As noções advindas dos resultados deste estudo corroboram com um estudo na literatura ao mencionar questões ambientais além dos limites da biologia, saindo do “campo estrito das ciências naturais” e interferindo em questões social e da saúde⁽¹⁵⁾.

Políticas públicas que modifiquem esse cenário, aliadas aos atuais programas de saúde, é um par perfeito para transformar o meio e a realidade não só desse grupo populacional. Essas transformações somente serão possíveis através da participação da população em organizações na forma de associação de moradores, sindicatos ou conselhos compartilhando um só ideal, fazendo valer o princípio da participação da comunidade, contribuindo para o crescimento da força de representação e reivindicação de direitos dos agentes construtores e modificadores de políticas públicas mais condizentes com a realidade e necessidades de cada grupo em sua especificidade, buscando a garantia da equidade.

A importância das relações políticas na produção da saúde coletiva

No que concerne às relações políticas na comunidade, o entendimento do GP está fortemente ligado à figura do político, isto é, a política partidária. Dessa forma, demonstram insatisfação com a inexistência de melhorias locais e a não resolubilidade dos problemas da saúde, uma vez que estão condicionantes aos interesses e/ou à vontade daqueles que se encontram no poder.

Os vereador vem aqui no tempo da política, pede o nosso voto, mas quando a gente precisa de um carro ou um exame que é pago aí eles não aparece mais. Faz de conta que nem conhece a gente (P3).

Na verdade, em muitos momentos eles relatam relações políticas mesmo sem o entendimento do significado do termo. Tal fato é constatado quando há falas da preocupação e ajuda mútua entre vizinhos, da troca de experiências e favores, principalmente, quando se unem em organização para reivindicar melhores condições como é o caso da associação de moradores local.

O cidadão como ser político também é alvo do princípio da participação popular. Analisando-se as falas do GP na oficina sobre participação da comunidade, observa-se que existe entendimento sobre a importância da participação de cada um no processo de mudança. No entanto, há certa acomodação, talvez pela ausência de estímulos

à população para tornarem-se agentes da transformação. Observa-se, cotidianamente, uma postura mais passiva, aceitando apenas o que lhe é imposto.

Nesse contexto, ressalta-se que o processo de educação ainda é o caminho para mobilizar e evocar o espírito participativo da população, principalmente aquela mais distante e indiferente ao processo de gestão e ao mesmo tempo a mais próxima e a que mais necessitada do serviço em si.

Não se referindo aqui a uma educação de subalternização do indivíduo, mas que seja permitida a produção de formas coletivas de aprendizagem e investigação, promovendo a difusão do conhecimento de baixo para cima, promovendo uma discussão aberta de diálogo e negociações acerca do que “incomoda e oprime”⁽¹⁶⁾.

A educação tem o poder de transformar seres passivos em seres políticos conhecedores e detentores do poder de transformação de sua própria realidade⁽¹⁷⁾. Cabe aos profissionais de saúde e aos educadores esse mesmo entendimento, uma vez que são eles os agentes capazes de promover essa mesma educação necessária à transformação. É necessário promover o entendimento acerca da universalidade, que rico ou pobre, todos têm o mesmo direito de acesso a um sistema de saúde com boas condições e de forma igualitária, seja onde e em qual contexto for, a fim de que seja melhorada a descentralização, regionalização e hierarquização do sistema de saúde do qual cada morador local depende dos seus serviços ofertados.

A escuta e o diálogo como fundamentais para um atendimento integral e provedor de boas relações

Escuta e diálogos parecem dominantes nas produções do GP. Estes são elementos fundamentais para o alcance do atendimento integral e importante numa assistência provedora de saúde e bem estar.

Um médico que nos dê atenção, que nos escute, tenha diálogo, num só escrever num papel e mande nós pra casa não (P18).

Essa carência citada pelo grupo é preocupação de diversos autores⁽¹⁸⁾, que em seus estudos classificam as tecnologias no setor saúde, a saber: as tecnologias duras, relacionada a equipamentos tecnológicos, normas, rotinas e estruturas organizacionais; as leve-duras, que compreende todos os saberes bem estruturados no processo de saúde; e a leve, que se refere às tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomia. Diz ainda que embora essas três categorias se inter-relacionem, o ser humano necessita, em especial, das tecnologias de relações, definidas como leves. As quais propiciam o acolhimento necessário para que cliente e profissional de saúde possam se beneficiar dos encontros terapêuticos.

É através da escuta e diálogo que a pessoa na condição de paciente, terá oportunidade de exprimir suas necessidades, demonstrar e realçar os pontos que merecem atenção no cuidado à sua saúde, e o profissional desenvolver suas condutas na perspectiva da integralidade e favorecer a universalidade do paciente meio as redes de atenção do sistema de saúde.

O bem-estar familiar como fator importante para se alcançar a saúde

A família aparece como pilar no alcance do bem estar mental e no desenvolvimento moral do indivíduo. Nela, surge principalmente a figura materna como agente provedor e de certa forma responsável pelo bem estar geral.

Eu acho que essa figura representa que a união da família é muito importante, as vezes o homi bate na muié e os fie ver aquilo, eu penso que isso não é bom não (P7).

Preocupados com o entendimento de que os cuidados com a saúde, compartilhado entre usuários e profissionais, estejam restritos a ações que se desenrolam dentro dos serviços de saúde pela ação das técnicas dos profissionais do setor, autores⁽¹⁹⁾ citam dois contextos distintos e inter-relacionados em que esses cuidados podem acontecer: a rede oficial de serviços e a rede informal. A primeira compreende o saber biomédico-científico e as tecnologias terapêuticas, e a última, a família, onde se produz os cuidados essenciais a saúde, mas que não conta com tanto prestígio quanto a primeira. Os mesmos destacam a importância da família na complementação dos serviços da rede oficial, sendo lá onde desenvolvem as interações afetivas necessárias à saúde mental, ao desenvolvimento da personalidade madura de seus membros, a aprendizagem da higiene e da cultura alimentar atingindo o nível de adesão aos tratamentos prescritos pelos serviços.

Cabe-nos atentar para os modos de como a família produz cuidados indispensáveis à saúde e associá-los aos cuidados prestados nos serviços, não os diminuindo, mas utilizando-os como ferramenta no auxílio em busca da promoção da saúde, tornando-a também responsável pelo bem estar, atuando dessa maneira com o cuidado a partir da visão da integralidade.

A educação alimentar como estratégia para se alcançar saúde a curto, médio e longo prazo

Hoje, essa preocupação não se refere somente o setor saúde, a própria população já é consciente da necessidade de uma alimentação saudável.

Olha, eu escolhi esse homem cortando esses alimentos, porque uma educação alimentar é muito importante na vida da gente (P12).

A educação alimentar vislumbrou-se como uma necessidade inerente ao GP, haja visto que essas pessoas ar-

raigam um estilo de vida peculiar muito em prol das condições que levam a este fim. A adoção de boas práticas de alimentação, como a higiene e a escolha do alimento que vai pra mesa, são limitados por fatores externos, uma vez que tendo a região suas peculiaridades climáticas e pelo perfil sócio demográfico da população há de convir que não haja muito que se escolher para cesta básica, e isso acaba interferindo diretamente na saúde e qualidade de vida dessa população.

Muitas dessas pessoas criam animais de pequeno porte para o sustento da família, assim como plantam suas leguminosas e verduras. Mas, não tem o devido cuidado durante o manejo e preparo para mesa. Exemplo disso seria a qualidade da água em tempos de estiagem, que não permite um consumo adequado, levando assim ao alto teor de verminose em crianças e doenças de pele.

A política pública de combate à seca por meio de muitos projetos sociais busca melhorar essa realidade, como a exemplo da construção de cisternas de primeira água, que educa o trabalhador desde o preparo para receber a água da chuva, o correto armazenamento até sua utilização; outro projeto é, a construção de cisternas de enxurrada que armazena água para utilização em hortifruticultura sustentável, que também educa para o uso de defensivos agrícola naturais, o manejo e colheita adequados. Assim, o pequeno agricultor teria mais possibilidade de um alimento de qualidade na mesa, produzido no seu próprio quintal.

A educação alimentar surge aí como uma ferramenta de estratégia do profissional de saúde para amenizar os efeitos secundários já existentes no meio em que vivem, levando a estes cidadãos usuários uma melhor qualidade de vida, impactando em sua saúde e bem estar.

A utilização dessas ferramentas reunidas ao saber nato da população e o conhecimento adquirido por profissionais dentro da cientificidade, poderão se complementar na busca de uma melhor qualidade de vida. Como a alimentação reflete de forma significativa na saúde das pessoas, podendo ou não trazer benefícios e prejuízos, este ponto é crucial no atendimento do princípio da integralidade.

O atendimento imediato que alivia as dores e diminui a ansiedade, fundamental para sentir-se cuidado

O atendimento imediato é referido com relação ao serviço de pronto-atendimento, o qual exige agilidade, porém existem diferentes fatores que o torna mais lento: solos tortuosos com dificuldade de acesso, transporte e estrutura local deficientes. Tudo isso justifica a morosidade de pacientes no seu cuidado em saúde.

Eu levei meu fe com diarreia, saí daqui demanzinha sem comer nadinha e ainda querim que esperasse [...] (P11).

É preocupante a falta de aparato por parte dos serviços de saúde. Os exames precisam ser marcados a longa data, há falta de equipamentos, a quantidade de profissionais é insuficiente para o tamanho da população.

O acesso envolve a consecução do cuidado a partir das necessidades e está vinculado com a resolubilidade, extrapolando a simples dimensão geográfica e incluindo outros aspectos de ordem econômica, cultural, organizacional e de oferta de serviços⁽²⁰⁾.

A precariedade e dificuldade no que tange o acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde, acabam por causar o distanciamento do princípio da universalidade, processo que se estabelece como fator preponderante na deficiência do atendimento à população.

A enfermagem tem papel crucial dentro do cuidado à saúde dessa população, uma vez que é o elo entre a população e os níveis de atenção à saúde. Favorecer à população estratégias que culminem no bem estar e que abranjam aspectos culturais de um povo é realmente um grande desafio, somado com a precariedade de condições oferecidas pelos gestores.

A falta de aparatos, precarização do sistema de saúde em nível de recursos humanos e materiais, caracteriza falha no cuidado em saúde, ao passo que infringe os princípios do SUS, desmerecendo-os na sua totalidade.

CONCLUSÃO

Percebe-se que os usuários não possuem conhecimento teórico sobre os princípios do SUS, e que neste estudo possivelmente não haja clareza na identificação e inserção dos princípios do SUS em relação ao significado de cada termo, conforme as experiências relatadas por cada participante. À medida que se foi trabalhando as oficinas, percebia-se que aquele humilde povo jamais ouviu falar de tais princípios e tampouco da aplicação dentro do sistema. Mas entendiam a seu modo, por exemplo, do direito de atendimento em qualquer unidade de saúde (universalidade), que deveriam ser tratados de acordo com seu grau de necessidade (equidade), do direito de opinar e ser ouvido (participação popular) e principalmente tinham direito a saúde (constituição de 88). Assim sendo, quando algo não ocorre da forma correta como deveria ser, mediante o funcionamento e política do próprio sistema, há o entendimento por parte destes que, os tais princípios do SUS estão sendo falhos nos aspectos em que não são aplicados em sua completude, mostrando-se problemático e insuficiente para a resolução das questões enfrentadas pela população no dia-a-dia, não atendendo às suas necessidades. Notadamente, ressalta-se que, quando a população é estimulada a participar a compreender este processo, ela se torna capaz de lutar para que seus direitos não sejam minimizados.

Este estudo realizado em uma comunidade carente que é retrato da realidade do país, oportuniza e instiga a

população a enxergar-se como agente de luta e transformação. Traz inovação no modo e no trato com o ser humano, enxergando-o como um todo capaz de transformar e ser transformado pelo meio e pelas oportunidades.

Metodologias como esta utilizada nesse trabalho pode se tornar uma ferramenta de fortalecimento da participação popular, consubstanciada pela compreensão de vivências e relatos. É a saúde verdadeiramente vivida.

Durante a realização deste estudo, encontraram-se algumas limitações, incluindo as dificuldades e desafios diante da abordagem sociopoética em manter o grupo pesquisador motivado para permanecer na pesquisa, principalmente, por serem pessoas do lar com seus afazeres, uma vez que foram necessários vários encontros por se tratar de um assunto tão complexo e multifacetado por diferentes questões.

REFERÊNCIAS

1. Matos MC. Análise da percepção dos conselheiros distritais de saúde a respeito dos processos de educação permanente para o controle social no SUS [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2010.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Assessoria de comunicação social: ABC do SUS/MS. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1991.
3. Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella L et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fio Cruz; 2011.
4. Backes DS, Backes MS, Erdmann AL, Büscher A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2012 [acesso em 27 mar 2014]; 17(1):223-30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000100024>
5. Petit SH, Gauthier JZ, Santos I, Figueiredo NMA. Introduzindo a Sociopoética. In: Santos I, Gauthier JZ, Figueiredo NMA, Petit SH. *Prática de pesquisa em ciências humanas e sociais: abordagem sociopoética*. São Paulo: Atheneu; 2005. p.1-16.
6. Santos I. Por um pesquisar sob a perspectiva estética. In: Santos I, Gauthier JZ, Figueiredo NMA, Petit SH. *Prática de pesquisa em ciências humanas e sociais: abordagem sociopoética*. São Paulo: Atheneu; 2005. p.83-95
7. Tavares C, Sobral V, Santos I. Exemplo de uma pesquisa utilizando a técnica de elementos materiais. In: Santos I, Gauthier JZ, Figueiredo NMA, Petit SH. *Prática de pesquisa em ciências humanas e sociais: abordagem sociopoética*. São Paulo: Atheneu; 2005.
8. Bardin L. *Análise do Conteúdo*. 1a ed. São Paulo: Edições 70; 2011.
9. Brasil, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde – Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (240a Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de dezembro de 2012).
10. Catão F. Espiritualidade, religião e fé. *Rev de Teologia e Cultura* [Internet]. 2006 [acesso em 30 ago 2017]; 6 (1): 1. Disponível em: <http://ciberteologia.paulinas.org.br/ciberteologia/index.php/espirtualidade/espirtualidade-religiao-e-fe/>
11. Stroppa A, Moreira-Almeida A. Religiosidade e saúde. In: Salgado MI, Freire G (Orgs.). *Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina*. Belo Horizonte: Inede; 2008, p.427-443.
12. Silva DC, Alvim NAT, Figueiredo PA. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2008 [acesso em 28 set 2014]; 12(2):291-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000200014>
13. Pelicione MCF, Pelicione AF, Toledo RFA. Educação e a comunicação para a promoção da saúde. In: Rocha AA, Cesar CLG. *Saúde pública: bases conceituais*. São Paulo: Atheneu; 2008.
14. Lopes MJM, Silva JLA. Estratégias metodológicas de educação e assistência na atenção básica de saúde. *Rev. Latino-am. Enfermagem* [Internet]. 2004 [acesso em 20 ago 2014]; 12(4):683-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a15.pdf>
15. Marzari CK, Backes DS, Backes MS, Marchiori MT, Souza MT, Carpes AD. Realidade sociopolítica, ambiental e de saúde de famílias pertencentes a uma comunidade vulnerável. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 [acesso em 27 ago 2014]; 18(1):77-84. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100009>
16. Vasconcelos EM. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: Brasil, ministério da saúde. *Caderno de educação popular e saúde*. Brasília: Ministério da saúde; 2007.
17. Freire P. *Educação como prática da Liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1980.
18. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko. *Agir em saúde: um desafio para o público para o público*. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
19. Gutierrez DMD, Minayo MCS. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2010 [acesso em 15 mar 2017]; 15(supl 1):1497-1508. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700062>
20. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Rev Saúde em Debate* [Internet]. 2014 [acesso em 21 jan 2018]; 38(esp):252-264. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341750019>